

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмаилова З.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Каждый год в мире более 200 миллионов женщин становятся беременными, и чаще всего это заканчивается успешными родами. Тем не менее, нередко случаи, когда беременность и роды происходят с осложнениями, вызванными экстрагенитальными заболеваниями. На первом месте среди них стоят патологии пищеварительной системы.

Хронические недуги печени и желчного пузыря выявляются у 3–5 % будущих матерей. В некоторых случаях проблемы с желчным пузырем требуют проведения хирургической операции (частота холецистэктомий во время беременности колеблется от 0,1 до 3,0 %).

Ключевые слова: желчевыводящий путь, желчный пузырь, беременность, холецистэктомия.

HOMILADORLIK PAYTIDA O'T YO'LLARI KASALLIKLARINING XARAKTERLI BELGILARI

Ismailova Z.U.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Har yili dunyoda 200 milliondan ortiq ayol homilador bo'ladi va bu ko'pincha muvaffaqiyatli tug'ilish bilan tugaydi. Shunga qaramay, homiladorlik va tug'ish ekstragenital kasalliklar tufayli yuzaga keladigan asoratlar bilan sodir bo'lishi odatiy hol emas. Ular orasida birinchi navbatda ovqat hazm qilish tizimining patologiyalari mavjud.

Jigar va o't pufagining surunkali kasalliklari kelajakdagi onalarning 3-5 foizida aniqlanadi. Ba'zi hollarda o't pufagi bilan bog'liq muammolar jarrohlik amaliyotini talab qiladi (homiladorlik paytida xoletsistektomiya darajasi 0,1 dan 3,0% gacha).

Kalit so'zlar: o't yo'llari, o't pufagi, homiladorlik, xoletsistektomiya.

CHARACTERISTIC SIGNS OF THE COURSE OF BILIARY TRACT DISEASES DURING PREGNANCY

Ismailova Z.U.

Andijan state medical institute

Abstract

Every year in the world, more than 200 million women become pregnant, and most often it ends with successful childbirth. Nevertheless, it is not uncommon for pregnancy and childbirth to occur with complications caused by extragenital diseases. The pathologies of the digestive system are in the first place among them.

Chronic diseases of the liver and gallbladder are detected in 3-5% of expectant mothers. In some cases, gallbladder problems require surgery (the frequency of cholecystectomies during pregnancy ranges from 0.1 to 3.0%).

Keywords: biliary tract, gallbladder, pregnancy, cholecystectomy.

Введение. Рост заболеваемости хроническим воспалением желчного пузыря (ХВБ) у беременных женщин обусловлен повышением уровня холестерина, что напрямую связано с инфекционными факторами – в первую очередь стафилококком и *E. coli*. Особенности функциональных нарушений желчевыводящих путей (ЖВП) при беременности включают изменения моторики без заметных органических повреждений, что значительно увеличивает частоту встречаемости таких состояний в этот период [4, 7, 11].

Клиническая картина хронического ХВБ определяется выраженным болевым комплексом: боль локализуется преимущественно в правом подреберье и реже – в верхней части живота; отдаёт в правую лопатку, ключицу, плечо.

Усиление боли провоцируется нарушениями диеты (употреблением жирного), физической активностью, стрессорными ситуациями, переохлаждением и сопутствующими инфекционными процессами [1, 3, 9]. Болевой синдром сопровождается расстройствами пищеварения: отрыжкой с горечью, тошнотой, рвотой, ощущением распирания в животе, метеоризмом и нарушениями стула [8].

При затруднении желчеоттока возможны изменения кожных покровов до желтушной окраски. В фазе обострения нередко наблюдается повышение температуры тела [2, 5, 12]. При пальпации выявляют болезненность в правом подреберье и специфические симптомы холецистита [3, 6, 10].

Цель исследования. Цель исследования заключается в анализе особенностей течения беременности у женщин с заболеваниями желчевыводящих путей (ЗЖВП).

Материал и методы исследования. Проведено всестороннее клинико-лабораторное обследование 30 беременных пациенток, страдающих ЗЖВП и находящихся на стационарном лечении в специализированном Перинатальном центре города Андижана за период с 2023 по 2024 годы.

