

Нарушение гепатобилиарной системы при гнойно-септических состояниях в акушерстве

Н.Х. Муминова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В статье представлено исследование по оценке эффективности лечения у 41 родильницы с инфекциями послеродовых заболеваний, которым в состав комплексной терапии был включен инфузионный препарат Реосорбилакт в сочетании с гепатопротекторами и с одновременной нутритивной поддержкой.

В процессе лечения пациентки хорошо переносили внутривенное введение Реосорбилакта, улучшение клиники и лабораторных показателей наступало через 18–36 ч.

Уменьшились показатели трансаминаз (АСТ и АЛТ – 0,55 и 0,50 ммоль/л соответственно), уровень билирубина с его непрямой фракцией снизился на 7,3 мкмоль/л, протеинемии – на 9 г/л. Применение качественного плазмо- и белковозамещающего детоксикационного препарата Реосорбилакта с парентеральным введением гепатопротекторов ускоряет улучшение клиники гнойно-септических состояний с одновременным уменьшением побочных эффектов антибиотиков.

Ключевые слова: гнойно-септические состояния, Реосорбилакт, гепатопротекторы, нутритивная поддержка.

Не отрицая значимости поражения центральной нервной системы, почек, матки и других органов, которое развивается при септических состояниях, хотелось бы подчеркнуть роль изменений печени, возникающих в связи с развитием полиорганной недостаточности (ПОН) [1, 4].

Печень, истощая свои резервные возможности по мере прогрессирования беременности, становится уязвимой.

В этот период целесообразно особое внимание уделять функциональному состоянию гепатобилиарной системы, играющей важную роль в патогенезе критических состояний (кровотечение, сепсис, преэклампсия) [2, 3]. При этом изменение большинства параметров может возникать еще на доклиническом этапе, что позволяет прогнозировать развитие печеночной недостаточности. Кроме того, наблюдая за физиологически протекающей беременностью, следует учитывать влияние прогестерона на тонус и моторику желчевыводящих путей, что приводит к возникновению холелитиаза и холестаза даже у здоровых женщин [5].

Цель исследования: оценка эффективности инфузионной терапии, в состав которой входят сорбитол и натрия лактат в комплексе с гепатопротекторами у родильниц с инфекционными послеродовыми заболеваниями (ИПЗ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный анализ 41 истории болезни пациенток, поступивших в родильные комплексы № 2 г. Ташкента, в областной перинатальный центр Ташкентской, Хорезмской области и в родильные дома г. Бухары. Возраст женщин в среднем составил $26 \pm 0,8$ года.

Из 41 беременной первородящими были 22 (53,7%), повторнородящими – 19 (46,3%).

В анамнезе воспалительные процессы женской половой сферы отмечены у 26 рожениц, инфекционные заболевания – гинекологические и экстрагенитальные – у 19; проведение инвазивных вмешательств, таких, как амниотомия и много-

кратные влагалищные исследования – у 11, оперативная коррекция истмико-цервикальной недостаточности до 16 нед – у 3, длительный безводный период более 18 ч в родах – у 13; кровотечения в третий период родов и ранний послеродовой период – у 9. Из них 13 женщин поступили в стационар с остаточными явлениями острой респираторной инфекции (ОРИ), у которых температура тела была до $37,5^\circ\text{C}$.

Из 41 женщины 17 указали в анамнезе на наличие хронического холецистита, 15 – на перенесенный гепатит в различном возрасте, 7 – на хронический гепатит, по поводу которого они получают периодическое лечение. Также течение данной беременности у 29 осложнилось в I триместре токсикозами средней и у 5 – тяжелой степени, в связи с чем 23 из них получали стационарное лечение, где они получали комплексное лечение с гепатопротекторами и щадящей диетой.

