

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гончар В.А.¹, Гущина М.М.², Ибрагимова Г.М.³, Стяжкина С.Н.⁴

¹Гончар Виктория Андреевна - студент;

²Гущина Мария Михайловна – студент;

³Ибрагимова Гульнара Модарисовна – студент,
педиатрический факультет;

⁴Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: статья посвящена изучению язвенной болезни беременных. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития язвенной болезни в период беременности. Описан клинический случай язвенной болезни у беременной.

Ключевые слова: язвенная болезнь, беременность, перфорация.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, характерный признак которого в период обострения – образование язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [6, с. 194].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпидемиологические исследования показывают, что язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и является одной из распространенных форм гастроэнтерологической патологии во врачебной практике [4] (около 5-10% взрослого населения) и занимает по распространённости второе место после ИБС. В РФ заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 2001 г. составила 157,6 на 100000 населения. Чаще болеют мужчины, преимущественно в возрасте 30-50 лет. [6, с. 13] В Москве гастродуоденальные язвы встречаются у 5 человек на 100000 населения; в Санкт-Петербурге – у 10 на 100000. По сравнению с 1995 г. число взрослых больных возросло на 2,2%, а среди подростков – на 22,7% [5, с. 281]. Язвенную болезнь выявляют у 1 из 4000 беременных. Эти данные могут быть занижены, поскольку диагностика язвенной болезни во время беременности затруднена. Считают, что риск язвенной болезни во время беременности снижается [1, с. 403].

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Заражение бактерией *Helicobacter pylori*; неправильное питание; вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение); стрессы, тревоги, депрессии; отягощённая наследственность; бесконтрольный приём некоторых лекарств (Глюкокортикоиды, Аспирин).

ПАТОГЕНЕЗ

Helicobacter pylori передаётся при несоблюдении правил гигиены. Микроорганизм, размножаясь начинает активно вырабатывать фермент уреазу, повреждающую защитный слой слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, образуя язвы. Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипоталамо-надпочечниковой системы, нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрин, секретин, энтерогастрон, холицистокинин, панкреозимин), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно- пептического фактора. Определённую роль играют наследственные конституциональные факторы (среди больных язвенной болезнью — 15–40% случаев).

Беременность оказывает благоприятное действие на течение язвенной болезни. Этому способствуют изменения секреторной (уменьшение кислотности, повышение слизиобразования) и моторноэвакуаторной функций желудка, усиление кровоснабжения [1, с. 404]. Обострение наблюдают в весенне-осеннее время, в I триместре, за 2–3 недели до родов и в послеродовом периоде [7, с. 116].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Главный признак — боли в эпигастриальной области (ранние боли - через 30–60 мин после еды, поздние боли - через 1–1,5 ч после еды). Боли связаны с приёмом пищи, возникают примерно в одно и то же время после еды, боли на «голодный» желудок [1, с. 404]. Жалобы на изжогу; чувство тошноты, иногда сопровождаемое рвотой; снижение аппетита; отрыжку, при этом ощущается горечь или кислота во рту; усиленное газообразование; чувство тяжести в области живота, наблюдаемое после принятия пищи; запоры.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

У женщин с язвенной болезнью возможно развитие рвоты беременных, железодефицитной анемии и желудочно-кишечного кровотечения. Кровотечение осложняет течение заболевания независимо от его длительности. Иногда служит первым проявлением так называемых «немых», бессимптомных язв. При обильном кровотечении появляется рвота тёмного цвета с примесью крови (рвота «кофейной гущей»),

бледность кожных покровов, головокружения, обмороки различной продолжительности. В течение последующих дней, как правило, отмечают снижение АД, жидкий стул чёрного цвета [1, с. 404].

Перфорация или прободение язвы — нарушение целостности стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. В результате содержимое этих органов вытекает в брюшную полость с развитием перитонита. представляет собой одно из тяжелых и опасных для жизни осложнений, почти неминуемо ведущее к смерти больного, если своевременно не будет предпринято оперативное вмешательство. Причиной перфорации язвы является прогрессирование деструктивно-язвенного процесса. Способствовать прободению могут механические факторы, ведущие к повышению давления в желудке и растяжению его стенок [3, с. 4].

Боли при этом сильные, резкие «кинжальные», сопровождающиеся признаками коллапса (холодный липкий пот, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, жажда и сухость во рту). Рвота бывает редко, АД снижается. Через несколько часов появляется метеоризм. Через 2–5 ч наступает мнимое улучшение самочувствия; стихают боли, расслабляются напряжённые мышцы живота. Видимость благополучия может продолжаться сутки. За это время у больного развивается перитонит и состояние быстро ухудшается [2, с. 191].

