В.А. Ахмедов, М.А. Ливзан

Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 4

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

4.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Заболевания желчевыводящих путей (холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь) в общей популяции занимают одно из ведущих мест среди всех болезней органов ЖКТ.

Острый холецистит является одним изч наиболее распространенных хирургических заболеваний у беременных. По частоте показаний к хирургическому вмешательству острый холецистит уступает лишь острому аппендициту. Желчнокаменная болезнь характеризуется образованием желчных камней в печени, желчном пузыре или желчных протоках. Образование камней в желчном пузыре и развитие в последующем желчнокаменной болезни часто возникают на фоне холецистита. В МКБ-10 данные заболевания имеют коды:

- K80. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз);
- K81. Холецистит.

Патология желчевыделительной системы может возникать на всех сроках беременности, при родах и в послеродовом периоде. Беременность может выступать в качестве провоцирующего фактора острого холецистита, поскольку ей часто сопутствует дискинезия желчных путей, затруднение оттока желчи, во 2-й половине беременности возможна также гиперхолестеринемия. Имеющийся до наступления беременности хронический холецистит во время беременности обостряется у 30% женщин.

Существенную роль в развитии острого холецистита играет инфекционный фактор (*S. aureus*, *E. coli*). Заболеваниями желчевыводящих

путей страдают 3% беременных. Частота холецистэктомии при беременности составляет в среднем 0,1–0,3%.

По клиническому течению желчнокаменной болезни как в общей популяции, так и при беременности выделяются:

- бессимптомные конкременты желчного пузыря (латентное носительство);
- неосложненный холецистит;
- катаральный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего;
- деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего (флегмонозный; гангренозный);
- осложненный холецистит;
- окклюзионный (обтурационный);
- прободной острый холецистит с явлениями местного или разлитого перитонита;
- острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков;
- острый холецистит, осложненный пропотным желчным перитонитом.

Дисфункцию желчевыделительных путей разделяют на гипермоторную и гипомоторную. Примерно у 1/3 беременных женщин выявляется гипомоторная дисфункция, которая развивается в I триместре, а у остальных беременных — во II–III триместре.

Клиника

Диагностика острого холецистита при беременности достаточно затруднительна, что связано с изменением топографо-анатомических взаимоотношений органов брюшной полости и с изменением реакции беременных на воспалительный процесс. Острый холецистит чаще всего развивается на фоне желчнокаменной болезни. Пациентки предъявляют жалобы на боли в правом подреберье, реже в эпигастральной области, с иррадиацией в правую надключичную область, плечо, лопатку, по зонам Захарьина–Геда. По мере прогрессирования заболевания интенсивность болей нарастает.

Появление болей и их усиление обычно связаны с нарушением диеты (употребление жирных и жареных блюд, яиц), физической нагрузкой, стрессом, переохлаждением, сопутствующей инфекцией. Нередко боль сопровождается диспепсическим синдромом (отрыжка горечью,

тошнота, рвота, чувство распирания в животе, вздутие кишечника, нарушение стула).

NB! Возникающая тошнота и рвота обычно не приносят облегчения.

Нередко с первых дней заболевания наблюдается повышение температуры тела, что напрямую зависит от глубины патоморфологических изменений в желчном пузыре. Состояние больной острым холециститом зависит от тяжести заболевания. Кожные покровы чаще всего имеют обычную окраску. Нерезко выраженная желтуха склер наблюдается при локальном гепатите и воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи. При пальпации живота выявляется болезненность в правом подреберье и в эпигастральной области. Желчный пузырь удается пропальпировать только в случае наличия деструктивных форм острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и уплотняется. Однако его не всегда возможно пропальпировать при наличии значительного мышечного напряжения.

Определяются также специфические симптомы острого холецистита: симптом Ортнера, симптом Керра, симптом Мерфи и симптом Мюсси.

Диагностика

Для диагностики заболеваний желчевыводящей системы следует выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови с оценкой уровня общего и свободного билирубина, ферментов печени, общий анализ и анализ на желчные пигменты. Дуоденальное зондирование назначают только при отсутствии угрозы прерывания беременности с последующим биохимическим и бактериологическим исследованием желчи. В общем анализе крови у больных с этой патологией отмечаются повышенный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускорение оседания эритроцитов. При дуоденальном зондировании у беременных с хроническим холециститом в I триместре гипомоторную дискинезию желчного пузыря отмечают у каждой третьей женщины, во II и III триместрах — более чем у половины пациенток.

