

Н.М. Олійник, Г.В. Загарія, С.М. Геряк, І.М. Маланчин

ПЕРЕБІГ ГЕСТОЗУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПЕРЕБІГ ГЕСТОЗУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ. На підставі сучасних даних літератури та власних клінічних спостережень розглядаються питання тактики ведення вагітності та пологів у жінок з різними захворюваннями печінки. Показана суттєва роль соматичної захворюваності в генезі розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. Зроблено висновок про необхідність подальшої розробки цього наукового напрямку.

ПРОТЕКАНИЕ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ. На основании современных данных литературы и собственных клинических наблюдений рассмотрены вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с различными заболеваниями печени. Показана существенная роль данной соматической заболеваемости в генезе развития акушерских и перинатальных осложнений. Сделано заключение о необходимости дальнейшей разработки этого научного направления.

RAN ACROSS FOR PREGNANT WITH THE DISEASES OF LIVER. The problems of the tactics of pregnancy and labor management in women with various liver diseases are considered on the basis of modern literature data and own clinical observations. The essential role of this somatic morbidity in genesis of the development of obstetric and perinatal complications is shown. It is concluded that further elaboration of this scientific direction is necessary.

Ключові слова: гестоз, хвороби печінки, вагітність, пологи, ускладнення.

Ключевые слова: гестозы, болезни печени, беременность, роды, осложнения.

Key words: gestosis, liver diseases, pregnancy, labor, complications.

Вагітність, що нормально протікає, не супроводжується порушенням функції печінки. У той же час, вагітність вимагає мобілізації функціональних резервів печінки для забезпечення життєдіяльності не тільки матері, але і плода. З вагітністю пов'язане збільшення продукції багатьох гормонів, особливо естрогенів та прогестерону, що метаболізуються у печінці і впливають на її функцію. В даний час у світі спостерігається значний ріст захворювань печінки, особливо вірусного походження. У зв'язку з цим, встановлення правильного діагнозу набуває важливого значення, тому що помилка в діагностиці може сприяти прогресуванню захворювання або навіть смерті матері і плода. Можливі труднощі в диференціальній діагностиці станів і різноманітних хвороб печінки, пов'язаних або не пов'язаних з вагітністю.

1. Хвороби печінки, пов'язані з вагітністю.

Невпинне блювання вагітних, як правило, починається в 1 триместрі і проходить до 20 тижнів, але в деяких пацієнток воно може мати завзятий перебіг до самого завершення вагітності. Жовтяниця спостерігається рідко, а гістологічні дослідження печінки виявляють незначні неспецифічні зміни. Диференціальний діагноз повинен включати ті хвороби, що можуть протікати з нудотою інших видів патології, обов'язкові серологічні дослідження на маркер вірусних гепатитів і фіброезофагогастродуоденоскопія.

Проводиться симптоматичне лікування, спрямоване на полегшення блювання. Вагітним призначається розвантажувальний режим для шлунково-кишкового тракту, інфузійна терапія і протиблювотні засоби. У важких випадках хворі можуть потребувати парентерального харчування, а в деяких випадках і застосування корти-

костероїдів. При наступних вагітностях синдром невпинного блювання має тенденцію до рецидивування.

Холестази в 2-гому триместрі у вагітних має фізіологічно обумовлені причини. Він збільшує ризик передчасних пологів і випадків мертвонародженості. Кардинальними симптомами холестази є шкірний свербіж, ступінь вираженості якого може варіювати від слабовираженого до важкого, що виснажує, і жовтяниці. Інтенсивність свербіжу може змінюватися протягом вагітності, а через декілька днів після пологів цілком зникає.

Вважається, що головним механізмом у розвитку холестази є підвищена чутливість печінки до естрогенів і прогестерону, внаслідок генетичних дефектів секреції жовчі і жовчовиділення. Лабораторні дослідження виявляють підвищений рівень конюгованого білірубину, лужної фосфатази й амінотрансфераз. Діагностично значущим у даній ситуації є визначення рівня жовчних кислот у сироватці крові або показник холігліцину. Гістологічне дослідження печінки виявляє тільки невеличкий холестази, але не гарантує точність діагностики. Часто зустрічається стеаторея, виразність якої залежить від ступеня холестази.

Ефективність лікування даної патології невисока. Початкова симптоматична терапія спрямована на зниження інтенсивності свербіжу і протижудних препаратів. Єдиний засіб вилікуватися від холестази – пологи. У вагітних з холестази відзначається збільшення випадків передчасних пологів і раптової внутрішньо-оутробної смерті плода, тому кращим є пологи в 38 тижнів, у важких випадках – дострокове розродження. Захворювання може рецидивувати при наступних вагітностях.

Якщо після пологів шкірний свербіж не зникає, а в крові зберігається висока активність лужної фосфатази, то варто провести диференціальну діагностику з первинним біліарним цирозом печінки і жовчекам'яною хворобою. Варто пам'ятати, що після пологів холестаза може рецидивувати при прийомі малих доз естрогенів, що входять до складу пероральних контрацептивів.

