

шения содержания пропионовой кислоты к содержанию масляной кислоты (C_3/C_4), изо C_6+C_6 кислот и значений АИ в кале и сыворотке крови были определены прогностические критерии образования БС у беременных.

Под действием половых гормонов в период гестации на фоне трансформации метаболических процессов в организме женщины изменяется качественный и количественный состав кишечной микрофлоры, участвующей во вторичном обмене желчных кислот и холестерина, что отражается в изменении ее метаболитов - КЖК в профиле C_2-C_6 . Можно полагать, что при нормальном физиологическом течении беременности на избыточную утилизацию отдельных кислот, необходимых для поддержания повышенной интенсивности липидного обмена при гестации, микрофлора продуцирует повышенное количество необходимых метаболитов, что и поддерживает неизменное их содержание в сыворотке крови. Продукция и утилизация КЖК находятся в определенном балансе, что не сказывается на изменении биохимических свойств желчи.

У беременных с БС при нарушении адаптации физиологические изменения переходят в патологическое состояние, приводя к нарушению холестеринового гомеостаза и выраженным изменениям микробиоценоза кишечника, которые, с одной стороны, являются его следствием, а с другой – усиливают и поддерживают системные процессы нарушения обмена липидов.

Выводы

Таким образом, короткоцепочечные жирные кислоты являются «тонкими» биохимическими маркерами, позволяющими судить не только о разгаре, но и начале патологического процесса. Поэтому, на наш взгляд, их необходимо использовать для мониторинга состояния холестеринового метаболизма на кишечном и печеночном уровнях, нарушения которого могут реализовываться в виде появления или усугубления сладжа у беременных для оценки его прогноза и возможной коррекции

Сведения об авторах статьи:

Иванова Елена Владимировна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ.
Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3, e-mail: ievdocufa@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская, М.Д. Клиническое значение короткоцепочечных жирных кислот при патологии желудочно-кишечного тракта: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2003. – 230 с.
2. Вихрова, Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 30 с.
3. Власова, Н.А. Особенности клинического течения, патогенеза, профилактики и лечения желчнокаменной болезни на фоне гиперхолестеринемии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 48 с.
4. Ильченко, А.А. Классификация желчнокаменной болезни / А.А. Ильченко // Терапевтический архив. – 2004. – № 2. – С. 30–36.
5. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. - М.: Триада-Х, 2008. – 815 с.
6. Biliary sludge and gallstones in pregnancy: incidence, risk factors, and natural history / A. Maringhini, M. Ciambra, P. Baccelliere [et al.] // Ann. Intern. Med. – 1993. – Vol. 119, № 2. – P. 116–120.

УДК 618.3-06:616.366-003.7-073:534.321.9
© Е.В. Иванова, 2011

Е.В. Иванова

ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА И КОНТРОЛЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

Проведен анализ ультразвуковых изменений желчного пузыря у 390 беременных в разные триместры беременности. В 33,3% выявлен билиарный сладж в желчном пузыре. Сладж чаще встречается в виде гиперэхогенных частиц (70%) в III триместре беременности (46,9%) и приводит к камнеобразованию в 8,1% случаев. Сонография является эффективным методом диагностики и контроля лечения билиарного сладжа.

Ключевые слова: беременность, билиарный сладж, сонография, желчный пузырь.

Ye. V. Ivanova

SONOGRAPHIC MONITORING OF PREGNANT WOMEN IN BILIARY SLUDGE DIAGNOSIS AND TREATMENT EFFICACY CONTROL

An analysis of ultrasound-detected changes in the gallbladder in 390 pregnant women in different gestation trimesters was conducted. In 33.3% of cases, biliary sludge in the gallbladder was detected. Sludge was found to occur mostly in the form of hyperechoic particles (70%) in the third trimester of pregnancy (46.9%) and was revealed to result in lithogenesis in 8.1% cases. Sonography was considered beneficial in biliary sludge diagnosis and its treatment efficacy monitoring.

Key words: pregnancy, biliary sludge, sonography, gallbladder.

Среди многообразия этиопатогенетических аспектов холелитиаза у женщин беременности отводят роль «пускового механизма» в развитии желчно-каменной болезни (ЖКБ). Этим объясняются совпадения пика камнеобразования с репродуктивным периодом женщин [1, 2, 3, 5, 7].

Под действием половых гормонов в организме беременной происходят трансформация холестерина гомеостаза с развитием «физиологической гиперлипидемии» и снижение сократительной способности желчного пузыря. Нарушение процессов адаптации у беременных в 26–31% случаев ведет к повышению литогенности желчи и выраженной гипотонии желчного пузыря [5].

