УДК 618.3:616.361-06

Особливості анемії вагітних у жінок з хронічною патологією печінки і травного тракту

І.В. Дорошенко
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Київський міський пологовий будинок №5

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль початкової печінкової патології в частоті розвитку і клінічного перебігу анемії вагітних. Це підтверджується більш високою частотою різноманітних ускладнень при розродженні: передчасний розрив плодових оболонок (+16,7%), дистрес плода (+11,2%), аномалії пологової діяльності (+8,4%) і кровотечі у послідовий і ранній післяпологовий періоди (+5,0%). Аналіз стану новонароджених свідчить про більш високі показники асфіксії середнього (+6,7%) і тяжкого ступеня (+2,9%), а також пологової травми (+2,9%) у підгрупі пацієнток із поєднанням патології печінки і травного тракту з анемією вагітних. Аналогічна закономірність спостерігалася і при клінічному оцінюванні раннього неонатального періоду: постгіпоксична енцефалопатія (+20,8%), гіпербілірубінемія (+9,8%), постнатальна інфекція (+8,1%) і геморагічний синдром (+2,8%) частіше мали місце в цій самій групі. Отримані результати свідчать про необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для поліпшення результатів розродження пацієнток з даною соматичною патологією.

***Ключові слова**: анемія вагітних, патологія печінки і травного тракту.*

Екстрагенітальна патологія є однією з головних причин материнських і перинатальних втрат на сучасному етапі [1–4]. За останнє десятиліття відзначається зростання соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Серед основних причин такої негативної тенденції необхідно відзначити погіршення економічного стану основної маси населення, зміну екологічної ситуації в країні, порушення імунологічної реактивності тощо [1–4].

Протягом останнього десятиліття серед жінок репродуктивного віку, у тому числі і під час вагітності, відбулося суттєве зростання захворювань печінки і травного тракту [1, 3], що зумовлено цілим комплексом медичних і соціальних проблем. Як свідчать дані вітчизняної і зарубіжної літератури [1–4], патологія органів травлення негативно впливає на клінічний перебіг вагітності і пологів, а також на перинатальні наслідки розродження. Серед основних моментів такої негативної тенденції виділяють порушення функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів, також білкового, ліпідного і вуглеводного обміну, що в сукупності призводить до виражених змін у перебігу вагітності та пологів, а також погіршення стану плода і новонародженого [2, 4].

Незважаючи на значне число наукових публікацій у даному науковому напрямку, не можна вважати всі проблеми цілком вирішеними.

Мета дослідження: вивчення особливостей анемії вагітних у жінок з патологією печінки і травного тракту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проведений клініко-статистичний аналіз 272 історій пологів жінок з хронічними захворюваннями печінки та травного тракту за матеріалами двох пологових будинків м. Києва (№ 5 і № 1) за останні 10 років (2004–2013). Серед усіх пацієнток з анемією вагітних було 145 жінок (53,2%) і без анемії – 127 (46,8%).

Для оцінювання клінічних результатів проведених досліджень була розроблена спеціальна карта, до якої заносили основні особливості преморбідного фону, клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періодів.

У комплекс проведених досліджень були включені загальноприйняті клінічні, функціональні і лабораторні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Структурний аналіз отриманих результатів (мал. 1) свідчить про явну перевагу хронічного гепатохолециститу (57,3%) у порівнянні з хронічним гастродуоденітом (16,8%); жовчнокам'яною хворобою (9,0%); виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (8,3%); гострим вірусним гепатитом (4,6%); захворюваннями кишечнику (2,0%) та гострим панкреатитом (2,0%). При цьому структурний аналіз проводили по переважній захворюваності з більш вираженою клінічною симптоматикою. Крім того, у низці випадків мало місце поєднання кількох варіантів патології печінки і травного тракту (рис.2). Так, частіше було поєднання хронічного гепатохолециститу з хронічними гастродуоденітом (16,1%). Набагато рідше зустрічалися хронічний гепатохолецистит у поєднанні з жовчнокам'яною хворобою (9,0%); хронічний гастродуоденіт із з жовчнокам'яною хворобою (5,5%) і виразкова хвороба з жовчнокам'яною хворобою (3,4%). Панкреатит зустрічався в поодиноких випадках (2,0%). Усі інші варіанти різноманітних поєднань мали місце в поодиноких випадках. Аналіз термінів розвитку досліджуваної соматичної захворюваності показав явну перевагу хронічних запальних процесів печінки і жовчовивідних шляхів як за тривалістю, так і за вираженістю клінічної симптоматики.

Середня тривалість захворювання на хронічний гепатохолецистит склала 3,4±0,3 року; гастродуоденіт – 2,6±0,2; жовчнокам'яну хворобу – 2,2±0,2 і виразкову хворобу шлунка – відповідно 1,8±0,1 року.