При проведении инструментальных исследований по УЗИ можно выявить классическую эхографическую картину желчного камня в виде гиперэхогенной структуры разнообразных форм с дистальной акустической тенью. Минимальный размер конкрементов в желчном пузыре, при котором можно определить дистальную акустическую тень, составляет 3–5 мм. Также при УЗИ нередко определяется утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм.

Лечение

При выявлении признаков острого холецистита у беременной или роженицы тактику их ведения всегда необходимо согласовывать с хирургами. Выжидательная тактика допустима только при катаральной форме острого холецистита.

Вначале проводится консервативная терапия. Для обеспечения функционального покоя желчного пузыря в прерывистом режиме через назогастральный зонд проводят аспирацию содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Назначают обволакивающие, желчегонные средства, адсорбенты, препараты желчи, для купирования болевого синдрома назначают болеутоляющие и спазмолитические препараты. Проводится дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. Если в течение 4 дней не наступает улучшения состояния, показано проведение оперативного лечения вне зависимости от сроков беременности.

При деструктивных формах острого холецистита показано проведение такой ургентной операции, как холецистэктомия. Задержка проведения оперативного лечения приводит к учащению появления различных осложнений и ухудшает прогноз для беременной и плода.

Беременным с хроническим холециститом необходимо соблюдать диету, которая должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений. Рекомендуют частое, дробное питание, диету (стол № 5), постоянный прием желчегонных средств, в основном растительного происхождения. Желчегонным действием обладают отвары лекарственных растений (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа), а также некоторые лекарственные препараты: холосас (шиповника плодов экстракт), фламин (бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов). Рекомендуют прием лечебных минеральных вод («Ессентуки № 17», «Нафтуси № 1» и др.).

Беременным с хроническим холециститом назначают адсорбенты и обволакивающие средства (сималдрант), пробиотики для нормализации функции кишечника, а также ферментные препараты (панкреатин).

При обострении, развившемся в I триместре беременности при гиперкинетическом типе дискинезии желчных путей, применяются растительные холеретики в виде отваров и желчегонные препараты: аллохол, фестал, холензим. При гипокинетической дискинезии назначают холекинетики: растительные масла, сорбит, ксилит, 25% раствор сульфата магния. Для борьбы с застоем желчи рекомендуются лечебные ду-

оденальные зондирования или слепые тюбажи с растительными маслами или карловарской солью.

При выраженном болевом синдроме назначают спазмолитики и болеутоляющие средства (в стандартных дозах), а для нормализации моторики пузыря (независимо от ее характера) возможно применение метоклопрамида (церукал, реглан) в небольших дозах (по 10–20 мг/сут).

При наслоении вторичной инфекции подключаются антибактериальные препараты, при этом их выбор основывается на сроке беременности: в I триместре используются антибиотики пенициллинового ряда, а во II и III триместрах — препараты группы цефалоспоринов.

При неэффективности консервативных мероприятий у пациенток с заболеваниями желчевыводящих путей вопрос об экстренном оперативном вмешательстве должен быть решен в течение первых 2–3 сут. При выявлении показаний к отсроченной операции ее выполняют через 3–4 нед после начала заболевания при полной ликвидации всех острых явлений.

4.2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время считается, что панкреатиты при беременности встречаются довольно редко.

Принимая во внимание тот факт, что возраст беременных, причем как первородящих, так и — тем более — повторнородящих, в последнее время повышается, следует ожидать увеличения распространенности различных вариантов панкреатита среди этого контингента.

На сегодняшний день сведения о распространенности панкреатита среди беременных колеблются от 1:1000 до 1:12 000, но в основном они касаются острого панкреатита или же всех случаев панкреатита. Такой разброс обусловлен тем, что одни исследователи анализируют случаи панкреатита только во время беременности, другие же включают в сведения и послеродовые случаи заболевания.

По данным наиболее масштабных исследований зарубежных авторов, различные виды панкреатита встречаются примерно в 1 случае на 3000 беременностей (0,03%), при этом у 88% беременных регистрируется острый панкреатит и лишь в 12% — обострение хронического панкреатита. Распространенность панкреатита увеличивается со сроком беременности и числом родов: 24% случаев панкреатита были зарегистрированы в I триместре беременности, 33% — во II и 43% — в III триместре. Также отмечено, что 63% случаев панкреатита