

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Б. ГУБЕРГРИЦ, В.Я. КОЛКИНА, Э.Н. СТАНИСЛАВСКАЯ, А.Я. ВЕСЕЛЫЙ
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Во время беременности желудок женщины особо уязвим. Нередко беременность сопровождается повышенным кислотообразованием, хотя не исключено и его снижение. Известно, что при повышенной кислотности желудка характерно повышение аппетита. Однако нагружать желудок при повышенной кислотности во время беременности не рекомендуется. Во время беременности желудок вырабатывает больше соляной кислоты не столько для повышения аппетита, сколько для увеличения бактерицидности его содержимого.

Неприятное ощущение легкого жара или жжения под ложечкой, кислая отрыжка — все эти симптомы объединяются в один термин «изжога». В период беременности изжога вызвана гормональными и физическими изменениями в организме женщины. Она наблюдается приблизительно у 50 % женщин во время беременности при любом ее сроке, но чаще во II и III триместрах, провоцируется употреблением обильной жирной, жареной и острой пищи. Ее возникновение обусловлено забросом кислого (значительно реже щелочного) желудочного содержимого в нижний отдел пищевода и его раздражающим действием. Как известно, у беременных женщин тонус нижнего пищеводного сфинктера значительно ослаблен, что является результатом действия прогестерона, а увеличение матки уже к 25-й неделе способствует повышению внутрибрюшного давления, что препятствует полному закрытию сфинктера. Прогестерон также уменьшает сокращения пищевода и кишечника, замедляя пищеварение. Ощущение изжоги сопровождается чувством тоски, подавленным настроением.

Другой симптом, типичный для патологии желудка, — это боль. Характер боли при заболеваниях желудка может свидетельствовать не только о заболевании, но и о наличии осложнений. Так, возникновение жгучей боли у больных гастритом, язвенной болезнью может указывать на присоединение солярита. У беременных с хро-

ническим гастритом с пониженной секретной функцией желудка обычно отмечается чувство тяжести, распираания в эпигастральной области. Это чувство появляется и при стенозе привратника. У беременных с хроническим гастритом с сохраненной секрецией боль чаще носит тупой, ноющий характер. Интенсивность боли при заболеваниях желудка может быть различной. При хроническом гастрите боль в эпигастрии, как правило, малоинтенсивна, а при язвенной болезни желудка, и особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, боль, как правило, выраженная. При перфоративной язве интенсивность боли столь высока, что возможен болевой шок.

По мнению ряда авторов, хронический дуоденит встречается у беременных гораздо чаще, чем диагностируется, наблюдается в I триместре беременности или за 4–5 недель до родов и характеризуется цикличностью обострений (весна — осень). В клинической картине преобладает болевой синдром, характерны ночные и голодные боли, прием пищи уменьшает их. Цель медикаментозного лечения при хроническом дуодените у беременных — достижение ремиссии заболевания. При неосложненном течении хронического гастрита или дуоденита состояние пациенток значительно не нарушается, и заболевание не оказывает заметного влияния на течение беременности и ее исход. При появлении рвоты беременных лечение гастрита или дуоденита должно сочетаться с лечением раннего токсикоза.

В литературе описаны единичные сведения о течении беременности на фоне болезни Менетрие. Анализ данных литературы не позволяет сделать выводы об этиологии заболевания, хотя предполагается роль цитомегаловируса. Наряду с жалобами, характерными для хронического гастрита, у беременных появляется вялость, возможны отеки нижних конечностей. Отмечено, что во второй половине беременности заболевание протекает тяжело, однако оно не является противопоказанием для вынашивания беременности. В период беременности диагноз устанавливается на основании гастроскопии, при которой слизистая желудка бледно-серая, отечная, легко ранимая, эрозированная, с наличием кровоизлияний. Лечение симптоматическое, так как, по мнению большинства исследователей, показана резекция желудка вне беременности.

Язвенная болезнь у беременных встречается достаточно часто, однако точную заболеваемость оценить трудно, поскольку диагностика язвенной болезни во время беременности затруднена. Шанс

