

Гепатобіліарна патологія у вагітних – акушерські аспекти

О.В. Голяновський, В.І. Мамчич, М.О. Чайка, Ю.В. Слободян

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

В останні роки відзначається підвищення частоти патології гепатобіліарної системи у молодому віці, причому у жінок у 4–7 разів частіше, ніж у чоловіків, що призводить до збільшення числа вагітних із захворюваннями печінки. У зв'язку з цим вивчення особливостей клініки і діагностики захворювань гепатобіліарної системи у вагітних, а також їхне ведення залишається актуальною проблемою і сьогодні. У статті представлені сучасні дані щодо питань патогенезу, діагностики та лікування гепатобіліарної патології у вагітних, наведені результати статистичного аналізу історій хвороб вагітних з цією патологією.

Ключові слова: гепатобіліарна патологія, холецистит, жовчнокам'яна хвороба, вагітність.

Екстрагенітальні захворювання у вагітних – одна з основних причин материнської та перинатальної патології. У структурі екстрагенітальної патології хронічні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів посідають особливе місце і становлять у вагітних 3%. Значний відсоток з цих захворювань належить жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ), яку діагностують у 2–4% вагітних. Частота гострого холециститу під час вагітності становить 0,1% [9]. Частота холецистектомій під час вагітності – 0,1–3% [1].

Хвороби печінки у вагітних можна поділити на дві групи: супутні захворювання та ті, які безпосередньо пов'язані з гестацією.

До першої групи входять захворювання, що не пов'язані з вагітністю і виникають під час вагітності (гострі вірусні гепатити) або вагітність розвивається на тлі вже наявної патології гепатобіліарної системи (хронічний гепатит, хронічний холецистит, ЖКХ, цироз печінки, синдром Жильбера). До другої групи (пов'язаної з вагітністю) – гостра жирова дистрофія печінки (синдром Шихана), внутрішньопечінковий холестаза вагітних і HELLP-синдром. У всіх хворих з патологією печінки акушерська ситуація характеризується підвищеною частотою передчасних пологів і великою перинатальною смертністю – до 11–13%, відзначається також висока частота тяжких післяпологових кровотеч [4].

Вагітність супроводжується фізіологічними змінами у будь-якій системі організму. Функціональні навантаження, яких зазнає печінка, особливо збільшуються у другій половині вагітності. Під час вагітності на тлі гормональних перебудов спостерігається підвищення в'язкості жовчі, що у поєднанні з моторно-тонічними розладами жовчного міхура і жовчовивідних шляхів зумовлює розвиток холелітазу і дебютування ЖКХ [5]. Підвищення літогенності жовчі під час вагітності відбувається як наслідок впливу естрогену і прогестерону на колоїдну рівновагу жовчі і скоротливу здатність жовчного міхура. Ризик розвитку ЖКХ збільшується під час повторних вагітностей у жінок, які хворіють на хронічний холецистит і мають кілька факторів ризику. Гостре порушення прохідності жовчних шляхів унаслідок обтурації каменями або слизом спричинює порушення кровообігу у стінці жовчного міхура та 90% випадків гострого холециститу [11, 2]. У пізні терміни вагітності

зменшення екскурсії діафрагми призводить до ослаблення одного з найважливіших компонентів механізму спорожнення жовчного міхура [4]. Ожиріння і, зокрема, високий індекс маси тіла до вагітності є додатковим сильним епідеміологічним чинником, що корелює з утворенням жовчних каменів [12].

Діагностика хвороб жовчного міхура може представляти труднощі для акушера-гінеколога, позаяк у багатьох здорових вагітних виявляють диспепсичні явища, що імітують гепатобіліарну патологію.

Пізно встановлений діагноз гострого холециститу збільшує ризик перфорації, що може призвести до генералізованого перитоніту або сепсису, передчасних пологів, перинатальних втрат і материнської смертності [6].

