

УДК 618.2: 616.366

Член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева, З.М.Абдусаматова,
Л.И.Олимова

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Результаты исследований беременных пациенток с хроническим холециститом показали высокую частоту осложнений беременности: продолжительный ранний гестоз, угроза прерывания беременности, внутриутробная задержка развития плода, тяжёлая преэклампсия; рождение детей с малой массой, с морфофункциональной незрелостью и нарушением ЦНС. В связи с указанным исследование жёлчного пузыря, своевременное выявление и лечение патологии является обязательным компонентом прегравидарной подготовки.

Ключевые слова: хронический холецистит – беременность – перинатальные исходы.

Заболевания жёлчевыделительной системы занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения[1-4] и встречаются преимущественно у лиц молодого возраста. Их частота у женщин в два-семь раз чаще, чем у мужчин, – многие авторы объясняют это влиянием беременности [1,5,6].

Во время беременности возникают условия, способствующие нарушению функции печени и жёлчевыводящих путей, что связано с повышением нагрузки на печень в связи с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности плода, мобилизацией энергетических ресурсов, с необходимостью усиления обменных процессов. Высокая частота заболеваний жёлчевыделительных путей у беременных объясняется увеличением продукции стероидных гормонов, которые метаболизируются печенью [3]. Беременность становится провоцирующим фактором, способствующим развитию заболевания [7,8].

По мнению З.Р.Кантемировой и В.А.Петухова (2005), при беременности возникают физиологические изменения жёлчевыводящей системы, обусловленные комплексом сложных метаболических сдвигов. В их основе лежат гормональные перестройки в организме матери и плода. Однако у части женщин после беременности эти физиологические изменения переходят в патологические состояния – заболевания жёлчного пузыря, которые обращают на себя внимание спустя много лет после родов [9].

Хотя многие авторы причину заболеваний жёлчевыделительной системы связывают с беременностью и родами, в их развитии имеет большое значение множество и других факторов, таких как конституция, наследственность, инфекция, застой, изменение химического состава и физических

свойств желчи, нарушение обмена. Поэтому многие авторы считают, что именно при беременности имеется совокупность всех этих факторов [3,10,11].

Хронический холецистит (ХХ) обостряется во время беременности у 30-35% женщин, причём в большинстве случаев в третьем триместре беременности [3]. В 88% случаев заболевание проявляется болевым синдромом. В зависимости от дисфункции жёлчного пузыря беременные жалуются на тупые, ноющие, распирающие или острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, плечо или ключицу. Наряду с болями больных беспокоят чувства тошноты, горечи во рту, рвота, изжога, вздутие живота, неустойчивый стул. Во второй половине беременности 25% женщин связывают появление болей с шевелением плода [3].

ХХ способствует осложнённому течению беременности. У таких больных бывает мучительная тошнота, рвота, слюнотечение. В литературе есть указание, что у такого контингента ранний гестоз продолжается до третьего триместра и плохо поддаётся лечению [12].

Диагноз обострения в период беременности ставится с определённой трудностью. Большое значение имеют жалобы больной, тщательно собранный анамнез, объективные данные и результаты лабораторных исследований. Биохимические анализы крови могут показать гипербилирубинемия и гиперхолестеринемия. В целом существенных изменений в клинических и биохимических анализах не выявляется [1].

Особое место в диагностике патологии желчного пузыря, в том числе беременных с ХХ, принадлежит УЗИ, в процессе визуализации которого специалист делает заключение о характере выявляемых нарушений, возможном наличии или отсутствии камней, степени воспаления и деструкции стенки жёлчного пузыря, состоянии жёлчных протоков [13,14].

Целью данной работы явилось изучение гестационного процесса и перинатальных исходов у беременных женщин с хроническим холециститом.

Методы исследования

Всего обследована 151 беременная женщина, из них 36 с ХХ (основная группа), 34 – относительно здоровые беременные без заболеваний жёлчного пузыря (группа сравнения), 63 - с ХХ и тяжёлой преэклампсией, которые поступили в родильное отделение Городского медицинского центра г. Душанбе в третьем триместре беременности. Диагноз «Тяжелая преэклампсия» был установлен на основании критериев и объёма исследований согласно Национальному стандарту по ведению беременных и рожениц с гипертензивными нарушениями [15]. Группу сравнения для последней группы составили 18 беременных женщин с тяжёлой преэклампсией без патологии жёлчного пузыря.