Клинические проявления ИПЗ у родильниц начинались на 3–5-е сутки, проявляясь скудной клиникой, где общее состояние оценивали как удовлетворительное, ЧСС в среднем составила 98 ± 12 в 1 мин, ЧДД – от 22 до 29 в 1 мин. Наблюдался сдвиг лейкоцитарной формул ($10,9 \times 10^9/\text{л}$ до $16,3 \times 10^9/\text{л}$) влево с появлением незрелых форм. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 2,37 (норма – до 1).

О поражении печени свидетельствует повышенное содержание в крови органоспецифических ферментов и билирубина. Повышение билирубина и аминотрансфераз свидетельствует о поражении паренхимы печени, что часто проявляется желтушной окраской склер и кожных покровов. Нарушаются гликогенобразующая функция печени и липидный обмен, повышается продукция молочной кислоты. В дальнейшем функциональные нарушения печени вызывают развитие ДВС-синдрома. Помимо указанных выше жалоб родильницы жаловались на ухудшение аппетита, тяжесть в области правого подреберья, тошноту.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени и желчного пузыря было выявлено уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря и печени. При измерении объема и консистенции желчи – сгущение и уменьшение ее количества.

В двух случаях при УЗИ наблюдали эхопризнаки жирового гепатоза, усиление рисунка паренхиматозного органа с участками жирового перерождения.

Учитывая данные клинических, биохимических и ультразвуковых исследований, нами было начато эмпирическое введение цефалоспоринов II–III поколения, с одновременным назначением гепатопротекторов. Принимая во внимание, что в анамнезе родильниц были хронические гепатиты и холециститы, а также течение данной беременности сопровождалось обострением экстрагенитальных заболеваний, ранними токсикозами средней и тяжелой степени, обострением хронического гепатохолецистита, включение в комплекс терапии гепатопротекторов было уместным.

Особое внимание было уделено инфузионной терапии, которая до настоящего времени ограничивалась назначением физиологического раствора с целью детоксикации, а применение коллоидных препаратов было противопоказано. Общий объем инфузионной терапии рассчитывали в зависи-

А К У Ш Е Р С Т В О

Лабораторные данные пациенток с обострением гепатохолецистита при синдроме системного воспалительного ответа (ССВО) в послеродовой период

Лабораторные критерии	До лечения, n=41	После лечения, n=41	Контрольная группа, n=20
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,2	2,8	3,4
Гемоглобин, г/л	85	78 ***	98
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	13,2	15,4**	10,2
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	175	120***	163
Протеинемия, г/л	63	72***	67
АСТ, моль/л	0,95	0,4***	0,3
АЛТ, моль/л	1,0	0,5***	0,5
Билирубин	19,5***	11,2***	8,44
Непрямой билирубин	19,5***	11,2***	8,44
Лейкоцитарный индекс интоксикации	1,9±0,18 ***	1,3±0,37***	0,9±0,24

Примечание: * – p<0,05 достоверная разница между до и после лечения; ** – p<0,05 достоверная разница между группой до лечения и контрольной группой; *** – p<0,05 достоверная разница между группой после лечения и контрольной группой.

мости от исходного уровня гемоглобина, показателей свертывающей системы, общего белка, а также по гемодинамическим данным (центральное венозное давление, почасовой диурез, артериальное давление, пульс).

Анализируя опыт применения инфузионных растворов зарубежных исследователей при гнойно-септических осложнениях, мы отдали предпочтение Реосорбилакту. Препарат проявляет реологическую, противошоковую, дезинтоксикационную, защелачивающую активность. Изотонический раствор сорбитола оказывает дезагрегантное действие и таким образом улучшает микроциркуляцию и перфузию тканей, устраняет ацидоз, тем самым снижая интоксикацию, с сохранением объема циркулирующей крови на необходимом уровне.

Комплексное применение гепатопротекторов (тиотриазолин, хофитол) на начальных этапах осуществляют парентерально, с переходом в дальнейшем на пероральный длительный прием, с одновременной нутритивной поддержкой.