С открытием мицеллярной теории транспорта холестерина в желчи и внедрением в клиническую практику современных ультразвуковых аппаратов появилась реальная возможность выявлять начальную стадию камнеобразования в виде билиарного сладжа (БС) [1,7], впервые выделенного в качестве предкаменной стадии ЖКБ в соответствии с классификацией, принятой на III съезде гастроэнтерологов России в 2002 г [1,3], согласно которой выделяют 3 формы БС: взвесь гиперхолестеринных частиц – ВГЧ; эхонеоднородная желчь с наличием сгустков – ЭЖС; замазкообразная желчь – ЗЖ.

По литературным данным, у 25-30% беременных в период гестации образуется БС в желчном пузыре, а у 2-5% формируются конкременты [2,3]. После родов в 60-80% случаев сладж спонтанно исчезает в течение 5 месяцев, а у 20-30% женщин происходит спонтанное растворение образовавшихся в период гестации желчных камней. Частота холецистэктомии при беременности, по данным разных авторов, колеблется от 0,1-3 до 45% [2, 3, 4, 6]. К сожалению, оперативное лечение не может радикально решить проблемы, связанные с ЖКБ при нарушении обмена холестерина, рецидивы камнеобразования возникают в 15-25% случаев [3, 5]. В свою очередь, патологические изменения гепатобилиарной системы при ЖКБ отягощают течение беременности и приводят к акушерским осложнениям во время беременности и в послеродовом периоде [5].

В этой связи ранняя диагностика БС в период гестации, открывая широкие возможности для профилактики камнеобразования, может снизить число послеродовых осложнений и оперативных вмешательств [3].

Основным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Современные ультразвуковые аппараты позволяют определить анатомо-морфологическое строение, функциональные изменения, происходящие в желчном пузыре (ЖП) и выявлять ЖКБ на предкаменной стадии. Простота выполнения, неинвазивность, безопасность позволяют широко использовать данный метод для обследования пациентов разных возрастных групп, а также беременных женщин в любом сроке гестации. Диагностическая информативность этого метода, по данным разных авторов, колеблется от 80 до 100%, а специфичность составляет 96% [3,4].

Материал и методы

Нами было проведено УЗИ желчного пузыря и печени у 390 беременных в разные триместры гестации. Возраст беременных колебался от 17 до 44 лет, средний возраст составил $33,02 \pm 4,81$ года. Контрольная группа (КГ) была представлена 30 беременными, сопоставимыми по возрасту и срокам беременности.

УЗИ желчного пузыря и желчных путей проводилось в утренние часы натощак по стандартной методике с использованием ультразвукового аппарата <Voluson-730>, конвексного датчика с рабочей частотой 3,5 МГц и режима цветного доплеровского картирования (ЦДК). Оценивались анатомо-морфологические особенности печени и ЖП, в ряде случаев проводилась оценка двигательной активности ЖП, которая считалась нормальной, если объем уменьшался к 45-й минуте на 50 - 70% (Бурков С.Г., 2005).

В целях профилактики возможного камнеобразования у беременных с предкаменной стадией ЖКБ проводилось лечение безрецептурным препаратом «Энтеросан» (регистрационный № 99/233/12, разработчик ЗАО «Медминипром»), являющимся природной смесью высушенной гомогенной массы покровной пластины мускульного желудка курицы, состоящей из застывшего секрета простых желез и покровного эпителия и содержащей липопротеиды, гликозаминогликаны, желчные и нуклеиновые кислоты и сиаломицины. Препарат оказывает комплексное действие на желудочно-кишечный тракт и его микрофлору. Действует бактериостатически на грамположительные микроорганизмы (уменьшает процессы гниения и брожения), способствует расщеплению и всасыванию жиров в кишечнике, адсорбирует микроорганизмы и их токсины, соли тяжелых металлов, повышает защитную функцию слизистой оболочки кишечника, нормализует кишечную

микрофлору. Обладая ферментными свойствами, восстанавливает нарушенное всасывание. Эффективность препарата подтверждена клиническими исследованиями (Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Масловский Л.В., Гладских Л.В., Ардатская М.Д., 2000, Власова Н.А., 2005, 2008). Противопоказания: гиперчувствительность к мясу курицы. Лечение препаратом проводилось с информированного согласия пациентов.