Всем обследованным пациенткам было дополнительно проведено УЗИ печени, желчного пузыря и почек, а также консультация гастроэнтеролога.

Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с вычислением среднеарифметических значений (M) и ошибки средней величины ($\pm m$) для количественных показателей, а также для качественных величин вычисляли относительные величина (P) с ошибкой относительной величины ($\pm m_p$).

Сравнительный анализ для качественных показателей проводили с помощью t -критерия Стьюдента. Для сравнения количественных показателей среди множества групп применяли метод

ANOVA (H-критерий Крускала-Уоллиса), а для межгрупповых сравнений применяли U-критерий Манна-Уитни. При применении всех методов дисперсионного анализа нулевая гипотеза отвергалась при $P < 0.05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Возраст обследованных беременных женщин исследуемых групп колебался в пределах 18-44 года. Средний возраст пациенток основной группы был 30.3 ± 1.0 лет, большинство из них оказались в возрасте 25-34 лет; средний возраст пациенток с ХХ и тяжелой преэклампсией был меньше 26.6 ± 0.8 лет и большинство из них были в возрасте 25-29 лет.

Для 47.2% пациенток основной группы настоящая беременность была первой, в группе с сочетанием тяжелой преэклампсии – 55.5%. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были анемии – 44.4 и 82.5% соответственно и заболевания почек – 20.5 и 80.9% соответственно. В группе сравнения с анемией было 47.0% и с заболеваниями почек – 8.8%.

Более половины беременных и рожениц, поступивших с тяжелой преэклампсией, страдали холециститом, каждая четвертая (26.9%) из которых не знала о своей болезни. Ведение беременности и родов пациенток, страдающих тяжелой преэклампсией, в сравниваемых группах осуществлялось по Национальному стандарту [15].

В табл. 1 приведены осложнения беременности, имевшие место у беременных с ХХ. Наиболее часто настоящая беременность осложнялась рвотой беременных ($P < 0.01$). Следует отметить, что у каждой четвертой пациентки с ХХ рвота продолжалась до 22 нед. беременности и трудно подавалась лечению.

Таблица 1

Частота основных осложнений беременности (Абс. число, $P \pm m_p$ в %)

Исследуемые группы	Структура осложнений беременности				
	рвота беременных	угроза прерывания	многоводие	преэклампсия	
				умеренная	тяжелая
Хронический холецистит, n = 36	25** 69.4 ± 7.7	8 22.2 ± 6.9	2 5.5	3 8.3 ± 4.6	8 22.2 ± 6.9
Холецистит+преэклампсия, n = 63	30 47.6 ± 6.3	50*** 79.4 ± 3.4	5 7.9 ± 3.4	-	63 100
Группа сравнения, n = 34	13 38.2 ± 8.3	9 26.5 ± 7.6	3 8.8 ± 4.9	3 8.8 ± 4.9	1 2.9

Примечание: ** - $P < 0.01$, *** - $P < 0.001$ – значимость различия наличия осложнений беременности в исследуемых группах по отношению к группе сравнения по t-критерию Стьюдента.

Угроза прерывания в первом триместре беременности была высока у пациенток с ХХ в сочетании с тяжелой преэклампсией ($P < 0.001$).

Высокая частота гипертензивных нарушений была отмечена в группе пациенток с ХХ – 30.5%, в связи с чем была отдельно сформирована группа пациенток с ХХ и тяжелой преэклампсией.

Средние показатели основных параметров крови у пациенток в исследуемых группах, исследованных в третьем триместре беременности, показали наличие легкой степени анемии в обеих группах (табл.2). Число лейкоцитов, хотя и было в пределах нормальных показателей, но достоверно отличалось от такового в группе сравнения.