Результаты исследования. Согласно нашим данным, проявление желчнокаменной болезни (ЗЖВП) чаще наблюдается в первом и втором триместрах беременности: в период 1-13 недель – 66,6% (20 случаев), 14-27 недель – 26,7% (8 случаев), 28-40 недель – 6,7% (2 случая). Это связано с возрастанием чувствительности рецепторов к прогестерону в стенках желчного пузыря и снижением его двигательной активности (гипомоторная дискинезия), а также с повышенной литогенностью желчи, вызванной эндогенными эстрогенами. Кроме того, у беременных может изменяться липидный профиль сыворотки, поскольку происходит смещение энергетических процессов с углеводов на жиры.

Повреждение жизненно важных органов при холестатическом гепатозе в нашем исследовании привело к ряду осложнений, включая ранний токсикоз (30%), преэклампсию (66,8%), угрозу невынашивания (70%) и преждевременные роды (27,5%).

Мы также выявили значительное увеличение объема кровопотери при родах ($380,6 \pm 2,5$ мл) по сравнению с контрольной группой ($221,3 \pm 4,1$ мл). ДВС-синдром в основном проявлялся гипокоагуляцией (2-я фаза) с активацией фибринолиза лишь у 14% женщин.

Для создания математической модели (таблица 2) мы провели оценку степени тяжести ВХБ в баллах, что позволит врачу определить тактику ведения беременности при холестатическом гепатозе и выбрать подходящую медикаментозную терапию, а также методы и сроки родоразрешения в соответствии с клиническими рекомендациями и приказами МЗ РУз.

Таким образом, во время беременности у женщин наблюдается несколько факторов, способствующих образованию желчных камней.

Средний возраст участниц с заболеванием составил $31,32 \pm 0,76$ года (в диапазоне от 19 до 37 лет). У 60% (18) пациенток возраст колебался от 30 до 37 лет, в то время как у 40% (12) он находился в пределах 19-29 лет. Сельские жители составили 16,7% (5) случаев, городские — 83,3% (25). Работающие составили 80% (24), а неработающие — 20% (6). Все беременные состояли на учете в женской консультации до 12 недель. Первобеременные занимали 46,7% (14), а повторобеременные — 53,3% (16) случаев. Первые роды прогнозировались в 53,3% (16) случаев, а повторные — в 46,7% (14).

Таблица 1

Результаты оценки состояния новорожденных при беременности, родах и внутричерепной гипертензии

обследованными пациентами.

Осложнение	ВХБ, n=160, 1-я группа	ВХБ, n=50, 2-я группа	Контрольная группа, n=100
Ранний токсикоз	48 (30,0)***	7 (14,0)	16 (16,0)
Преэклампсия	107 (66,8)***	5 (10,0)	16 (16,0)
Угроза невынашивания	112 (70,0)***	8 (16,0)	33 (33,0)
ХПН, ЗРП	141 (88,1)***	10 (20,0)	22 (22,0)
Преждевременные роды	44 (27,5)***	4 (8,0)*	3 (3,0)
Кровотечение в III триместре и раннем послеродовом периоде	20 (12,5)**	2 (4,0)*	1 (1,0)
Оперативные вмешательства	88 (55,0)***	5 (10,0)*	0 (0)
Перинатальная смерть	41 (25,6)***	0 (0)	7 (7,0)
Пренатальная гипотрофия	41 (25,6)***	5 (10,0)	7 (7,0)
Асфиксия новорожденных	56 (35,0)***	3 (6,0)	12 (12,0)
Синдром дыхательных расстройств	24 (15,0)***	0 (0)	0 (0)
Нарушение мозгового кровообращения у новорожденного	81 (50,6)**	0 (0)	23 (23,0)

Примечание. Различия показателей с таковыми контрольной группы достоверны: *— $p<0,05$; ** — $p<0,01$; *** — $p<0,001$.

Острый калькулезный холецистит зарегистрирован у беременных на фоне заболеваний ЖКТ в 46,7% (14) случаев.

Желчекаменная болезнь наблюдается у 40% (12) пациенток, а язвенная болезнь желудка — у 6,7% (2) случаев. В анамнезе вирусного гепатита В указано у 6,7% (2) женщин, в то время как гепатит С зарегистрирован у 3,3% (1) беременной. Примерно 13,3% (4) женщин имели в своем анамнезе аппендэктомию. Уровень избыточного веса зафиксирован у 60% (18) пациенток.