Для оценки эффективности лечения беременных с БС были разделены на 2 группы: в группу «Э+» вошли 56 беременных, получавших «Энтеросан», группу «Э-» составили 74 беременные, не получавшие препарат. Лечение проводилось с момента выявления БС во II-III триместре беременности по 1 капсуле 3 раза в день (0,9 г) после окончания периода органогенеза у плода. Динамическое наблюдение осуществлялось каждые 2 месяца от начала терапии в виде контрольного УЗИ гепатобилиарной системы и через 3 месяца после родов. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Цель данного исследования состояла в выявлении БС у женщин во время беременности и после родов, определении вариантов течения и оценке эффективности его лечения и профилактики.

Результаты и обсуждение

Частота встречаемости БС возрастала с увеличением возраста: так, для возрастной группы 40-44 года она была максимальная (38,5%), в возрасте 17-19 лет составила 0,8%. Причем, эта тенденция касалась всех форм БС. Так, в возрасте 17-29 лет преобладала форма ВГЧ – 27,4%, в средней возрастной группе (30 - 39 лет) практически в равной степени (от 35 до 36,4%) встречались все формы БС, в группе 40-44 лет доминировала форма в виде ЗЖ – 47,1%.

Ультразвуковые признаки БС чаще выявлялись в III триместре гестации – 46,9%, реже в I триместре – 15,5%, промежуточное положение занимал II триместр, в котором БС диагностировался в 37,7%.

В исследуемой группе БС чаще наблюдался у повторнородящих женщин (63,1%) по сравнению с первородящими (36,9%). Данная тенденция прослеживалась и при диагностике различных форм БС. Так, в группе с ЗЖ повторнородящие составили 76,5%, в группе с ВГЧ – 59,3%, с ЭЖС – 68,2%.

При эхографии ЖП анатомические аномалии в виде поперечных и/или диагональных перегородок и деформации тела были обнару-

жены в 10,8% (3,3% - в контроле) случаев. У беременных с БС объем ЖП составлял $67,4 \pm 7,8$ мл и не зависел от формы БС по сравнению с КГ ($53,9 \pm 6,8$). У беременных с БС (31,5% - 41 сл.) была снижена СФЖП на 21% по сравнению с КГ, ее средний показатель при БС составил $31,4 \pm 9,4\%$.

Изменение эхографической структуры стенки ЖП у беременных с БС определялось у 23,1% (30) женщин в виде сетчатой (14,6% - 19 сл.) и полипозной (8,5% - 11 сл.) форм холестероза, которые чаще диагностировались в III триместре гестации (56,7%) преимущественно у женщин группы ЭЖС (31,8% - 7 сл.) по сравнению с группой ВГЧ (9,9% - 9 сл.), $p < 0,05$.

На фоне лечения ультразвуковое исследование ЖП через 3 месяца после родов выявляло положительную динамику в виде полного (82,1%) или частичного (17,9%) регресса БС. В группе «Э-» полный регресс БС был обнаружен только у 44,6% женщин, а ухудшение эхоструктуры пузырной желчи - в 23% случаев. Отсутствие динамики и частичный регресс БС были выявлены у 32,4% беременных. БС, выявленный в I триместре беременности в группе «Э+», регрессировал до нормы в 84,6% случаев (против 42,9% сл. в группе «Э-», $p < 0,05$), во II триместре - в 80,9% (против 42,9% сл. в группе «Э-», $p > 0,05$), в III триместре - в 81,8% случаев (против 46,2 сл. в группе «Э-», $p < 0,05$). Единичные конкременты в ЖП в группе «Э-» были выявлены в III триместре беременности в 2,7%, после родов - в 5,4% случаев.

Таблица
Динамика проявлений билиарного сладжа на фоне лечения у беременных по данным ультразвукового исследования, %

Группы	ВГЧ			ЭЖС			ЗЖ		
	++	+-	—	++	+-	—	++	+-	—
«Э+»(n=56)	93,8	6,2	—	76,9	23,1	—	54,5	45,5	—
«Э-»(n=74)	49,2	33,9	16,9	33,3	22,2	44,5	16,7	33,3	50

Примечание. ++ – исчезновение сладжа; +- – частичный или отсутствие регресса сладжа; — – ухудшение эхокартины БС

На фоне проводимой терапии при эхографии ЖП зарегистрированная положительная динамика наблюдалась при разных форм БС (см. таблицу).

В группе «Э+» сонографически была подтверждена элиминация БС в формах ВГЧ (93,8%), ЭЖС (76,9%) и ЗЖ (54,5%). В группе «Э-» также выявлялся регресс БС по всем формам, но в значительно меньшей степени (ВГЧ - 49,2%, ЭЖС - 33,3%, ЗЖ - 16,7% сл., $p < 0,05$). У части пациенток на фоне лечения был обнаружен лишь частичный регресс сладжа: так, при форме ВГЧ он составил 6,2%, ЭЖС - 23,1% и ЗЖ - 45,5%, в группе «Э-» частичный регресс касался ВГЧ – в 33,9%,

ЭЖС - в 22,2%, ЗЖ - в 33,3% случаев соответственно.

