

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ В.ЗЕЛЬМАНА
ООО «КЛИНИКА ПРОФЕССОРА ПАСМАН»

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ, ПЕРИНАТОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

22 – 25 апреля 2021 года

Научная программа

Научные материалы

Россия, 630099, Новосибирск, ул. Орджоникидзе, д. 31
Novosibirsk Marriott Hotel

Регистрация участников на сайте конгресса
www.repromed.pro

Время мероприятия указано по Новосибирску (Москва 4+ часа)

Онлайн-трансляция

<https://events.webinar.ru/repromedpro/za1>

<https://events.webinar.ru/repromedpro/za2>

<https://events.webinar.ru/repromedpro/za3>

<https://events.webinar.ru/repromedpro/za4>

Новосибирск
2021



ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ НЕВЫНАШИВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ

С.В. Грицева, М.Ю. Денисов

Новосибирский государственный университет

Мозаичность причин возникновения функциональных нарушений билиарного тракта, разнообразие симптоматики, множественные нарушения



межорганных взаимоотношений, значимая роль психоэмоциональных и вегетативных нарушений определяют разнообразную, часто неспецифичную клиническую картину патологии [1].

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы, на практике по-прежнему встречаются ошибки, вызванные главным образом многообразием клинической картины данной патологии [2]. Свой вклад в это вносят коморбидность, высокая распространенность невротических и психических отклонений, усугубляющих функциональные расстройства билиарного тракта, а также применяемая по поводу других болезней многокомпонентная медикаментозная терапия, связанная с патологическим течением беременности [3; 4].

Данные о частоте функциональных нарушений билиарного тракта и холестаза у беременных весьма разрозненные, варьируются от 0,1 до 15,6 % случаев [5]. Во время беременности создаются благоприятные условия как для манифестации уже имеющихся заболеваний билиарного тракта, проявляющихся преимущественно в виде желчной колики или холецистита, требующих экстренного оперативного и интенсивного консервативного лечения, так и развития данной патологии на фоне свойственных беременности нарушений моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря в форме гипокинезии с признаками застоя желчи, а также повышения ее вязкости с формированием билиарного сладжа [6]. Биохимический состав желчи в период беременности изменяется, опорожнение желчного пузыря заметно ухудшаются во II и III триместрах беременности. Поэтому наблюдающееся у беременных перенасыщение желчи холестерином в сочетании с ее стазом – благоприятные условия для возникновения холепатий.

Известно, что во время беременности, начиная с ранних ее сроков, происходит линейное повышение уровня эстрогенов и прогестерона, достигающее максимума в третьем триместре. Эстрогены увеличивают содержание холестерина в желчи и нарушают моторику желчного пузыря, в результате чего возрастает литогенность желчи [7]. Кроме того, эстрогены вызывают снижение синтеза хенодезоксихолевой кислоты, что ведет к преципитации холестерина [7; 8]. Внутрпеченочный холестаз может развиваться на любом сроке беременности, но чаще в третьем триместре, когда особенно высока концентрация эстрогенов в крови [9; 10].

К сожалению, недостаточно данных о частоте, структуре и клинической симптоматике функциональных нарушений билиарного тракта



при патологически протекающей беременности. Это определило цель исследования – изучить клинические и лабораторно-инструментальные особенности течения патологии билиарного тракта у беременных с невынашиванием и последующие перинатальные исходы.

Материалы и методы

Проведено наблюдение за 92 женщинами в возрасте от 18 до 42 (средний возраст – $29,5 \pm 11,5$) лет, находившимися на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности. Все пациентки поступали для стационарного лечения по поводу невынашивания с признаками анемии средней и тяжелой степени тяжести, преэклампсии, повышенного тонуса матки и кровянистыми выделениями из половых путей.

Исследование осуществлялось в два этапа. На первом этапе проводили скрининговое изучение данных о патологии билиарного тракта – анализировали данные анамнеза, проводили объективный осмотр и оценивали лабораторно-инструментальные показатели (биохимический анализ крови, включая уровень желчных кислот, активность ЩФ, уровень ГГТП, триглицеридов, трансаминаз, холестерина, билирубина, ультразвуковое сканирование органов брюшной полости).

Беременные, у которых диагностирована патология билиарного тракта, детально изучались на втором этапе. Нами проведено уточнение нозологической формы заболевания, анализ исхода каждой конкретной беременности, особенности перинатального периода у младенцев.

Для статистической обработки результатов применяли стандартный параметрический анализ с определением частоты признаков.

Результаты исследования

При обследовании 92 женщин на сроках беременности 29 ± 7 недель, выявлено, что основными расстройствами были диспепсические и кишечные нарушения, у каждой пятой женщины диагностирован кожный зуд, в то время как абдоминальный болевой синдром оказался редким признаком (табл. 1).