Мета дослідження: аналіз та розроблення оптимальної діагностичної та лікувальної тактики (консервативні та хірургічні методи) у вагітних з патологією гепатобіліарної системи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У клініках хірургії, акушерства і гінекології на базі Київської обласної клінічної лікарні та КЗКОР «КОЦОЗМіД» у період з 2007 р. до 2017 р. прооперовано 3721 хвору з приводу ЖКХ, проліковано 729 хворих з гострим холециститом і проведено 28 170 пологів. Методом вибору у діагностиці ЖКХ, гострого холециститу і жовтяниць у вагітних у I–II триместрі є ультразвукове дослідження (УЗД); у III триместрі, коли збільшена матка перекриває гепатопанкреатобіліарну зону, можливості цього методу значно обмежені. Оскільки під час УЗД можуть не виявити дрібні камені або ті, що розташовані у протоках, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) допомагає у діагностиці та лікуванні гострого холециститу [14]. У випадках неінформативності УЗД та МРТ у III триместрі вагітності можливе застосування КТ [15, 16]. Лабораторні і біохімічні методи діагностики у вагітних проведені у повному об'ємі.

У дослідженні була використана класифікація гострого холециститу згідно з Токійськими клінічними рекомендаціями за 2013 р.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хронічні захворювання печінки і позапечінкових жовчних проток виявлено у 1577 (5,6%) від усіх пологів (28 170). Серед них дискінезія жовчних шляхів виявлена у 125 (7,9%). ЖКХ, яка не потребувала оперативного втручання, була діагностована у 44 (2,8%) вагітних. Гіпербілірубінемію вагітних діагностовано у 478 жінок (1,7%), переважно надпечінкові та печінкові форми. Хронічний калькульозний холецистит, ускладнений механічною жовтяницею калькульозного генезу, зафіксовано у 6 вагітних. Під час проведення аналізу у 4 вагітних виявилася ефективною консервативна терапія із застосуванням ендоскопічного трансдуоденального розширення великого дуоденального сосочка, 2 вагітним у I–II триместрі виконана лапароскопічна холецистектомія.

Гострий калькульозний холецистит у вагітних частіше діагностують у I та II триместрах (73%). Чотирнадцять вагітних прооперовані з приводу гострого холециститу. У 14% вагітних біліарна патологія «маскується» раннім гестозом з нудотою та блюванням, болем у правому підребер'ї. Перебіг захворювань гепатобіліарної системи у 50% випадків є асимптомним.

У більшості жінок з хронічними захворюваннями печінки та жовчного міхура спостерігається ускладнений перебіг вагітності. Летальних випадків у вагітних з гепатобіліарною патологією не відзначено.

Методом вибору у діагностиці ЖКХ, гострого холециститу і жовтяниці у вагітних у I–II триместрі є УЗД. Використання ультразвуку є безпечним під час вагітності без будь-яких обмежень щодо дії рентгеновського випромінювання чи необхідності застосування контрастного середовища. Іншими перевагами УЗД є безпечність, доступність та відносно недорого вартість. Класичні сонографічні ознаки гострого холециститу (потовщена стінка жовчного міхура понад 3 мм, наявність шаруватості, каменів, стан прилеглих тканин, сонографічна ознака Мерфі) ідентичні як у вагітних, так не вагітних жінок [14]. Під час ЕРХПГ можна виконувати сфінктеротомію для лікування панкреатиту та запобігання обструкції каменями загальної жовчної протоки. Теоретичний ризик радіаційного опромінення плода при ЕРХПГ (приблизно 310 мрад) не викликає занепокоєння, коли його проводять після I триместра вагітності [14]. Інтраопераційна та ендоскопічна холангіографія чинить мінімальне радіаційне навантаження на вагітну та плід, і її можна селективно застосовувати під час вагітності з обов'язковим використанням екрануючого фарму.