Таблица 2

Средние показатели основных параметров крови у пациенток в исследуемых группах

Исследуемые группы	Средние показатели параметров крови								
	Гемоглобин, г/л	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	СОЭ, мм/ч	Общий белок, г/л	Билирубин, ммоль/л	АлАТ, ммоль/л	АсАТ, ммоль/л	Холестерин, ммоль/л	В-липопротеиды, ед.
Хронический холецистит, n = 36	106.9 $\pm$ 2.2	7.1 $\pm$ 0.2	12.9 $\pm$ 0.4	50.1 $\pm$ 0.8	11.9 $\pm$ 0.6	0.29 $\pm$ 0.02	0.30 $\pm$ 0.01 P<0.05	6.7 $\pm$ 0.2 P<0.001	47.1 $\pm$ 1.5
Холецистит+преэклампсия, n = 63	97.2 $\pm$ 1.5 P<0.001	7.4 $\pm$ 0.2 P<0.01	16.5 $\pm$ 0.5 P<0.01	53.0 $\pm$ 1.0	12.9 $\pm$ 0.5	0.76 $\pm$ 0.07 P<0.001	0.41 $\pm$ 0.02 P<0.01	5.2 $\pm$ 0.1	49.5 $\pm$ 1.0 P<0.01
Группа сравнения, n = 34	107.3 $\pm$ 1.7	6.6 $\pm$ 0.2	14.1 $\pm$ 0.4	50.1 $\pm$ 0.8	12.9 $\pm$ 0.7	0.23 $\pm$ 0.02	0.36 $\pm$ 0.02	5.0 $\pm$ 0.2	49.4 $\pm$ 1.5

Примечание: P – значимость различия показателей по отношению к таковым в группе сравнения по U-критерию Манна-Уитни.

Показатели исхода родов приведены в табл. 3. Преждевременные роды произошли почти у каждой пятой беременной с ХХ и у каждой третьей – с холециститом в сочетании с тяжёлой преэклампсией, 17.5% из которых произошли в результате индуцирования в связи с тяжестью осложнения беременности. Запоздалые роды отмечены в единичных случаях.

При общем сравнении средних антропометрических показателей с помощью дисперсионного анализа (ANOVA: H-критерий Крускала-Уоллиса) выявлены значительные изменения: по массе – P=0.0014, по весу – P=0.014.

Таблица 3

Исход родов в исследуемых группах

Исследуемые группы	Исход родов					
	срочные роды		преждевременные роды		запоздалые роды	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический холецистит, n = 36	26	72.2 $\pm$ 7.5	8	22.2 $\pm$ 6.9	2	5.5
Холецистит+преэклампсия, n = 63	39	61.9 $\pm$ 6.1**	21	33.3 $\pm$ 5.9**	3	4.8 $\pm$ 2.7
Группа сравнения, n = 34	29	85.3 $\pm$ 6.1	3	8.8 $\pm$ 4.9	2	5.8

Примечание: ** – P<0.01 – значимость различия срочных и преждевременных родов в исследуемых группах по отношению к группе сравнения по t-критерию Стьюдента.

При сравнительном анализе средних показателей антропометрических данных новорожденных детей в зависимости от групп патологии матерей было выявлено, что именно при наличии у матерей сочетания ХХ и тяжёлой преэклампсии дети рождаются с низкой массой тела (2722.5 $\pm$ 90.1 г против 3254.7 $\pm$ 109.4 г – у новорожденных детей от матерей без патологии жёлчевыводящих путей; P<0.01 по U-критерию Манна-Уитни). Данные роста новорожденных показали ту же тенденцию: средний показатель роста детей матерей с сочетанием ХХ и тяжёлой преэклампсии был значительно меньше подобного показателя у детей от матерей без патологии (47.7 $\pm$ 0.6 см против 50.5 $\pm$ 0.5 см; P<0.05 по U-критерию Манна-Уитни).

Таблица 4

Исследуемые группы	Масса, г	Рост, см
	M+m	M+m
Хронический холецистит, n = 37	2959.7±118.8	48.5±0.8
Холецистит+преэклампсия, n = 64	2722.5±90.1**	47.7±0.6*
Группа сравнения, n = 34	3254.7±109.4	50.5±0.5
ANOVA (Н-критерий Крускала-Уоллиса)	0.0014	0.014

Примечание :* – P<0.05; ** – P<0.01 – достоверность отличия показателей по сравнению с таковыми в группе сравнения по U-критерию Манна-Уитни.