Під час оцінювання основних особливостей преморбідного фону в обстежених жінок клініко-статистичної групи було вивчено поєднання патології печінки і травного тракту з іншими варіантами екстрагенітальної патології. Відповідно до отриманих даних частіше ця патологія мала місце разом із хронічним пієлонефритом (11,2%), з тиреоїдною патологією (7,0%), нейроциркуляторною астенією (5,6%) із захворюванням легень (4,1%). При вивченні конкретного варіанта досліджуваної соматичної патології слід зазначити явну перевагу (96,7%) хронічних процесів печінки і жовчовивідних шляхів, на фоні яких розвивалася наведена вище соматична захворюваність.

Особливий інтерес представляють дані про клінічний перебіг гестаційного періоду. Так, у першій половині вагітності переважали анемія (22,1%), ранні гестози (12,9%), загроза переривання вагітності (12,0%); погіршення основної соматичної захворюваності (11,4%) і респіраторна вірусна інфекція (9,9%). Аналізуючи безпосередні терміни розвитку наведених вище ускладнень, можна виділити більш ранню появу (у середньому в 8–9 тиж вагітності) загострення хронічного гепатохолецистопанкреатиту з наступним розвитком ранніх гестозів і загрозою переривання вагітності. Високий рівень супутньої анемії був зумовлений більш низькими гематологічними показниками ще до вагітності, що, безумовно, було пов'язано з вихідною печінковою патологією.

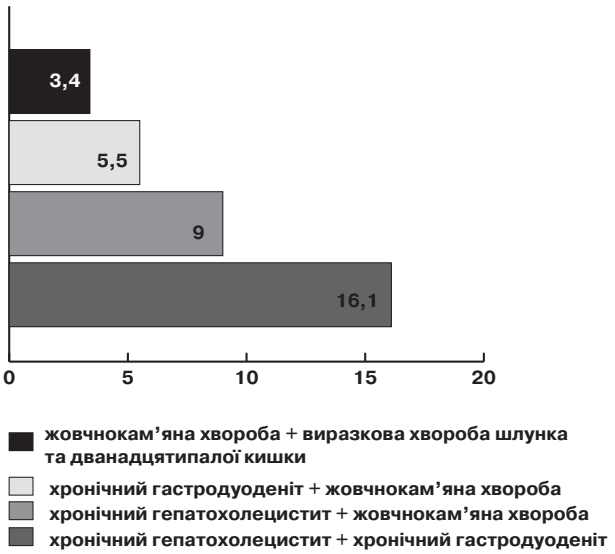
Після 20 тиж вагітності частота різноманітних ускладнень була значно вища. При цьому частіше мали місце гестаційна анемія (53,2%), плацентарна дисфункція (45,9%) і прееклампсія (29,3%). Рідше зустрічалися бактеріальний вагіноз (23,9%), погіршення соматичної захворюваності (18,4%) і респіраторна вірусна інфекція (11,0%). Аналіз термінів розвитку наведених вище ускладнень свідчить про більш ранню появу загострення хронічного гепатохолециститу (24,2 тиж) з наступним розвитком анемії (26,6 тиж.), прееклампсії (28,4 тиж.) і плацентарної дисфункції (30,2 тиж.). Така послідовність розвитку ускладнень II половини вагітності вказує на головну роль початкової патології печінки і шлунково-кишкового тракту в генезі розвитку наступних акушерських і перинатальних ускладнень.

Аналізуючи клінічний перебіг першої половини вагітності в жінок із патологією печінки і травного тракту з урахуванням наявності супутньої гестаційної анемії, можна відзначити наявність суттєвих розбіжностей між пацієнтками з аналогічною соматичною патологією, але без анемії вагітних.

У першу чергу це виявлялося різноманітною частотою ранніх гестозів (+31,2%), загрози переривання вагітності (+16,4%) і погіршення основної соматичної захворюваності (+17,0%), що передувало появі основних клінічних симптомів наведених вище ускладнень. У другій половині гестаційного періоду розбіжності між підгрупами носили ще більш виражений характер. Особливо наочним це було при оцінюванні рівня супутніх порушень у системі мати–плацента–плід (+53,6%) і прееклампсії (+46,9%). Крім того, необхідно зазначити і наявну різницю в частоті погіршення основної соматичної захворюваності (+15,7%) і бактеріального вагінозу (+5,7%). Під час оцінювання ступеня тяжкості анемії вагітних необхідно відзначити переваження легкого ступеня анемії (44,8%) в порівнянні із середнім (34,5%) і тяжким ступенем (20,7%). За термінами розвитку даного ускладнення слід зазначити, що більше ніж у половині спостережень (52,0%) анемія розвивалася в 29–33 тиж вагітності і набагато рідше (14,0%) – після 34 тиж. Отримані результати дозволяють відзначити важливу роль супутньої печінкової патології в розвитку гестаційної анемії на етапі клінічного перебігу гестаційного періоду.