Гостра жирова дистрофія печінки – достатньо рідкісне захворювання, вперше описана в 1940 році Шиханом. Спектр клінічних проявів змінюється в межах від безсимптомного підвищення амінотрансфераз до фульмінантної печінкової недостатності з жовтяницею, глибокою коагулопатією, печінковою комою і гіпоглікемією. Нудота, повторне блювання і болі в животі з наступною жовтяницею з'являються, як правило, між 30 і 38 тижнями вагітності.

Перебіг захворювання може ускладнювати нефрогенний нецукровий діабет. У 50 % випадків розвивається прееклампсія різноманітного ступеня тяжкості. Гістологічна картина в печінці характеризується наявністю дрібнокрапельної периферичної жирової дистрофії гепатоцитів при незмінених печінкових клітинах перипортальної зони. Подібні зміни спостерігаються також при синдромі Рейе. Гостру дистрофію печінки вагітних, як і синдром Рейе, у даний час відносять до групи мітохондріальних цитопатій. Пацієнтки з гострою жировою дистрофією печінки, як правило, є гетерозиготними за наявністю генів, що визначають дефіцит ферменту довголанцюгової 3-гідроксиацил-КоА-дегідрогенази, що бере участь у мітохондріальному окислюванні жирних кислот.

При ультразвуковому дослідженні для гострої жирової дистрофії печінки патогномонічно вважається дифузне підвищення ехогенності. Гістологічні зміни в печінці характеризуються вакуолізацією гепатоцитів з включенням дрібних і значних крапель жиру, наявністю осередків запалення і некрозу. Через ушкодження гепатоцитів і портальної інфільтрації морфологічні зміни в печінці можуть бути неправильно інтерпретовані, як картина вірусного гепатиту.

Гостра жирова дистрофія печінки вважається тяжким захворюванням 3 триместру, супроводжується високою материнською і перинатальною смертністю. Лікування включає обов'язкове розродження з ретельним медичним спостереженням і медикаментозною корекцією порушень згортальної системи крові, вуглеводного і ліпідного обміну, функції нирок і печінки, а також дезінтоксикаційну терапію.

Методи дослідження. Загально-клінічне і фізикальне обстеження; ультразвукове дослідження стану плаценти та плода; біохімічні дослідження: визначення спектра фракцій сироваткового білка, активності деяких ферментів печінки, показників системи згортання крові, показників перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту крові, вмісту мікроелементів Cu, Zn, Fe, Mn в сироватці крові.

Наукова новизна досліджень. Вперше у вагітних з пізнім гестозом проведено комплексне вивчення функціонального стану печінки на підставі вивчення активності секретійних, інкреційних і екскреційних ферментів печінки і змін спектра фракцій сироваткового білка та встановлено взаємозв'язок змін системи гемостазу з порушенням функції печінки.

Вперше проведено оцінку змін вмісту мікроелементів: заліза, цинку, міді, марганцю та активність церулоплазміну, каталази та насичення трансферину залізом і роль печінки в збалансуванні мікроелементного складу крові.

Вперше встановлена роль функціонального стану печінки в патогенезі ускладнень пізнього гестозу та розроблено критерії прогнозування важкості перебігу пізнього гестозу і заходи профілактики дисфункції гепатоцитів, розвитку HELLP-синдрому та поліорганної недостатності.

Вперше запропонована та отримала подальший розвиток комплексна терапія пізнього гестозу з використанням гепатопротектора – ербісолу, антигіпоксанта – ліпіну та вітамінно-мінерального комплексу – матерни.

2. Хвороби печінки на фоні вагітності.

На фоні вагітності можливий розвиток вірусного, медикаментозного гепатиту, жовчекам'яної хвороби і їх активної маніфестації у будь-якому з триместрів вагітності.

Природний перебіг гострого вірусного гепатиту А або В у вагітної жінки не змінюється, тому переривання вагітності або раннє розродження не показані. Гострий вірусний гепатит в 2 або 3 триместрі супроводжується підвищеним ризиком розвитку інтраамніального інфікування. Для новонароджених обов'язковою є імунопрофілактика гепатиту В гіперімунним глобуліном, а також стандартна програма щеплень.

Віруси простого герпесу і гепатиту Е є ендемічними для районів з жарким кліматом і можуть бути причиною розвитку фульмінантної печінкової недостатності з високою материнською і перинатальною смертністю, особливо в 3 триместрі. При вагітності може погіршуватися перебіг хронічних хвороб печінки. На фоні існуючих, споконвічно важких хвороб печінки, вагітність, як правило, не настає, тому що такі пацієнти страждають ановуляцією. Проте, більшість жінок, інфікованих вірусами гепатиту В або С, можуть планувати і виношувати вагітність без збільшення ризику переобтяження перебігу основного захворювання. Ризик передачі гепатиту С від матері до плода достатньо низький і складає в межах 6-10 %. Ступінь ризику залежить від рівня віремії при гепатиті С у матері і наявності супутніх захворювань. У матері з ВІЛ-інфекцією цей ризик набагато вищий. На жаль, зараз нема доступних ефективних імунопрофілактичних засобів для його зниження. Грудне вигодовування вважається безпечним для дитини, якщо мати страждає вірусним гепатитом В або С. Лікування інтерферонами хронічного вірусного гепатиту В або С під час вагітності протипоказане.