Все беременные женщины прошли консервативное лечение, и в 60% (18) случаев было замечено улучшение состояния на 1-2 сутки. Лапароскопическая и лапаротомическая холецистэктомии проводились в 16,7% (5) случаев из-за неэффективности лечения. С увеличением срока беременности, 83,3% (25) пациенток выписаны из стационара. В 6,7% (2) случаев после операции произошло самопроизвольное прерывание беременности на раннем сроке, в 3,3% (1) беременную перевели в родильное отделение с угрозой преждевременных родов, а в 6,7% (2) — с началом родовой деятельности.

Таблица 2

Результаты оценки тяжести заболеваний печени и желчевыводящих путей у обследованных пациентов.

Симптом	Оценка, баллы
Кожный зуд:	
незначительный, локализованный (живот, ладони, разгибательные поверхности суставов)	1
генерализованный, с нарушением сна	2
интенсивный, нестерпимый, приводящий к депрессии, нарушению общего состояния	4
Состояние кожи и слизистых оболочек:	
норма	0
субиктеричность	2
желтуха	4
Острая почечная недостаточность:	
нет	0
есть	8
Усиление эхогенности печени по данным УЗИ:	
нет	0
есть	6
СЗРП:	
нет	0
I степени	4
II—III степени	6
Повышение сывороточной активности ЩФ, ед/л:	
до 378	2
378—630	4
более 630	6
Повышение сывороточной концентрации общего билирубина, мкмоль/л:	
до 30,0	2
30,0—60,0	4
более 60,0	6
Повышение уровня общих желчных кислот более 10 мкмоль/л:	
до 40	3
до 100	6
более 100	8
Липопротеидные фракции:	
соответствуют установленным нормам	0
увеличение пре-b-ЛП	4
увеличение пре-b-ЛП свыше 30%, формирование монофазной кривой b-ЛП-а-ЛП	8

Примечание. Сумма баллов: до 10 - легкая степень ВХБ, 10-25 - средняя степень ВХБ; более 25 баллов - тяжелая степень ВХБ.

Вывод. Беременность может способствовать проявлению скрытой желчнокаменной болезни. Профилактические меры, основанные на современном опыте, включают обследование всех женщин детородного

возраста, особенно перед планированием беременности, и при наличии желчнокаменной болезни — проведение плановой операции до зачатия, чтобы избежать острых ситуаций в поздние сроки, что негативно сказывается на матери и ребенке.

Использованная литература:

1. Кузьмин В. Н., Адамян Л. В. Варианты клинического течения, диагностика и лечебная тактика острого жирового гепатоза беременных // Акушерство и гинекология. 2009, № 1, с. 25–29.
2. Кузьмин В. Н., Серобян А. Г. Острый жировой гепатоз беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008, т. 7, № 1, с. 83–87.
3. Aggarwal R., Ranjan P. Preventing and treating hepatitis B infection // BMJ. 2004. Vol. 329. P. 1080–1086.
4. Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy // Clin Liver Dis. 2007, Nov; 11 (4): p. 945–963.
5. Gurung V. et al. Pilot study for a trial of ursodeoxycholic acid and/or early delivery for obstetrics cholestasis // BMC pregnancy and Childbirth. 2009, p. 1–12.
6. Glantz A. et al. Intrahepatic Cholestasis of pregnancy: amelioration of pruritus by UDCA is associated with decreased progesterone disulphates in urine // Hepatology. 2008, vol. 47, № 2, p. 544–551.
7. Hay J. E. et al. Liver disease in pregnancy // Hepatology. 2008, March, p. 1067–1076.
8. Juling L. et al. Ursodeoxycholic acid in the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy // Journal of Huazhong University of Science and technology. 2006, p. 350–359.
9. Riely C. A. Liver disease in pregnant patient // Am. J. Gastroenterol. 1999. Vol. 94. P. 1728–1732.
10. Ropponen A. Intrahepatic Cholestasis of pregnancy. University of Helsinki, Finland, 2006, p. 58.
11. Lorente S., Montoro M. A. Cholestasis of pregnancy // Gastroenterol Hepatol. 2007, 30 (9), p. 541–548.
12. Pusi T., Beuers U. Intrahepatic cholestasis in pregnancy // Orphanet. J. Rare. Dis. 2007, 2, p. 26.