В ходе сбора анамнеза установлено, что 38 беременных (41,3 %) страдали патологией желудочно-кишечного тракта еще до наступления настоящей беременности. Так, хронический гастрит ранее диагностировался у 12 обследованных (13,0 %), язвенная болезнь желудка или две-



надцатиперстной кишки – у 8 (8,7 %) беременных, хронический холецистит – у 7 (7,6 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – метить, что м налетом) наблюдалась у 66 женщин (71,74 %), а ожирение (ИМТ 30–35 кг/м²) – у 5 (5,4 %), панкреатопатия – у 4 (4,3 %), желчнокаменная болезнь – у 2 беременных (2,2 %).

Таблица 1

**Основные гастроэнтерологические расстройства
у обследованных беременных (n = 92)**

Расстройства	Количество, абс. (%)
Болевой абдоминальный синдром	5 (5,4 %)
Кожный зуд	19 (20,6 %)
Диспепсические расстройства:	
изжога	61 (66,3 %)
отрыжка	18 (19,6 %)
снижение аппетита	15 (16,3 %)
метеоризм	13 (14,1 %)
запах изо рта	3 (3,3 %)
тошнота, рвота	3 (3,3 %)
Кишечные расстройства:	
нерегулярная дефекация	68 (73,9 %)
послабление стула, учащение дефекации	22 (23,9 %)

В результате оценки антропометрических показателей у обследованных установлено, что избыточная масса тела (ИМТ 25–30 кг/м²) выявлена у 66 женщин (71,7 %), ожирение (ИМТ 30–35 кг/м²) – у 12 лиц (13,0 %), что, вне всякого сомнения, способствует нарушению транзита желчи в билиарном тракте.

При осмотре у 63 обследованных (68,5 %) выявлены признаки холестатического синдрома (желтушное окрашивание отдельных участков кожных покровов, мягкого неба и ушных раковин, положительные пузырьные симптомы), гепатомегалия – у 28 (30,4 %), а также отеки нижних конечностей – у 30 лиц (32,6 %), нередко выявляемые при невынашивании беременности вследствие преэклампсии.

На втором этапе нами из 92 беременных выделены 76 человек (82,6 %), у которых на основании комплекса клинических диагностических призна-



ков верифицирована патология билиарного тракта. У этой группы женщин дополнительно проведена оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лабораторного и инструментального обследования пациенток с патологией билиарного тракта (n = 76)

Результаты	Количество, абс. (%)
Биохимическая гепатограмма:	
повышение уровня желчных кислот	70 (92,1 %)
повышение активности щелочной фосфатазы	65 (85,5 %)
повышение активности ГГТП	61 (80,3 %)
повышение активности трансаминаз	60 (79,0 %)
гиперхолестеринемия	52 (68,4 %)
гипербилирубинемия за счет прямой фракции	15 (19,7 %)
Сонография органов брюшной полости:	
билиарный сладж в желчном пузыре	38 (50,0 %)
гепатомегалия	23 (30,3 %)
утолщение стенки желчного пузыря	17 (22,4 %)
конкременты в просвете желчного пузыря	14 (18,4 %)
увеличение объема желчного пузыря	13 (17,1 %)
расширение желчных протоков	5 (6,6 %)

Как следует из табл. 2, основными изменениями в биохимическом анализе крови стали признаки холестатического синдрома – повышение уровня желчных кислот, активности ЩФ, ГГТП и гиперхолестеринемия. У большинства пациенток также определено повышение активности АСТ. Данные ультразвукового исследования билиарной системы органов брюшной полости продемонстрировали объективные признаки холестаза: в половине случаев визуализирован билиарный сладж в желчном пузыре, у каждой третьей пациентки выявлена холестатическая гепатомегалия, преимущественно за счет правой доли, реже – утолщение стенок желчного пузыря, расширение его объема. У тех женщин, которые ранее страдали желчнокаменной болезнью, повторно визуализированы конкременты в пузыре.

Таким образом, комплексный анализ клинических и лабораторно-инструментальных данных обследования пациенток с невынашиванием беременности позволил установить функциональные расстройства билиар-



ного тракта в форме нарушения моторики желчного пузыря и протоков у 45 человек (59,2 %), органическое поражение желчного пузыря, соответствующее критериям холецистита, — у 17 (22,4 %) и желчнокаменная болезнь — у 14 беременных (18,4 %). Накануне родов приступ желчной колики привел к экстренному родоразрешению у 6,6 % матерей. Полученные данные указывают на высокую частоту функциональных и органических изменений со стороны желчевыводящей системы, что должно явиться поводом для соответствующей терапевтической коррекции.