Высокая частота асфиксии лёгкой и средней степени тяжести наблюдалась в группе пациенток с ХХ – 23.3%, холецистит в сочетании с тяжелой преэклампсией – 19.0%. Внутриутробная задержка развития наиболее часто была зафиксирована у пациенток с холециститом в сочетании с тяжёлой преэклампсией – 39.1%, с ХХ – 16.4%, морфофункциональная незрелость и нарушения со стороны ЦНС наблюдались в группе пациенток с холециститом и тяжёлой преэклампсией – 32. и 61.9% соответственно.

Из 63-х пациенток, у которых было установлено заболевание желчного пузыря, 17(26.9%) не знали о своей болезни, 18(28.1%) – знали, но не лечились, и 28(44.4%) – знали и лечились по поводу болезни. Продолжительность заболеваний жёлчного пузыря у 18 (28.1%) была более двух лет.

Частота осложнений беременности в обеих группах оказалась высокой, но особенно она была высока в группах беременных женщин с тяжёлой преэклампсией в сочетании с ХХ. В основной группе почти у половины пациенток было указание на рвоту беременных – 47.6±6.3%, в группе сравнения – 38.9±11.5%. Заслуживает внимания тот факт, что у этих беременных в 26.6% случаев рвота беременных продолжалась до 18 нед. Угроза невынашивания достоверно была высока в основной группе – 79.4±5.1% против 61.1±11.5% в группе сравнения (P<0.01). Частота внутриутробной задержки развития плода почти в два раза была чаще в основной группе. Диагноз был подтвержден УЗИ при беременности и после родов.

Таблица 5

Исходы родов в сравниваемых группах

Исходы родов	Основная группа n=63		Группа сравнения n=18	
	абс	%	абс	%
Срочные роды, в том числе:	39	61.9±6.1	12	66.7±11.1
самостоятельные	26	41.3±6.2	8	44.4±11.7
индуцированные	5	7.9±3.4	2	11.1
путём кесарева сечения	8	12.7±4.2	2	11.1
Преждевременные роды, в том числе:	21	33.3±5.9	5	27.8±10.6
самостоятельные	10	15.9±4.6	4	22.2±9.8
индуцированные	1	1.6	-	-
путем кесарева сечения	10	15.9±4.6	1	5.6
Запоздалые роды	3	4.8±2.7	1	5.6

В табл. 4 приведены результаты исхода родов у пациенток с тяжёлой преэклампсией и ХХ. Как видно, в основной группе высок процент индуцированных родов и родов абдоминальным путём.

Почти каждая десятая женщина подвергалась оперативному вмешательству и столько же родоразрешено досрочно путём индукции родов.

Показатель срочных самостоятельных родов составил всего лишь $41.3 \pm 6.2\%$. Частота преждевременных родов была высокой в обеих исследуемых группах. Высокий процент абдоминального родоразрешения при недоношенной беременности был обусловлен тяжестью преэклампсии, рубцом на матке, а также таким осложнением этого состояния, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Запоздалые роды в обеих сравниваемых группах были единичны.

Соответственно течению беременности и исходам родов в основной группе была высока частота рождения детей с перинатальной патологией. Основная часть новорожденных, несмотря на доношенный срок беременности, родились с явлениями ЗВУР. Число детей, родившихся с массой до 2500 г, составило 53.1%, то есть более половины детей, родившихся в основной группе. В группе сравнения этот показатель был также высок, но меньше, чем в основной группе. Детей, родившихся с массой 3000 г и более, оказалось всего 26.6%, а в группе сравнения – 50%. Каждый пятый новорожденный в основной группе родился в асфиксии различной степени тяжести (18.8%), а в группе сравнения – всего лишь один (рис.3).

Морфофункциональная незрелость была установлена у каждого третьего ребенка (32.8%) в основной группе, у каждого десятого (11.1%) – в группе сравнения. Нарушения со стороны ЦНС у новорожденных, родившихся у пациенток основной группы, проявляющиеся синдромом гипервозбудимости или угнетения, были диагностированы в 61.9% наблюдений. Ранняя неонатальная смертность зарегистрирована в одном случае.

