

Диагностика и терапия кислотозависимых заболеваний у беременных

Г. С. Солдатова

Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Причиной неблагоприятного течения и исхода беременности для женщины и будущего ребенка часто является не акушерская, а экстрагенитальная патология. Одно из них – группа кислотозависимых заболеваний (КЗЗ), включающих хронический гастрит, дуоденит, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка с развитием воспалительных и дистрофических изменений различной степени выраженности и разнообразной клинической картиной.

КЗЗ широко распространены в популяции и встречаются более чем у 50 % взрослого населения. Частота КЗЗ у беременных не установлена. Страдают от изжоги ежедневно 25 % беременных. ГЭРБ развивается впервые во время беременности в 21–80 % случаев. Риск развития ГЭРБ/изжоги во время беременности не зависит от ИМТ и возраста беременных, возрастает при увеличении числа родов. Обострение рефлюкс-эзофагита во время беременности наблюдается у 63 % больных: у 11% возникает в I триместре (причем обострению способствует осложнение беременности ранним токсикозом), у 34 % – во II триместре, у 54 % – в III триместре. После родов изжога почти сразу исчезает. Дуоденит выявляют у 19,4% взрослого населения, а по отношению ко всем желудочно-кишечным заболеваниям он составляет до 30 %. Женщины болеют в 3 раза реже мужчин, чаще его выявляют у людей в возрасте до 40 лет. У 8–10 % населения выявляют язвенную болезнь, у 1 из 4 000 беременных. Риск язвенной болезни во время беременности снижается.

Основное значение в возникновении КЗЗ у беременных имеет нерациональное питание, алкоголь, курение, горячая пища, плохо пережеванная пища, лекарства с раздражающим действием на слизистую оболочку желудка; наследственная предрасположенность, для ГЭРБ – заброс желудочного содержимого в пищевод из-за нарушения моторики пищевода и желудка, агрессивность желудочного содержимого, бактерия *Helicobacter pylori*.

Часто беременные жалоб не предъявляют, и лечение не требуется. Необходимость в лечении возникает, когда воспалительный процесс в слизистой оболочке пищевода или желудка углубляется.

Клиническая картина болезни отличается разнообразием. В большинстве случаев бывают боли в подложечной области различной степени выраженности после еды, реже – натощак, ночью или же вне зависимости от приема пищи, может быть диспепсия – тошнота, рвота, отрыжка, расстройство стула, метеоризм, урчание в животе. При ГЭРБ больные жалуются на жжение в горле и неприятный вкус во рту. Периодически беспокоит боль за грудиной, признаки дисфагии в виде комка в горле (90 % таких «комков в горле» купируются при приеме антисекреторных лекарственных средств).

Как правило, у беременных, страдающих КЗЗ, развивается ранний токсикоз (рвота), который часто затягивается до 14–17 нед. и может протекать тяжело.

Диагностика КЗЗ во время беременности затруднена, опирается на данные анамнеза, может быть указание на их наличие в прошлом. При присоединении рвоты беременных в анализе мочи может быть положительная реакция на ацетон, белок и цилиндры. В анализах крови определяются гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение содержания креатинина. Эндоскопические методы для диагностики применяют на любом сроке беременности, использовать их следует по особым показаниям. Рентгенологическое исследование для диагностики КЗЗ не проводится из-за малой информативности и вредно для плода. УЗИ используется для дифференциальной диагностики. По показаниям у беременных проводят рН-метрию, манометрию, билиметрию.

Целью лечения является уменьшение агрессивного воздействия кислого желудочного содержимого путем нормализации режима питания и использования медикаментозных средств. Лечение КЗЗ во время беременности должно быть комплексным, дифференцированным и строго индивидуальным. При обострении заболевания показан полупостельный режим, дробное питание (5–6 раз в день). Устранение хеликобактерной инфекции во время беременности не проводят, поскольку основные препараты, используемые с этой целью противопоказаны.

Безопасной для беременных группой препаратов для лечения изжоги являются:

- антациды, которые нейтрализуют соляную кислоту, не влияя на ее продукцию, оказывают обволакивающее и адсорбирующее действие (ренини, маалокс, альмагель, магалфил); альгинаты (топалкан, гевискон); их применяют около 30–50 % беременных;

- антагонисты H_2 -рецепторов в стандартных дозах: ранитидин, фамотидин и циметидин; возможно их применение у беременных в случае неэффективности антацидов;

- ингибиторы протонной помпы; должны применяться беременными женщинами в случаях серьезных признаков изжоги, а также теми пациентками, организм которых не реагирует на прием антацидных средств;

- прокинетики (метоклопрамид) менее эффективны, обладают побочными эффектами: седация и экстрапирамидные реакции, но вредного воздействия на плод не доказано.

Возможность применения большинства препаратов в период беременности не доказана, так как не проводилось специальных исследований по изучению их тератогенности.

Лечение беременных с легкой формой заболевания можно проводить амбулаторно. При средней тяжести и тяжелой степени лечение осуществляют в стационаре. Родоразрешение проводят через естественные родовые пути с использованием адекватного обезболивания. Кесарево сечение проводят по акушерским показаниям.