ЗБІРНИК
наукових праць

Асоціації
акушерів-гінекологів
України

Київ
"Інтермед"
2009

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

Гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР) відноситься до найпоширеніших функціональних порушень шлунково-кишкового тракту під час вагітності. Так, за даними клінічних досліджень періодична печія, яка притаманна ГЕР, починає турбувати з 20-22 тижнів гестації до 30% вагітних, а перед пологами – до 50% [1, 2].

Основними патогенетичними факторами виникнення гестаційного ГЕР є підвищення внаслідок гіпергастринемії кислотності шлункового вмісту, спазмолітичний ефект прогестерону, що обумовлює уповільнення моторики травного тракту, та збільшення у розмірах матки зі зміненням топографії органів черевної порожнини [1, 3]. Так, зокрема, вісь шлунка з вертикального положення становиться майже горизонтальною, а абдомінальний сегмент стравоходу, на тлі зниження тонусу м`яз діафрагми та «розпушення» її сполучнотканинної основи, піднімається до рівня відповідного отвору, що сприяє зниженню базального тиску нижнього стравохідного сфінктеру, формуванню його функціональної недостатності та, як наслідок, порушенню процесу евакуації шлункового вмісту з ініціацією регургітаційних епізодів.

Важливими заходами попередження ГЕР є дотримання дієти та певних правил поведінки вагітної, але у більшості випадків лише призначення медикаментозної терапії дозволяє нівелювати його клінічні прояви.

Так, для лікування печії у вагітних широко застосовуються антацидні препарати, механізм дії яких заснований на хімічній нейтралізації соляної кислоти та зв`язуванні пепсину.

Отже швидко знімає неприємне відчуття печії прийом гідрокарбонату натрію (харчова сода), але цей ефект є й швидкоплинним в зв`язку з утворенням в шлунку вуглекислоти, що посилює секрецію нових порцій соляної кислоти (феномен «рикошету»). Крім того, при тривалому застосуванні (більше 7 днів) накопичення іонів натрію в організмі вагітної сприяє формуванню або посиленню набряків [4].

Різні комбіновані антацидні препарати, що містять солі кальцію, алюмінію, магнію (Маалокс, Альмагель, Ренні, Тальцид), мають швидку та виразну кислотонейтралізуючу дію завдяки високим буферним властивостям [4]. Але за даними клініко-експериментальних досліджень після взаємодії із соляною кислотою від 0,001 до 24-30% мінералів може усмоктуватися в кишечнику [5, 6].

Так, накопичення алюмінію може стати фактором формування у плода енцефалопатії, мікроцитарної анемії (алюміній зв`язується з трансферином, порушуючи транспорт та метаболізм заліза) та остеомаляції внаслідок посиленої втрати фосфатів через шлунково-кишковий тракт. Гіпермагніємія може обумовлювати слабкість пологової діяльності та післяпологову гіпотонію матки, гіперкальціємія – нефрокальциноз [6]. Звичайно, ризик подібних ускладнень при прийомі антацидів у середніх

терапевтичних дозах мінімальний або взагалі відсутній, однак стає цілком реальним при нефропатії, що неодмінно розвивається при прееклампсії. Отже в таких випадках препаратом вибору стають інгібітори протонної помпи, механізм дії яких заснований на зниженні потрапляння водневих іонів в порожнину шлунку шляхом пригнічення активності ферменту H^+/K^+-АТФази секреторної мембрани парієтальних клітин, що супроводжується блокуванням кінцевого етапу утворення соляної кислоти [4].

Мета дослідження. Визначити ефективність симптоматичного лікування проявів гастроезофагеального рефлексу у вагітних з прееклампсією.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 25 вагітних в віці 18-35 років з прееклампсією легкого та середнього ступенів важкості при терміні гестації 32-38 тижнів, які скаржились на наявність печії (в дослідженні не приймали участь пацієнтки, які до вагітності страждали на захворювання шлунково-кишкового тракту, що супроводжувалися печією).

Для аналізу суб`єктивних характеристик печії та ефективності симптоматичного лікування проводилося анкетування з метою визначення в динаміці добової епізодичності печії, час її виникнення, тривалість та інтенсивність (незначна, помірна, виразна).