столкнуться с этим заболеванием у беременных женщин существенно вырос, хотя в подавляющем большинстве случаев беременность смягчает клиническое течение язвенной болезни. Причина благоприятного течения язвенной болезни у беременных до конца не изучена. Некоторые исследователи считают, что это результат измененной секреторной (уменьшение продукции соляной кислоты и повышение слизиобразования) и моторной функций желудка в сторону ее снижения, усиления кровоснабжения. Установлено, что во время беременности в 40 % случаев наступает ремиссия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки благодаря высокому уровню прогестерона в организме, который стимулирует выработку слизи, являющейся защитным механизмом слизистой желудка. Возможно, гиперпродукция половых гормонов, а именно эстрогенов, имеет значение. Установлено, что эстрогены выполняют защитную функцию, повышают интенсивность регенераторных процессов, улучшают кровоснабжение гастродуоденальной области. У большинства женщин заболевание не оказывает влияния на процесс вынашивания и рождения ребенка. Однако обострение язвенной болезни во время беременности хотя и маловероятно, но все же возможно (в 10 % случаев). Большинство беременных его связывают с чрезмерным волнением, страхом перед предстоящими родами и их исходом, вероятно, потому что беременность сама по себе является стрессом для женщины. Основными симптомами язвенной болезни являются: боли в эпигастральной области (под ложечкой), отрыжка воздухом, пищей, тошнота, иногда рвота, запоры, метеоризм, похудание. Язвенная болезнь опасна своими осложнениями, одно из которых — желудочно-кишечное кровотечение, при котором резко повышается риск гибели плода. Массивное кровотечение во время беременности — показание к экстренному хирургическому вмешательству.

Рак желудка у беременных женщин встречается достаточно редко. Авторы отмечают, что при раке желудка у беременных женщин первые симптомы появляются на 15–16-й неделе беременности. Отмечаются боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, возможна мелена, однако симптомы нечеткие и клиническая картина смазана. Диагноз устанавливается на основании фиброгастроскопии с биопсией. Лечение только оперативное, так как консервативное лечение не эффективно. По мнению большинства авторов, прогноз для матери и плода неблагоприятный.

Резекция желудка — одна из самых распространенных операций при его заболевании. Известно, что у беременных женщин с резецированным желудком вероятность развития расстройств пищеварительной системы выше, что объясняется истощением компенсаторных возможностей у данной категории женщин. Однако вопрос влияния беременности на здоровье женщин с резецированным желудком и на течение самой беременности у данной категории женщин пока изучен недостаточно и мало освещен в литературе.

Беременность накладывает существенные ограничения на выбор диагностических методов и на определение тактики лечения. Проводить рентгениследование желудка беременным женщинам не рекомендуется, поэтому единственным диагностическим методом при патологии желудка является эзофагогастродуоденоскопия, хотя и ее выполнение бывает затруднительным.

Так как в период беременности терапия, направленная на уничтожение *Helicobacter pylori*, не проводится, диагностика этой инфекции выполняется после родов (при необходимости выполняют дыхательный тест). Рекомендованными к применению во время обострений язвенной болезни у беременных являются антациды. Антацидные средства, содержащие алюминий, кальций или магний, считают безопасными и эффективными при лечении изжоги в период беременности. Однако в третьем триместре беременности следует избегать содержащих магний антацидных средств, потому что они могут спровоцировать преждевременные роды. Кроме того, следует избегать антацидных средств, содержащих бикарбонат натрия, чтобы избежать возникновения метаболического алкалоза. Кроме того, возможно назначение обволакивающих и вяжущих средств растительного происхождения — отваров ромашки, зверобоя.

H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов также нежелательны для приема беременными женщинами. Однако установлено, что ранитидин — единственный антагонист гистаминовых H₂-рецепторов, который был хорошо изучен во время беременности. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании J.D. Larson et al. (1997) доказали, что ранитидин, принимаемый несколько раз в день беременными пациентками при изжоге (при неэффективности антацидов), снижал ее выраженность. Ни о каких отрицательных воздействиях на плод не сообщалось. Исследование безопасности ранитидина, которое проведено J.E. Richter (2003), показало, что беременные, принимающие его с первого триместра на протяжении всей беременности,

родили здоровых детей. Прием ингибиторов протонной помпы при кислотозависимых состояниях беременными женщинами нежелателен и возможен только при неэффективности антацидов. Совсем недавно (май 2010 года) появились новые данные о повышенном риске переломов бедра, запястья и позвоночника при длительном приеме или приеме в больших дозах ингибиторов протонной помпы, а также увеличении риска рождения ребенка с пороками сердца более чем в два раза. Лишь когда угроза здоровью матери превышает потенциальный риск для плода, возможно назначение кратковременных курсов ингибиторов протонной помпы. Недавно появились данные, что лансопразол и пантопразол являются приоритетными представителями препаратов этого класса, поскольку изучена их относительная безопасность у беременных женщин. Ввиду того что спектр лекарственных препаратов при наличии кислотозависимых состояний желудка при беременности ограничен, важная роль отводится диетическим мероприятиям. Кроме того, рекомендуется ограничение физической активности, полупостельный режим, дробное питание, строгое соблюдение диеты № 1 на период обострения заболевания.