По литературным данным [4, 6], нарушение микроциркуляции, что является одним из проявлений ПОН в пищеварительном тракте, приводит к очаговой дистрофии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Микротромбирование и стаз в сосудах может спровоцировать появление микроэрозий, язв и множественных геморагий, что создает условия для развития пареза кишечника с дополнительной интоксикацией продуктами аутолиза.

Развитие синдрома ПОН при гнойно-септических состояниях, как правило, сопровождается проявлениями гиперметаболизма. В этой ситуации покрытие энергетических потребностей происходит за счет разрушения собственных клеточных структур, что усугубляет имеющуюся органную дисфункцию и усиливает эндотоксикоз. Поэтому питательная поддержка является исключительно важным компонентом лечения и входит в комплекс обязательных лечебных мероприятий.

Включение нутритивного питания в комплекс интенсивной терапии предупреждает транслокацию микрофлоры из кишечника, развитие дисбактериоза, повышает функциональную активность энтероцита и защитные свойства слизистой оболочки, снижая степень эндотоксикоза и риск возникновения вторичных инфекционных осложнений. В специальную диету, составленную нами, входили белки, липиды, витамины, глюкоза и микроэлементы.

По стандартным критериям ВОЗ эффективность комплексного лечения оценивали в первые 48–72 ч. Следует отметить, что клиническое улучшение общего состояния и

нормализация показателей лабораторных исследований отмечали уже к концу 24–38 ч.

За период комплексной терапии пациентки хорошо переносили Реосорбилакт с гепатопротекторами, при этом не было отмечено побочных действий препарата. На 2-е сутки появился аппетит и постепенно исчезали тошнота и тяжесть в правом подреберье.

Показатели трансаминаз (АСТ и АЛТ) уменьшились (0,55 и 0,50 ммоль/л), уровень билирубина с его непрямой фракцией снизился на 7,3 мкмоль/л, протеинемии – повысилась на 9 г/л (таблица).

Следует отметить, что сорбитол и натрия лактат, являющийся активным субстратом Реосорбилакта, выступают в качестве энергоемкого препарата, так как в печени сорбитол сначала превращается во фруктозу, которая превращается в глюкозу, а затем – в гликоген. Часть сорбитола используют для срочных энергетических нужд, другую часть откладывают как запас в виде гликогена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования [5, 6] свидетельствуют о том, что активность индикаторных ферментов печени при сепсисе может как повышаться, так и значительно снижаться. При этом, по данным авторов [5], различные системы гепатоцитов повреждаются в разной степени, некоторые могут продолжать функционировать даже при очень тяжелом течении сепсиса, видимо, зависящие от исходного состояния органа.

Установлено, что при сепсисе резко угнетена антиоксидантная и белковообразовательная функция печени, а пигментная и углеводная функции нарушаются менее всего. Повышение билирубина отмечается лишь при тяжелых стадиях сепсиса – в основном за счет фракции непрямого билирубина [4]. При тяжелых стадиях сепсиса обнаруживаются гиперхолестеринемия и повышение активности трансаминаз [4].

По данным большинства авторов [3], клинически поражение печени протекает малосимптомно или развивается только при развернутой картине ПОН (в виде острого жирового гепатоза или HELLP-синдрома), тогда как более легкие степени остаются незамеченными.

ВЫВОДЫ

Учитывая изложенное выше включение в состав комплексной терапии ССВО гепатопротекторов с Реосорбилак-

том ускоряет улучшение клиники гнойно-септических состояний, с одновременным уменьшением побочных действий антибиотиков.

Препарат Реосорбилакт обладал мягким детоксикационным действием, энергосберегающим, белковообразующим субстратом, имея хорошую переносимость и наименьшее количество побочных проявлений. Клинические симптомы обострения хронического гепатохолецистита при гнойно-септических процессах в послеродовой период исчезали к концу 2-х суток, с улучшением лабораторных показателей на 3–5-е сутки, что имело немаловажное значение при лечении критических состояний в акушерстве.

