

УДК 618.3/7-036.1:616.36-002+616.361-002

О.В. Голяновський, Л.А. Журавльова, А.О. Савонік

Перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок із захворюваннями гепатобіліарної системи

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

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.3(67):23-27; doi 10.15574/PP.2016.67.23

Мета — вивчити вплив захворювань гепатобіліарної системи на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених.**Пацієнти та методи.** Дослідження проведено на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; проаналізовано 13 124 історії пологів за 2011–2015 рр. У цілому виявлено 736 (5,6%) випадків із різною патологією печінки та жовчовивідних шляхів. Переважно більшість хворих (621, або 84,6%) склали вагітні з хронічними запальними захворюваннями гепатобіліарної системи (перша когортна група). До другої когортної групи увійшли вагітні (300 жінок) без проявів патології даної системи. Групи дослідження були репрезентативними за основними показниками (віком, паритетом, гінекологічною захворюваністю тощо). Усі вагітні обстежені в повному клініко-лабораторному об'ємі, їм проведено загальноклінічні (клініко-анамнестичні, лабораторні) та спеціальні (ультразвукове дослідження з доплерометрією, кардіотокографію) дослідження.**Результати.** При порівнянні перебігу вагітності в основній та контрольній групах виявлено, що у вагітних із захворюваннями гепатобіліарної системи частіше виникали прояви гестозу — у 3 рази, загроза переривання вагітності і викидні — у 5 разів, а фетоплацентарна недостатність — у 2,5 рази. Крім того, у хворих жінок порівняно зі здоровими частіше зустрічались передчасні пологи — у 7 разів, слабкість пологової діяльності — у 4 рази, а кровотечі — у 3 рази. Більшість вагітностей завершилися в доношеному терміні, хоча серед хворих жінок відсоток передчасних пологів був вищим. Затримка розвитку плода спостерігалась у 4,5 рази частіше в групі хворих жінок, а смертність немовлят була вищою у 6 разів.**Висновки.** Стан гепатобіліарної системи прямо або опосередковано впливає на всі етапи перебігу вагітності, пологів і стан новонароджених. Своєчасна правильна та розгорнута діагностика уражень печінки під час вагітності, оцінка ступеня ризику материнської та перинатальної патології в кожному конкретному випадку необхідна для вибору правильної тактики ведення пологів та профілактики ускладнень перебігу вагітності.**Ключові слова:** гепатобіліарна система, гепатохолецистит, гепатохолецистоангіоліт.

Вступ

Екстрагенітальні хвороби у вагітних є однією з основних причин материнської та перинатальної захворюваності та смертності. У структурі цих захворювань особливе місце посідають хронічні захворювання печінки та жовчовивідних шляхів. Тому питання вивчення їх впливу на перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених є актуальним [18].

Хронічні запальні ураження печінки та жовчовивідних шляхів зустрічаються у вагітних усіх вікових груп [7]. За даними багатьох авторів [4, 7, 8, 16], останніми роками спостерігається зростання рівнів захворюваності на хронічні хвороби печінки та жовчовивідних шляхів у жінок репродуктивного віку [4, 8, 14, 16]. Після серцево-судинних захворювань і цукрового діабету захворювання печінки є однією з основних причин перинатальної патології та смертності, що обумовлено хронічною інтоксикацією організму матері і плода продуктами порушеного метаболізму білків, жирів і вуглеводів та передусім жовчними кислотами та білірубіном, вміст яких підвищений в організмі вагітної у разі хронічних захворювань печінки [4, 7, 13]. Патологія печінки та жовчовивідних шляхів негативно впливає на клінічний перебіг вагітності та пологів і є фоном для виникнення гестозу [11, 15, 18, 20]. Жінки старшої вікової групи (від 30 років) з патологією печінки та жовчовивідних шляхів становлять групу ризику невиношування та недоношування вагітності [2].

Стан гепатобіліарної системи у вагітних має свої особливості. Важливим фактором, який ускладнює діяльність печінки під час вагітності, є зміни її анатомо-топографічного розташування, особливо в III триместрі вагітності, що призводить до атонії та порушень випорожнення жовчного міхура, а також нейровегетативні зміни з перевагою функції блукаючого нерва, що приводить до виникнення дискінезії жовчовивідних шляхів, спазму сфінктера Одді, змін фізико-хімічних властивостей жовчі в бік літогенності [3, 13, 17].

Під хронічним гепатитом розуміють інфекційне або токсичне ураження печінки, при якому спостерігаються поліморфні зміни як у паренхімі органа (в епітеліальних

клітинах), так і в його інтерстиціальній тканині (мезенхімальних клітин).

Сучасна класифікація гепатитів враховує етіологічний фактор, морфологічні особливості, клінічну характеристику та перебіг захворювання. Виділяють дві основні морфологічні форми гепатиту у вагітних:

1. Істинний дифузний гепатит (частіше після перенесеного вірусного гепатиту).