Таким образом, беременность инициировала камнеобразование у 8,1% женщин без лечения, тогда как в группе беременных, получавших «Энтеросан», конкременты в ЖП не были сформированы в период гестации и после родов.

Проводимая терапия также привела к восстановлению однородности стенки ЖП и уменьшению размера полипов (до 2мм) у 8 беременных (38,1%) с сетчатой и полипозной формами холестероза ЖП, что, по всей видимости, могло быть обусловлено увеличением пула первичных желчных кислот, способствующих мицеллообразованию, солюбилизации ХС и прекращению его поступления в слизистую ЖП. Побочные эффекты препарата в виде закрепления стула были отмечены у 3-х беременных и самопроизвольно исчезли в течение 2-х недель терапии.

Таким образом, лечение беременных с БС препаратом «Энтеросан» привело к снижению литогенности желчи, о чем свидетельствуют регресс БС и отсутствие конкрементов в ЖП по сравнению с КГ.

Выводы

1. Эхографический мониторинг ЖП в период беременности позволяет своевременно выявить морфофункциональные изменения ЖП, реализующиеся в появлении различных форм БС, нарастающего с увеличением срока гестации, оценить его динамику развития на фоне медикаментозной коррекции и при ее отсутствии.

2. Применение препарата «Энтеросан» способствует регрессу БС и профилактике камнеобразования в исследуемой группе, что позволяет рекомендовать его применение во II и III триместрах беременности для профилактики и лечения начальной стадии ЖКБ.

Сведения об авторах статьи:

Иванова Елена Владимировна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ.

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3, e-mail: ievdocufa@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Власова, Н.А. Особенности клинического течения, патогенеза, профилактики и лечения желчнокаменной болезни на фоне гиперхолестеринемии: дис. ... д-ра мед. наук. - Уфа, 2008. – 232с.
2. Григорьева, И.Н. Билиарный сладж / И.Н. Григорьева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. - № 3. – С. 32-37.
3. Ильченко, А.А. Желчнокаменная болезнь / А.А. Ильченко. – М.: Анахарсис, 2004. – 200 с.
4. Тимербулатов, В.М. Прогнозирование возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии по данным УЗИ/ В.М. Тимербулатов, И.В.Верзакова, Р.М. Гарипов //Клиническая медицина. – 1996 - №6. – С.76
5. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. - М.: Триада-Х, 2008. – 815 с.
6. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients without stones / P. Janowitz, W. Kratzer, T. Zemmler [et al.] // Hepatology. – 1994. – Vol. 20, № 2. – P. 291–294.
7. Ko, C.W. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy / C.W. Ko, S.A. Beresford, S.J. Schulte // Hepatology. – 2005. – Vol. 41, № 2. – P. 359–365.

УДК 616.314.18-002.4-031.81-085.322:582.739

© Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Н.А. Борисова, Л.Р. Боговазова, А.Т. Тимергалина, 2011

Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Н.А. Борисова, Л.Р. Боговазова, А.Т. Тимергалина ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛЮЦЕРНЫ ПОСЕВНОЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ СИРИНГОМИЕЛИЕЙ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравоохранения России, г. Уфа*

В комплексном лечении ХГП в стадии обострения применен препарат люцерны посевной внутрь, а также местно. К концу курса лечения достоверно улучшились иммунологические показатели ротовой жидкости, нормализовались антиоксидантная защита полости рта и кровоснабжение тканей пародонта.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, синингомиелия, люцерны посевная, комплексное лечение.

F.Z. Mirsayeva, T.R. Mirsaev, N.A. Borisova, L.R. Bogovazova, A.T. Timergalina MEDICAGO SATIVA (ALFALFA POWDER) IN COMBINATION TREATMENT FOR CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS IN PATIENTS WITH SYRINGOMYELIA

Medicago sativa (Alfalfa powder) was administered orally or in the form of local applications as part of combination treatment for chronic generalized parodontitis during exacerbation. A significant refinement in the immunological indications of oral cavity fluids, antioxidative mouth cavity defence normalization and parodontal tissues blood supply improvement were observed by the end of the therapy course.

Key words: chronic generalized periodontitis, syringomyelia, Medicago sativa (Alfalfa powder), combination treatment.