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз ставят на основании клинических данных, анамнеза, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки [1, с. 404]. При осложненной язвенной болезни, в частности состоянии после кровотечения, наблюдается гипохромная постгеморрагическая анемия. При наличии пенетрации язвы и выраженных перипроцессах возможен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом. СОЭ увеличивается при наличии осложнений язвенной болезни или сочетаний ее с другими заболеваниями смежных органов (хроническим холециститом, панкреатитом, гепатитом, циррозом печени). Рентгенологическое исследование беременным противопоказано [1, с. 405].

Исследуют кислотность желудочного сока методами pH-метрии и определением количества соляной кислоты в порциях желудочного содержимого. Чаще при язвенной болезни кислотность повышена. Исследование кала на скрытую кровь позволяет установить кровотечение. Эндоскопические методы применяют на любом сроке беременности для исключения кровотечения и прободения язвы. Гастроскопия подтверждает наличие язвы, её размеры, глубину, возможную малигнизацию [1, с. 405].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят с обострением хронического холецистита, желчнокаменной болезнью, хроническим гастродуоденитом, хроническим аппендицитом, панкреатитом, симптоматическими язвами желудка, изъязвленной опухолью, туберкулёзной, сифилитической язвой, изъязвлениями при коллагенозах и амилоидозе [1, с. 405].

Приводим клинический пример.

Пациентка К., 28 лет, поступила 22.09.2017, госпитализирована в хирургическое отделение БУЗ ПКБ с диагнозом перитонит, послеродовый период (КС в 37 недель 20.09.2017).

Считает себя больной после планового кесарева сечения в сроке 37 недель (двойни, поперечное положение плода). 21.09.17 во второй половине дня появились общая слабость, ощущение сдавления, боли в области эпигастрия и правой подвздошной области, затруднение дыхания. После приема Омепразола отмечала улучшение состояния. 22.09.17 утром была дважды рвота желчью, усилились боли в эпигастрии, правом подреберье. Была обследована в гинекологическом отделении ПКБ, где исключили патологию женских половых органов. Переведена в хирургическое отделение с жалобами на боли в области послеоперационной раны, эпигастрии, по правому фланку, общую слабость, сухость во рту, затруднение дыхания, одышку. Было проведено УЗИ брюшной полости, где обнаружили свободную жидкость в брюшной полости, гепатоспленомегалия. В экстренном порядке была проведена лапаротомия, ушивание язвы, санация и дренирование брюшной полости. 25.09.17 была переведена из ОРИТ в хирургическое отделение, на момент перевода состояние средней степени тяжести, сознание ясное, гемодинамика стабильная. Кожа физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 17 в минуту, П 72 уд/мин, АД 130/80. Язык влажный, живот поддут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается. Рана не воспалена, перевязка. По дренажу из малого таза – скудное сукровичное отделяемое – удален. По дренажу из правого подреберья – 50 мл сукровичного отделяемого. По НГЗ – 400 мл в сутки застойного желудочного отделяемого.

Таким образом, физиологические особенности функционирования вегетативной нервной системы и увеличение выработки некоторых гормонов во время беременности создают условия для «заживления» язвы желудка и 12-перстного кишечника. В этот период уменьшается кислотность желудка, увеличивается количество слизи в кишечнике, улучшается кровообращение желудка и кишечника, усиливаются процессы регенерации. У большинства беременных симптомы заболевания не проявляются на протяжении всего периода вынашивания ребенка. Выкидыши и искусственное прерывание беременности, наоборот, влекут за собой обострение заболевания.

Список литературы

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. / Акушерство. Национальное руководство. /Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 403-406с.
2. Апресян С.В. / Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. / С.В. Апресян. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 191 с.
3. Астапенко В.Г. / Справочник хирурга. / В.Г. Апресян. Минск «Беларусь», 1980. 464 с.
4. Бредихина Н.А. / Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. / Н.А. Бредихина. МЦ УД Президента РФ. (статья). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/1294/> (дата обращения: 12.10.2017).
5. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. / Хирургические болезни. / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.
6. Скворцов В.В., Одинцов В.В. / Актуальные вопросы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. / В.В. Скворцов, В.В. Одинцов. Медицинский алфавит. Больница, 2010 г. 13-17 с.
7. Шехтман М.М. / Экстрагенитальная патология и беременность. / М.М. Шехтман. Медицина, 1987. 296 с.