Сучасна терапія дозволяє пацієнтам з автоімунним гепатитом і хворобою Вільсона-Коновалова пла-

нувати і виношувати вагітність. Такі хворі повинні знаходитись під спостереженням лікаря в зв'язку з підвищеним ризиком розвитку прееклампсії і передчасних пологів, а також одержувати адекватне лікування протягом усієї вагітності.

Вагітність призводить до сладжу жовчі і утворення каменів. Після пологів спостерігається нормалізація складу жовчі. При механічній жовтяниці в 2 триместрі вагітності може бути проведена ендоскопічна ретроградна холангіографія для верифікації каменів жовчного і папілосфінктеротомія. Холецистектомія, виконана як традиційним, так і ендоскопічним методом, в більшості випадків не становить небезпеки для вагітних.

Література

1. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. // БИНОМ.-СПб.:Невский диалект, 1999. – 1022 с.
2. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Константинов К.К., Месакова И.В. Клиническая и лабораторная эффективность применения Хофитола в комплексной терапии сочетаного осложнения беременности при позднем гестозе. Журнал 2003; 13 (2): 1-9
3. Подымова С.Д.Болезни печени. // М.: Медицина, 1998. – 703 с.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Болезни печени и желчных путей. // М.: ГЕОТАР. – Медицина, 1999. – 859 с.
5. Rriely C.Liver diseases in pregnancy // Amer J.GASTROENTEROL. – 1999. – P. 1728-1732.
6. Вільям Ф.Ганонг. Фізіологія людини: Підручник / переклад з англ., – Л.: Бак. 2002 р.-с. 257-286, 459-464, 432-435.

Під час гестаційного періоду відбувається посилення синтезу прокоагулянтів і підвищення ризику розвитку тромбозів різноманітної локалізації. Синдром Бадда-Кіарі розвивається внаслідок тромбозу печінкових вен, переважно в ранньому післяпологовому періоді, а також в 2 триместрі вагітності. Він починається з болю в животі й асцити, що гостро розвивається. Печінка збільшується в розмірах, стає болючий, нерідко спостерігаються кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка. Прогноз несприятливий. Радикальним методом лікування є трансплантація печінки і хворі повинні пожиттєво одержувати підтримуючу терапію антикоагулянтами.

7. Гунський Ю.І. Біологічна хімія: Підручник. – К. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000 р. с. 19-36, 122-134, 143-156, 190-201, 234-248, 284-304, 449-468.
8. Мурашко Л.Ч., Бурлев В.А., Клименченко Н.И. Применение Хофитола при беременности. М.: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии; 2003: 1-6
9. Безнощенко Г.Б., Дроздов В.Н. Желтухи и беременность // Весник Рос. Ассоц. Акуш. гин. – 1995. – № 4. – С. 67-71.
10. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. // Триада-Х. – М., 1997. – 303 с.
11. Регеда М.С., Любінець Л. А., Бідюк М. М., Кочмарська М.О. Гіпоксія. – Львов: Спалом, 2006 р. – С. 56.

УДК 618.1-006.52-022-07/-08

С. В. Хміль, А. І. Романчук, Л. Р. Федорейко, І. І. Кулик, О. П. Формазюк СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОМОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОМОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК. У статті викладено сучасні погляди на діагностику та лікування папіломовірусної інфекції у жінок. Завдяки сучасним діагностичним програмам, а саме молекулярно-біологічній діагностиці та цитологічному дослідженню встановлено, що у 90 % жінок з гострокінцевими кондиломами виявляють ВПЛ типу 6 та 11, а у 20 % жінок рак шийки матки виникає у зв'язку із зараженням ВПЛ типу 16 та 18. Перспективним методом лікування є поєднання загальної та місцевої медикаментозної терапії з локальним хірургічним видаленням кондилом.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН. В статье изложено современные взгляды на диагностику и лечение папилломовирусной инфекции у женщин. Применяя современные диагностические программы а именно молекулярно-биологическую диагностику и цитологические исследования установлено, что у 90 % женщин с гостоконечными кондиломами обнаружены ВПЧ типа 6 и 11, а у 20 % женщин рак шейки матки возникает в связи с инфицированием ВПЧ типа 16 и 18. Перспективными методами лечения являются совместное употребление общей и местной медикаментозной терапии с хирургическим высечением кандилом.