Таким образом, результаты проведённых исследований показали следующее. У беременных пациенток с хроническим холециститом беременность чаще всего осложнялась рвотой беременных, при этом у большинства она продолжалась до 22 нед беременности; угроза прерывания беременности наблюдалась у каждой пятой пациентки при хроническом холецистите, у каждой четвёртой-пятой – сочетание хронического холецистита с тяжёлой преэклампсией; беременность завершалась преждевременно у каждой пятой пациентки с хроническим холециститом и у каждой третьей – при сочетании последнего с тяжёлой преэклампсией. В последнем случае высокая частота преждевременных родов была обусловлена индуцированием их ввиду тяжести преэклампсии. Всё вышеизложенное способствовало рождению детей с явлениями задержки внутриутробного развития, морфофункциональной незрелостью и нарушением ЦНС, особенно в случае сочетания хронического холецистита и тяжелой преэклампсии.

Следовательно, исследование жёлчного пузыря, выявление хронического холецистита и его лечение должны быть обязательными компонентами прегравидарной подготовки.

Поступило 26.04.2013 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. – М.: «Триада-Х», 2009, 815 с.
2. Актуальные вопросы патологии печени. Под ред. Х.Х.Мансурова. – Душанбе: Дониш, 1985, 148 с.
3. Кабанец Н.С., Галалу В.В. – Гастроэнтерология, 2010, с.348.
4. Положенкова Л.А., Козина О.В., Ляшко Е.С. – Акуш. и гин., 2004, № 1, с. 57-59.
5. Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных. – М., 1996.

6. Закревский А.А. Беременность, роды и состояние плода при хронических воспалительных заболеваниях гепатобилиарной системы: Автореф. дис...к.м.н.-М., 1980.
7. Кравченко Е.Н., Марковская О.А. – Материалы XII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2012, с.99-100.
8. Cichoz-Lach H. – Ginek. Pol., 2010, Aug; №81(8), с.613-617.
9. Кантемирова З.Р., Петухов В. А. – Гинекология, 2005, т.7, №2.
10. Van der Woerd W.L., Van Mil S.W., Stapelbroek J.M., Klomp L.W., Van der Graaf S.F., Houwen R.H. – Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol., 2010, Oct.; №24(5), с..541-553.
11. Sultana R., Sarwar I., Fawad A., Noor S., Bashir R. – J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad., 2009, №21(4), с.76-78.
12. Еременко Е.Ю. Лечение органов пищеварительной системы у беременных. / Методическое указание для врачей. – Саранск, 2009, 48 с.
13. Ковальская И.А. Острый холецистит и беременность. – Здоровье Украины, Червень, 2010, 72 с.
14. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике./Под ред.. В.В.Митькова. – М.: Издательский дом Видар-М, 2011, с.133-193.
15. Национальные стандарты по ведению гипертензивных нарушений во время беременности. – Душанбе, 2008, 150 с.

М.Ф.Додхоева, З.М.Абдусаматова, Л.И.Олимова

РАВИШИ ГЕСТАТСИЯ ВА ОҚИБАТҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОНИ ХОЛЕСИСТИТИ МУЗМИН ДОШТА

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино

Таҳлил ва тадқиқи равиши ҳомилагии занони холесистити музмин дошта нишон дод, ки дар давоми ҳомилагӣ аворизҳо ба монанди сарторикии бардавом, хавфи исқоти ҳамл, боздошти инкишофёбии дохилбатнии тифл, презклампсия дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи муқоисашаванда зиёд дида мешавад ва дар натиҷа навод бо вазни кам, норасид, бо ночӯриҳои системаи асаб ва дигарҳо таваллуд мегардад. Аз ҳамин лиҳоз муоинаи талхадон, муайян кардани касалии он, дар вақташ табобат кардани он омилҳои зарурии давраи пеш аз ҳомилагӣ мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: холесистити музмин – ҳомилагӣ – оқибатҳои перинаталӣ.

M.F.Dodkhoeva, Z.M.Abdusamatova, L.I.Olimova

GESTATIONAL PROCESS AND PERINATAL OUTCOMES IN CHRONIC CHOLECYSTITIS

Abuali ibni Sino Tajik State Medical University

Pregnant patients with chronic cholecystitis were engaged to the research work, where the results showed high rate of pregnancy complications, such as: prolonged early gestosis, threatened abortion, intrauterine growth retardation, severe pre-eclampsia, low weight birth children, as well morphological and functional immaturity with violation of the CNS. As a result, cholecyst screening with ongoing further pathologies detection and intimate treatment is a required component of prenatal trainings.

Key words: chronic cholecystitis – pregnancy – perinatal outcomes.