Порушення гепатобіліарної системи в разі гнійно-септичних станів в акушерстві
Н.Х. Мумінова

У статті представлено дослідження з оцінювання ефективності лікування 41 породіллі з інфекційними післяпологовими захворюваннями, яким до складу комплексної терапії було включено інфузійний препарат Реосорбилакт у поєднанні з гепатопротекторами та з одночасною нутритивною підтримкою.

У процесі лікування пацієнтки добре переносили внутрішньовенне введення Реосорбилакту, покращання клініки та лабораторних показників відбувалося через 18–36 год.

Зменшилися показники трансаміназ (АСТ і АЛТ – 0,55 та 0,50 ммоль/л відповідно), рівень білірубіну з його непрямою фракцією знизився на 7,3 мкмоль/л, протеїнемії – на 9 г/л.

Застосування якісного плазмо- та білковозаміщувального детоксикаційного препарату Реосорбилакту з паренетеральним введенням гепатопротектора прискорює поліпшення клінічної картини гнійно-септичних станів з одночасним зменшенням побічних ефектів антибіотиків.

Ключові слова: гнійно-септичні стани, Реосорбилакт, гепатопротектори, нутритивна підтримка.

Violation of the hepatobiliary system in septic states in obstetrics
N.H. Muminova

The aim of this study was to estimate the effectiveness of treatment in 41 parturients with the IPZ, where part of the treatment was included Reocorbilakty, with subsequent transition to oral intake, with simultaneous nutritional support.

During the treatment period, patients tolerated tiotriazoloin which showed improvement of clinical and laboratory parameters were advancing through the 18–36 hours.

Indicators of transaminases (AST and ALT) decreased 0.55 and 0.50 mmol/L, bilirubin, with its indirect fraction decreased by 7.3 mmol/l, proteinemia increased by 9 g/l.

Given the foregoing inclusion in the treatment of SIRS Reocorbilakty hepatoprotectors and nutritional support accelerates the improvement of the clinical picture of septic conditions, while reducing the side effects of antibiotics.

Key words: purulent-septic conditions, Reosorbilakt, hepatoprotectors, nutritional support.

Сведения об авторе

Муминова Нигора Хайритдиновна – Ташкентский институт усовершенствования врачей, 100007, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51; тел.: (+99893) 378-46-56

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глухова Г.Н., Салов Н.А., Чеснокова И.И. Механизмы нарушения гуморальной и гормональной регуляции базального сосудистого тонуса при гестозе // Проблемы беременности. – 2004. – № 8. – С. 19–23.
2. Егорова А.Е. Особенности течения послеродового периода у родильниц, перенесших гестоз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
3. Кузьмин В.Н., Серобян А.Г. Острый жировой гепатоз беременных в практике акушера-гинеколога // Лечащий врач, № 5. – 2003. – С. 12–19.
4. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., Бурлев В.А. Клинико-биохимические аспекты патогенеза гестозов // Акушерство и гинекология, 1995. – № 6. – С. 3–5.
5. Медвединский И.Д., Юрченко Л.Н., Пестряева Л.А. и др. Современная концепция полиорганной недостаточности при гестозе // Перинатальная анестезиология и интенсивная терапия матери и новорожденного. – Екатеринбург, 1999. – С. 25–32.
6. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2002.

Статья поступила в редакцию 27.09.2013

ГЕКОТОН®



Впервые
в Украине!



СПАСЕНИЕ ЖИЗНИ ЗА МГНОВЕНИЕ!

Сбалансированный коллоидно-гиперосмолярный раствор.

Быстрый + Стабильный = Надежный
ВОЛЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ

 ЮРiЯ·ФАРМ

Київ, вул. Амосова, 10,
Тел./факс: 8 (044) 275-92-42
e-mail: mtk@uf.ua
www.uf.ua

UA/13224/01/01 от 02.09.2013

