

Я. С. Жернова, П. С. Вержанський
Про перебіг жовчнокам'яної хвороби,
ускладненої жовтяницею, у вагітних жінок
Державний університет, м. Суми

Під час вагітності ряд біохімічних показників функції печінки змінюється в бік підвищення (білірубін, лужна фосфатаза, холестерин, трансферин, тригліцериди), а інші – зменшуються (альбумін, гама-глобулін, загальний білок). Захворювання печінки можуть бути безпосередньо пов'язані з гестацією або супроводжують її. В першу групу входять синдром Шихана (гостра жирова дистрофія печінки), внутрішньопечінковий холестаза вагітних і HELLP-синдром. Другу групу складають захворювання, які не пов'язані з вагітністю, а виникають під час неї (вірусний гепатит) і вагітність розвивається на їх фоні (хронічний гепатит, цироз печінки, жовчнокам'яна хвороба доброякісна гіпербілірубінемія). Для кожної групи захворювань характерна жовтяниця.

Вагітність і пологи при захворюваннях гепатобіліарної системи (ГБС) являють собою високий ризик як для матері, так і для плода через велике навантаження на печінку, ускладнений перебіг вагітності, пологів та, як правило, погіршення перебігу захворювання ГБС. Тому визначення та здійснення правильної акушерської, терапевтичної або хірургічної тактики ведення вагітної, а також способу розродження становить актуальність проблеми.

Матеріал та методи дослідження. Проведено дослідження перебігу вагітності, пологів та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у 26 жінок у віці від 18 до 37 років. Первороділь було 12, а повторнороділь – 14. Поряд з відомими загальноклінічними обстеженнями вивчено стан фетоплацентарного комплексу за допомогою ехографічного та гістологічного досліджень. Біохімічні показники: рівень АлАТ, АсАТ, коефіцієнт De Ritis, протеїнограма, вміст креатину,

білірубіну та лужної фосфатази в сироватці крові, а також ехографічне обстеження ГБС використані для проведення диференціальної діагностики між ЖКХ, що супроводжується жовтяницею, вірусним гепатитом та холестатичним гепатозом вагітних, відшаруванням нормально розташованої плаценти. Наявність каменів у порожнині жовчного міхура та його збільшення, а також наявність каменів та розширення холедоху понад 10 мм, стійкість гіпербілірубінемії мали вирішальне значення в типізації механічної жовтяниці. Курація пацієнтів здійснювалася акушером, хірургом, терапевтом, інфекціоністом.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно проведеним дослідженням встановлено, що в кожній другій жінці захворювання вперше було виявлено лише під час вагітності з I або III триместру. За коефіцієнтом кореляції між родичами урахуванням ступеню спорідненості встановлено, що серед родичів досліджуваних ЖКХ зустрічається частіше, ніж у здорових жінок. Отже, певний вклад у виникненні ЖКХ у вагітних мають спадкові чинники. Клінічні спостереження показали, що для зазначеної групи досліджуваних вагітних та породіль був характерним синдром "взаємної обтяженості". Так, раннім маркером негаразду в організмі матері було багатоводдя та ретардація розвитку плода, які зустрічалися в 73% з II триместру та з'являлися задовго до появи жовтяниці та встановлення діагнозу ЖКХ. У плаценті при ехографічному дослідженні встановлені чисельні ехопозитивні включення, які відповідали дистрофічним процесам при гістологічній верифікації. Найбільш характерним для жінок з ЖКХ було невиношування в 6 (23%) та недоношування вагітності в 15 (57,7%) в поєднанні з ретардацією плода. В 2-х випадках спостерігалось передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, що потребувало абдомінального розродження з розширенням обсягу операції до акушерської гістеректомії через синдром внутрішньосудинного згортання крові. Високий відсоток склала перинатальна смертність (34,6%) та неонатальна захворюваність гіпотрофічних новонароджених.

Крім того, виявлено, що вагітність сприяє утворенню нових каменів у жовчному міхурі з одного боку, а з іншого – частішому відходженню каменів, що і призводить до збільшення частоти нападів ЖКХ. Постійним та сильним було шкірне свербіння в кожній жінки. Через часті напади ЖКХ зростання гіпербілірубінемії, лейкоцитозу, нейтрофільозу, 3-х разове підвищення АЛТ, АСТ та коефіцієнта De Ritis, посилення синдрому ендогенної інтоксикації виконана, холецистектомія в 12 жінок (46%) у різні терміни вагітності.

Висновки. При поєднанні у жінок жовчнокам'яної хвороби і вагітності існує синдром “взаємної обтяженості”, який призводить до ретардації розвитку плода, невиношуванню та недоношуванню вагітності. Вагітність сприяє утворенню каменів, частим нападам ЖКХ, зростанню синдрому ендогенної інтоксикації, жовтяниці, що є підставою для хірургічного лікування незалежно від терміну вагітності для запобігання впливу на плід, гнійно-септичних ускладнень та печінкової недостатності.

В. В. Рябіченко

Хронічні вірусні гепатити

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Суми

Проблема хронічних вірусних гепатитів вкрай актуальна, що пов'язано, в першу чергу з погіршенням епідситуації по гострим ВГ, а також з потенційно великим спектром можливих збудників інфекції. З другого боку, неадекватний стан імунної системи та постійний вплив на неї екологічних чинників (неправильне харчування, забруднення навколишнього середовища тощо) порушує рівновагу між захисними та агресивними силами на користь останніх.

Найчастіше причиною хронічних ВГ є віруси гепатитів з парентеральним механізмом зараження (В, Д, С). Вірусні гепатити А та Е явної тенденції до хронізації не виявляють. Останнім часом більше з'являється даних на користь того, що прогресуюче