Нами также изучены исходы каждой беременности у пациенток с диагностированной патологией билиарного тракта ($n = 76$). У этих пациенток срок родоразрешения составил $33,3 \pm 3,1$ нед., что значительно раньше физиологического срока. Путем естественных родов завершилось 42 беременности (55,3 %), причем 14 из которых (18,4 %) сопровождались признаками гипоксии плода. В остальных 34 случаях (44,7 %) роды проведены оперативным способом. В 15 случаях показанием для планового кесарева сечения стал несостоятельный рубец на матке после предыдущего кесарева сечения и / или предлежание плаценты. Экстренное кесарево сечение произведено у 19 женщин вследствие критической гипоксия плода (10,5 %), тяжелой степени преэклампсии (9,2 %), отслойки плаценты (1,3 %).

Нами детально проанализировано состояние новорожденных. Масса тела при рождении составила 3560 ± 463 г, длина тела — 51 ± 2 см, причем 27,6 % новорожденных характеризовались задержкой внутриутробного развития. Тяжесть течения беременности обусловила пониженную оценку новорожденных по шкале Апгар: на 1-й минуте $7,1 \pm 0,7$, на 5-й минуте — $8,3 \pm 0,8$ баллов. Ранний неонатальный период у 23 младенцев (30,3 %) сопровождался респираторным дистресс-синдромом с признаками острой дыхательной недостаточности. Длительная неонатальная желтуха наблюдалась практически у всех пациентов периода новорожденности (93,4 %).

Описанные патологические явления у новорожденных в большей степени, по нашему мнению, инициированы тяжелым течением беременности (преэклампсия, анемия, метроррагия) и родов в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта. По данным литературы, у беременных, страдающих внутрипеченочным холестазом, нередко наблюдается осложненное течение беременности и родов, увеличивается риск гипоксии плода, возможна антенатальная гибель плода [11]. Показания к досрочному родоразрешению



возникают при нарастании клинических проявлений заболевания, ухудшении состояния плода, наличии сочетанной акушерской патологии [12].

Заключение

Патология билиарного тракта у беременных с невынашиванием диагностирована в 82,6 % случаев, у большинства женщин заболевание дебютировало до начала беременности, усугубилось во время вынашивания ребенка, чаще носила функциональный характер вследствие нарушения моторики желчного пузыря и протоков. Важным отягчающим фактором формирования данной патологии является избыточная масса тела и ожирение практически у всех пациенток. Основным клиническо-лабораторным признаком является холестатический синдром с превалированием субъективных диспепсических расстройств. Специалистам следует помнить, что в группе риска по патологии билиарного тракта находятся все женщины в связи с повышением уровня эстрогенов во время беременности, особое внимание заслуживают лица с повышенным ИМТ и находящиеся на поздних сроках беременности. Таким женщинам на этапе гравидарной подготовки необходима медицинская помощь гастроэнтеролога для организации лечебного питания и мер по улучшению оттока желчи, которая, по нашему мнению, поможет избежать негативного влияния на течение беременности, родов и состояние новорожденного.

Литература

1. Казюлин А.Н. Маски билиарной дисфункции // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015; 2: 71–81.
2. Полунина Т. Диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта // Врач. 2012; 10: 26–32.
3. Еремина Е.Ю. Клинические варианты билиарной патологии // Медицинский алфавит. 2016; 1 (5): 25–31.
4. Ibiebele I., Schnitzler M., Nippita T., Ford J.B. Outcomes of gallstone disease during pregnancy: a population-based data linkage study // Paediat. Perinat. Epidemiol. 2017; 31 (6): 522–530.
5. Кузьмин В.Н. Новый взгляд на проблему желтухи и холестаза у беременных в современном акушерстве // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2010; 10 (5): 71–76.
6. Трефилова М.А., Гафурова М.М. Хронический калькулезный холецистит беременных (клинический случай) // Вестн. науки и образования. 2017; 5. [Электронный ресурс]. URL: <http://scientificjournal.ru/images/PDF/2017/VNO-29/khronicheskij-kalkuleznyj.pdf> (Дата обращения: 14.01.2021).



7. Успенская Ю.Б., Шептулин А.А. Особенности патогенеза, диагностики и лечения желчнокаменной болезни при беременности // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 2017; 27 (2): 111–116.

8. Bari O. de, Wang T.Y., Liu M. et al. Cholesterol cholelithiasis in pregnant women: pathogenesis, prevention and treatment // An. Hepatol. 2014; 13 (6): 728–745.

9. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Казначеева Т.В. Внутрпеченочный холестаза беременных: современное состояние проблемы // Клин. мед. 2015; 6: 25–30.

10. Еремина Е.Ю., Машарова А.А. Внутрпеченочный холестаза у беременных // Экспер. клин. гастроэнтерол. 2011; 6: 87–91.

11. Сайтова Л.Ф., Калимуллина Д.Х., Идиятуллина Э.Т., Бакиров А.Б. Внутрпеченочный холестаза беременных // Мед. вестн. Башкортостана. 2015; 6: 80–84.

12. Дудук Н.И., Зиматкин С.М. Холестаза беременных и его последствия для матери и потомства // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та. 2011; 1: 3–6.