З метою послаблення агресивного кислотно-пептичного фактору вагітним було рекомендовано уникати положень тіла, що сприяють виникненню печії (нахилення тулуба вперед, положення лежачи на лівому боці), спати з піднятим на 15-20 см головним кінцем, обмежити носіння бандажа. Харчування 5-7 разове (останнє за 3 години до сну) малими порціями, при цьому пацієнтки не лягали в ліжко після прийому їжі протягом 30-40 хвилин (відбувається більш швидка евакуація шлункового вмісту). В раціон включали продукти, що мають «антацидні» властивості – молоко (тепле, невеликими порціями), творог, парові омлети, відварне м`ясо. Овочеві страви вживали у відварному або протертому виді заправлені вершковою або рослинною олією. Виключали з раціону здобні вироби, чорний хліб, жирні сорти м`яса та риби, овочі, що містять грубу клітковину (білокачанна капуста, редис, редька, ріпчаста цибуля, часник), маринади, копченості, яйця зварені в круту, цитрусові, кислі ягоди й фрукти, морозиво, шоколад, газовані напої, чорну каву, гарячий чай.

Разом з основними лікувальними заходами, згідно до наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004, призначали симптоматичну терапію, до складу якої включали омепразол (відноситься до категорії В - «ліки, які приймались обмеженою кількістю вагітних, але без виявлення випадків фетотоксичності або тератогенного впливу») та лактулозу.

Патогенетичним обгрунтуванням вибору омепразолу, який є основним інгредієнтом препарату Гасек Гастрокапс (Мерна, Швейцария) та відноситься до класу інгібіторів протонної помпи, стала його завдяки унікальній формі випуску (подвійне покриття капсули) максимальна ефективність щодо зворотнього пригнічення базальної та стимульованої секреції соляної кислоти [4, 7]. Гасек Гастрокапс призначали вранці по 1 капсулі (20 мг) до пологорозродження.

Враховуючи доведену клінічними дослідженнями необхідність нормалізації моторної функції кишечника при ГЕР, вагітним також призначали лактулозу (препарат «Дуфалак» компанії Solvay Pharmaceuticals), яка являє собою синтетичний дисахарид, що стимулює ріст цукролітичних бактерій, знижує pH хімусу до слабкокислих значень, тим самим стимулюючи перистальтику [4, 8]. «Дуфалак» не токсичний, не має тератогенного впливу. Препарат призначали по 5-10 мл тричі на добу до пологорозродження.

Результати дослідження та їх обговорення. При анкетуванні вагітних виявлено, що у переважної більшості (84%) помірна печія виникала майже одразу після сніданку

з подальшими періодичними загостреннями на протязі дня та ввечері. У 4 (16%) неприємні відчуття в епігастрії з'являлися тільки надвечір на вночі. Середня кількість епізодів печії за добу складала 4±1, а середня тривалість приступу - 30±9 хвилин.

Також 18 (72%) пацієнток з прееклампсією легкого та середнього ступеня важкості відмічали й порушення звільнення кишечника (2 рази на тиждень та рідше), при цьому клінічну картину доповнювало відчуття його неповного випорожнення та дискомфорт в животі.

Проведення зазначеної вище симптоматичної терапії супроводжувалось досить швидким клінічним ефектом.

Так, призначення Гасек Гастрокапс дозволило припинити виникнення печії з першого дня прийому препарату у 22 (88%) вагітних, у решти – на 2 день. У 18 (72%) пацієнток за 12-24 години після прийому лактулози та у 5 (20%) за 48 годин виникав м'який проносний ефект, який не супроводжувався різким посиленням перистальтики та спастичними болями, що має особливе значення для вагітних. У 2 (8%) жінок виникла необхідність підвищення дози до 15-20 мл тричі на день для нормалізації рухово-евакуаційної функції кишечника. Згодом регулярний прийом лактулози сприяв відновленню фізіологічних відправлень (більше 3 разів на тиждень) у всіх пацієнток.

Важливим аспектом лікування стало також значне покращення психоемоційного стану вагітних внаслідок відсутності постійного очікування незадовільного самопочуття.