Метод МРТ вважається безпечним та надійним під час вагітності у діагностиці абдомінального болю різної етіології, його можна використовувати у всіх триместрах вагітності.

Головним недоліком КТ є радіаційне опромінення, хоча кількість вважається відносно невеликою – коливається від 1 до 5 рад. Основні проблеми, пов'язані з впливом радіаційного випромінювання, – це його канцерогенний потенціал і тератогенний ефект [15, 16]. Беручи до уваги, що ризик летальності від раку у дітей, за оцінками, 1 на 2000, доза радіаційного опромінення (приблизно 5 рад, або 0,05 Гр) плода під час проведення КТ-дослідження малого таза у період гестації, як вважають, збільшує цей ризик вдвічі [8].

Гострий холецистит і холедохолітаз за відсутності ефекту від консервативного ведення (внутрішньовенна інфузійна, знеболювальна, антибактеріальна терапія) підлягають оперативному лікуванню. Під час лікування гострого холециститу патогенетично обґрунтовано є рання декомпресія жовчного міхура і жовчних шляхів. У I–II триместрі вагітності недо-

цільним є дотримання активної вичікувальної тактики, яка нерідко зумовлює втрату оптимальних термінів виконання оперативного втручання, що значно погіршує його безпосередні результати.

Сучасна хірургічна тактика у I–II триместрі передбачає проведення ЕРХПГ з балонним розширенням великого дуоденального сосочка з екстракцією конкрементів і наступною лапароскопічною холецистектомією без зовнішнього дренивання холедоха. У кінці III триместра необхідно вирішувати питання щодо тактики розродження з наступним втручанням на жовчовивідній системі (лапароскопічним чи лапаротомічним доступом).

У разі загрози передчасних пологів у післяопераційний період проводять токоліз β-адреноміметиками [3].

Лапароскопічне хірургічне втручання є методом вибору у першій половині вагітності. Лапароскопія зменшує операційну травму, кількість маніпуляцій з маткою, скорочує відновний період і повернення до звичайної дієти, отже, знижує ризик передчасних пологів порівняно з відкритою хірургією. Пневмоперитонеум необхідно підтримувати на рівні 10–12 мм рт.ст. і стан плода можна контролювати за допомогою УЗД до та після операції. Хоча існували теоретичні побоювання щодо впливу пневмоперитонеуму на стан плода (наприклад, підвищений внутрішньочеревний тиск і плодовий ацидоз під час пневмоперитонеуму з двоокисом вуглецю), не було виявлено жодних несприятливих ефектів при максимальному тиску пневмоперитонеуму 10–12 мм рт.ст. і тривалості операції менше 60 хв [13]. Одним з недоліків лапароскопії є ризик пошкодження вагітної матки. Під час лапаротомного хірургічного втручання спостерігається більш висока частота передчасних маткових скорочень, що потребує токолітичної терапії, порівняно з лапароскопічним методом [7, 10].

ВИСНОВКИ

Надзвичайно важливі своєчасне виявлення і лікування хронічних захворювань печінки ще до настання вагітності. Вагітність пред'являє значні вимоги до організму, дуже часто видозмінює перебіг захворювання і може призводити до декомпенсації хвороби. Ретельне оцінювання ступеня ризику для матері і плода повинне здійснюватися у кожному конкретному випадку. Це необхідно для вибору правильної тактики ведення і лікування хворих при настанні вагітності.

Покращенню результатів лікування біліарної патології у вагітних сприяє спільна робота акушерів-гінекологів, хірургів і анестезіологів для вироблення оптимальної тактики ведення з максимальним використанням менш травматичних лапароскопічних методик.