Результатом наведених вище розбіжностей клінічного перебігу вагітності була висока частота різноманітних ускладнень під час розродження. Так, можна виділити більш істотний рівень передчасного розриву плодових оболонок (+16,7%); гострого дистресу плода (+11,2%); аномалій пологової діяльності (+8,4%) і кровотеч у послідовий і ранній післяпологовий періоди (+5,0%). Аналіз стану новонароджених засвідчив більш високі показники асфіксії середнього (+6,7%) і тяжкого ступеня (+2,9%), а також пологової травми (+2,9%) у підгрупі пацієнток із поєднанням патології печінки і травного тракту з анемією вагітних. Аналогічна закономірність спостерігалася і під час клінічного оцінювання раннього неонатального періоду: постгіпоксична енцефалопатія (+20,8%), гіпербілірубінемія (+9,8%), постнатальна інфекція (+8,1%) і геморагічний синдром (+2,8%) частіше мали місце в цій самій групі.

Мал. 1. Структура захворювань печінки та травного тракту (%)



Мал. 2. Частота поєднання різних варіантів захворювань печінки та травного тракту (%)

Клінічний аналіз перебігу післяпологового періоду свідчить про більш високу частоту погіршення соматичної захворюваності (+8,1%), ранової інфекції, ендометриту і порушень скоротливої активності матки (+2,9%) при поєднанні основної соматичної захворюваності і гестаційної анемії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про важливу роль початкової печінкової патології в частоті розвитку і клінічного перебігу анемії вагітних, що потребує вдосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів для поліпшення результатів розродження пацієнток з даною соматичною патологією.

Особенности анемии беременных у женщин с хронической патологией печени и пищеварительного тракта

И.В. Дорошенко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли исходной печечной патологии в частоте развития и клиническом течении анемии беременных. Это подтверждается более высокой частотой различных осложнений при родоразрешении: преждевременный разрыв плодных оболочек (+16,7%); дистресс плода (+11,2%); аномалии родовой деяльности (+8,4%) и кровотечения в последовый и ранний послеродовой периоды (+5,0%). Анализ состояния новорожденных свидетельствовал о более высокой частоте асфиксии средней (+6,7%) и тяжелой степени (+2,9%), а также родовой травмы (+2,9%) в подгруппе пациенток с сочетанием патологии печени и пищеварительного тракта с анемией беременных. Аналогичная закономерность наблюдалась и при клинической оценке раннего неонатального периода: постгипоксическая энцефалопатия (+20,8%), гипербилирубинемия (+9,8%), постнатальная инфекция (+8,1%) и геморрагический синдром (+2,8%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для улучшения результатов родоразрешения пациенток с данной соматической патологией.

Ключевые слова: *анемия беременных, патология печени и пищеварительного тракта.*

Features of anaemia pregnant at women with a chronic pathology of liver and gastroenteric path

I.V. Doroshenko

Results of the spent researches testify to an essential role initial liver pathologies in frequency of development and clinical current of an anaemia of pregnant women. It proves to be true higher frequency of various complications at delivery: premature rupture fetus covers (+16,7%); distress of born (+11,2%); anomalies patrimonial activity (+8,4%) and bleedings in placental and early postnatal the periods (+5,0%). The analysis of a condition of newborns has shown has shown higher frequency asphyxia to average (+6,7%) and heavy degree (+2,9%), and also patrimonial trauma (+2,9%) in a subgroup of patients with combination of pathology of a liver and a gastroenteric path to an anaemia of pregnant women. Similar law was observed and at a clinical estimation early neonatal period: posthypoxial encephalopathy (+20,8%); hyperbilirubineamia (+9,8%); postnatal infection (+8,1%) and hemorragical syndrome (+2,8%). The received results testify to necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for improvement of results delivery at patients with the given somatic pathology.

Key words: *anaemia of pregnant women, pathology of liver and gastroenteric path.*

Сведения об авторе

Дорошенко Ирина Васильевна – Киевский городской родильный дом №5,03027,г. Киев, пр.Краснозвездный,2. E-mail: idoroshenko@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гурская Т.Ю. Особенности диагностики гепатита С у беременных женщин/ Т.Ю. Гурская, И.Г. Никитин, Н.И. Размахнина // Вестн. новых мед. технологий. – 2011. – Т. XIII, № 1. – С. 108–109.
2. Запорожан В.М. Клініко-патогенетичні аспекти профілактики і лікування жінок із захворюваннями печінки та шлунково-кишкового тракту / В.М. Запорожан, Н.М. Олійник // Одес. мед. журнал. – 2009. – № 3. – С. 24–26.
3. Игнатова Т.М. Хронические заболевания печени у беременных (обзор) / Т.М. Игнатова // Терапевт. архив. – 2012. – Т. 74, № 10. – С. 55–59.
4. Лисенко Г.І. Сучасний погляд на лікування холестатичного гепатозу вагітних із застосуванням антигомотоксичних препаратів / Г.І. Лисенко, Н.С. Величко // Практ. медицина. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 16–20.

Статья поступила в редакцию 01.04.2014