Висновки:

1. враховуючи патогенетичні аспекти формування та перебігу прееклампсії призначення омепразолу для лікування функціональної печії у вагітних цієї категорії є більш виправданим;

2. запропонована схема медикаментозної корекції дозволяє швидко та ефективно нівелювати клінічні прояви гестаційного ГЕР, тим самим певною мірою покращити самопочуття вагітних з прееклампсією.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Запорожан. В.М.* Акушерство і гінекологія. Книга 1. Акушерство: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 328.

2. *Бурков С.Г.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у женщин в период беременности //Гинекология. – 2001. – Т.6, №5. – С. 12–15.

3. *Грищенко О.В., Сторчак А.В., Яковлєва Т.А., Катамадзе М.А.* Использование препарата Маалокс для симптоматической терапии изжоги у беременных //Здоров'я України. – 2008. – № 11. – С. 58–59.

4. Компендіум 2007 – лекарственные препараты /Под. Ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: МОРИОН, 2007.

5. *Альперович Б.Р.* Проблема выбора антацидных препаратов у беременных //Consilium medicum. – 2005. – Том 07. – № 2.

6. *Моисеев С.В.* Алюминий содержащие препараты: риск превышает пользу //Consilium medicum. – 2006. – Том 08. – № 6.

7. *Харченко Н.В.* Современные аспекты лечения ГЭРБ //Здоров'я України. – 2008. – № 21–24. –. С. 65.

8. *Дегтярева И., Скопиченко С., Скрыпник И., Гуцало Е.* Дуфалак: классическое применение и перспективы использования в лечении хронических заболеваний печени и кишечника //Ліки XXI століття. – 2003. – № 1. – С. 35–39.

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ПАЦІЄНТОК З НЕУСКЛАДНЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

Відомо, що функціонування системи мати-плацента-плід ініціює цілий каскад пристосувальних змін з боку усіх органів та систем організму жінки, які направлені на забезпечення оптимальних умов для розвитку плода, але при цьому нерідко виникають й дискомфортні стани, що знижують якість життя вагітної [1, 2].

Так, адаптаційні зміни з боку травного тракту обумовлюють різні диспепсичні явища, патогенетичним підґрунтям яких стають притиснення вагітною маткою органів черевної порожнини зі зміненням їх топографії, підвищення внутрішньочеревного тиску з частковим порушенням кровообігу та венозним застоєм, гіперацидність шлункового вмісту, формування гастроезофагеального рефлюксу, уповільнення перистальтики кишечника, біліарна дискінезія тощо [3, 4].

За даними клінічних досліджень прояви гестаційної диспепсії починають турбувати жінок здебільшого з 20-22 тижня вагітності та значно частішають перед пологами. Відомо, що зазначені вище порушення не мають серйозних наслідків, проте погіршують самопочуття та викликають неспокій за дитину у майбутньої матері. Отже симптоматичне лікування цих станів стає важливою передумовою успішного перебігу вагітності.

Мета дослідження. Визначити ефективність симптоматичного лікування функціональної диспепсії у пацієнток з неускладненою вагітністю.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 23 пацієнтки віком 17-44 роки з неускладненою вагітністю при терміні гестації 22-38 тижнів з клінічними проявами функціональної диспепсії (з дослідження були виключені пацієнтки з захворюваннями травного тракту в анамнезі).

З огляду на сучасну наукову думку пріоритетним напрямком для медикаментозної корекції функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту під час вагітності стає застосування фітопрепаратів з багатовекторним ефектом дії.

Зазначеним вимогам відповідає Іберогаст – комплексний препарат рослинного походження компанії «Біоноріка» (Німеччина), зареєстрований Фармакологічним комітетом України.

До складу Іберогасту входять екстракти дев'яти рослин: іберійки гіркої (підвищує тонус гладкої мускулатури травного тракту), дягилю (сприяє поліпшенню травлення шляхом посилення секреції жовчі з одночасним посиленням перистальтики), ромашки (протизапальний, антибактеріальний, спазмолітичний ефекти), тміну (посилює перистальтику та пригнічує процеси путрефакції й бродіння), розторопши (гепатопротекторний ефект), меліси та м'яти (у сукупності викликають заспокійливий, спазмолітичний, жовчогінний ефект), чистотілу (посилює моторику шлунку), солодки