Гепатобилиарная патология у беременных – акушерские аспекты

О.В. Голяновский, В.И. Мамчич, М.А. Чайка, Ю.В. Слободян

В последние годы отмечается повышение частоты патологии гепатобилиарной системы в молодом возрасте, причем у женщин в 4-7 раз чаще, чем у мужчин, что ведет к увеличению числа беременных с заболеваниями печени. В связи с этим изучение особенностей клиники и диагностики заболеваний гепатобилиарной системы у беременных, а также разработка оптимальной тактики их ведения остается актуальной проблемой и сегодня. В статье представлены современные результаты о гепатобилиарной патологии у беременных (вопросы патогенеза, диагностики и лечения), приведены данные статистического анализа историй болезней беременных с этой патологией.

Ключевые слова: гепатобилиарная патология, холецистит, желчнокаменная болезнь, беременность.

Hepatobiliary pathology in pregnancy – obstetric aspects

O.V. Golyanovsky, V.I. Mamchych, M.O. Chaika, Yu.V. Slobodian

In recent years, an increase in the frequency of pathology of the hepatobiliary system has been observed at younger ages, and in women it is 4–7 times more frequent than in men, which leads to an increase in the number of pregnant women with liver disease. In this connection, the study of the features of the clinic and diagnosis of diseases of the hepatobiliary system in pregnant women, as well as the development of optimal tactics for their management remains an urgent problem and at present. The article presents data on hepatobiliary pathology in pregnant women (issues of pathogenesis, diagnosis and treatment), data of statistical analysis of the histories of the diseases of pregnant women with this pathology are presented.

Key words: hepatobiliary pathology, cholecystitis, gallstones, pregnancy.

Сведения об авторах

Голяновский Олег Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 489-49-35. E-mail: golyanovskyy@bigmir.net

Мамчич Владимир Иванович – Кафедра хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 424-98-27

Чайка Михаил Александрович – Кафедра хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 424-98-27

Слободян Юлия Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-49-35. E-mail: slobodyaniulija@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. – М., 2009.
2. Еремина Е.Ю. Заболевания органов пищеварительной системы у беременных (случаи из практики) // Медицинский альманах. – 2010.
3. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожковська Н.М. Акушерство і гінекологія. Підручник: У 2 томах. Т. 1. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 472 с.
4. Иванян А.Н. Беременность и заболевания печени (учебно-методическое пособие). – Смоленск, 2009. – 67 с.
5. Affleck DG, Handrahan DL, Egger MJ, et al. The laparoscopic management of appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. *Am J Surg.* 1999;178:523–529.
6. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;131: 4–12.
7. Barone JE, Bears S, Chen S, Tsai J, Russell JC. Outcome study of cholecystectomy during pregnancy. *Am J Surg* 1999; 177:232–6.
8. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2008;112:333–340.
9. Dietrich CS, Hill CC, Hueman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 2008;88:408–419.
10. J.Y. Tseng, et al Acute Cholecystitis During Pregnancy Taiwan *J Obstet Gynecol.* – September 2009. – Vol. 48, No 3, 305–307.
11. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, et al. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology.* 2005;41:359–365.
12. Ko CW. Risk factors for gallstone-related hospitalization during pregnancy and the postpartum. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2263–2268.
13. Moreno-Sanz C, Pascual-Pedreno A, Picazo-Yeste JS, et al. Laparoscopic appendectomy during pregnancy: between personal experiences and scientific evidence. *J Am Coll Surg.* 2007;205:37–42.
14. Noridelle B. Gilo, md, dennis amini, md, ms, and helain j. Landy, md. Appendicitis and Cholecystitis in Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology* Volume 52, Number 4, 2009, 586–596.
15. Pedrosa I, Levine D, Eyvazzadeh A, et al. MR imaging evaluation of acute appendicitis in pregnancy. *Radiology.* 2006;238: 891–899.
16. Wang PI et al. Imaging of pregnant and lactating patients: part 2, evidence-based review and recommendations. *AJR Am J Roentgenol.* 2012 Apr;198(4):785-92. doi: 10.2214/AJR.11.8223.

Статья поступила в редакцию 06.02.2018