2. Холангіотичний гепатит (гепатохолецистит або гепатохолецистоангіохоліт) — ураження печінки в результаті захворювання жовчовивідних шляхів.

Особливу групу становлять захворювання печінки, пов'язані з вагітністю, — холестатичний гепатоз вагітних та печінковий синдром (жовтяниця) при гестозах.

Клінічна характеристика захворювання включає визначення фази (активна або неактивна), перебігу (прогресуючий, стабільний або ремісія), стадії (початкова, сформована, прециротична, циротична), процесу та функції гепатоцитів (компенсована або некомпенсована).

У вагітних найчастіше зустрічається хронічний інтерстиціальний гепатит із незначним збільшенням печінки і супутнім ураженням жовчовивідних шляхів (хронічний гепатохолецистит). Перебіг гепатиту в них доброякісний із періодами загострення та ремісії (хронічний персистуючий гепатит).

Серед хронічних запальних хвороб виявляються ураження жовчного міхура (холецистит) та жовчних шляхів (холангіт або ангіохоліт). З хвороб жовчного міхура саме у вагітних має місце хронічний неускладнений рецидивний холецистит у стадії загострення. В клінічній практиці частіше спостерігається їх поєднання — хронічний гепатохолецистит і гепатохолецистоангіоліт [1].

Доведено, що у вагітних із патологією печінки та жовчовивідних шляхів порушується білково-синтетична функція печінки, що призводить до зміни білкового складу сироватки крові: знижується кількість альбумінів, підвищується рівень α 1- та α 2-глобулінів, відмічається диспротеїнемія, зменшується кількість протромбіну та зростає рівень фібриногену [10, 23].

Загально визнана роль печінки в процесі гемокоагуляції та гемостазу. Науково доведений зв'язок розвитку кровотеч із функціонально-морфологічним станом печінки [3, 10]. На клітинному рівні визнана роль вітаміну К у регуляції біосинтезу багатьох прокоагулянтів (II, VII, IX, X). Ступінь коагулопатії залежить від тяжкості захворювання, тривалості холемічного стану, функціонально-морфологічних порушень у печінці [5, 12, 19], що може стати причиною геморагічних ускладнень під час вагітності, у пологах та післяпологовому періоді [10, 18].

У проведених дослідженнях виявлено збільшення рівня фосфоліпідів та холестерину, що є наслідком порушення утилізації ліпідів та зниження можливості печінки (у результаті жирової інфільтрації) депонувати холестерин [10, 22, 23]. Підвищення рівня холестерину в сироватці крові у жінок під час вагітності по відношенню до його рівня у невагітних жінок статистично достовірне [6, 24]. У літературі доступні дані про зміни ліпопротеїнового складу крові у вагітних із патологією печінки та жовчовивідних шляхів, що пов'язано з підвищенням рівня глюкокортикостероїдів у результаті порушення їх інактивації в печінці, з посиленням синтезу ліпопротеїдліпази, з підвищенням активації ліполізу в жировій тканині та рівня неестерифікованих жирних кислот, тригліцеридів і ліпопротеїдів низької щільності в крові вагітних у динаміці [9, 10, 20].

Діагностика у вагітних має певні труднощі. Це пов'язано з тим, що клінічна картина захворювання при вагітності нерідко змінюється: хвороба може перебігати безсимптомно і атипово, іноді під виглядом раннього гестозу, анемії, ревматизму та інше.

У другій половині вагітності визначення меж печінки та її пальпація ускладнені внаслідок заповнення черевної порожнини маткою, що росте. Під час вагітності змінюються і біохімічні показники, унаслідок чого інтерпретація функціональних проб печінки потребує певної корекції [1, 10, 20].

Важливе значення надається анамнезу. При вивченні анамнезу вивчається історія захворювання: її початок, наявність в минулому проявів печінкової кольки або тупого болю в області правого підребер'я, диспепсичних проявів, результатів дуоденальних зондувань і перенесених хвороб. Особлива увага приділяється анамнезу життя, спадковому та акушерському анамнезам.

При об'єктивному дослідженні особлива увага звертається на загальний вигляд хворої, колір шкіри та слизових оболонок, стан печінки та жовчовивідних шляхів. Дослідження печінки включає визначення її меж, форми, характер країв та поверхні, чутливість при пальпації. Пальпація проводиться в положенні вагітної лежачи на лівому боці із зігнутими в колінних суглобах ногами. У другій половині вагітності визначити межі не вдається. Жовчний міхур у нормі пропальпувати не можливо, але необхідно визначати міхурові симптоми.

Особлива увага при дослідженні вагітних надається, так званим, печінковим синдромам, до яких належать жовтяниця, портальна гіпертензія, функціональна недостатність печінки та гепатолієнальний синдром.

Жовтяниця з'являється при підвищенні рівня білірубину в крові та тканинах. Це найбільш важливий і типовий синдром ураження печінки і жовчних шляхів. Крім того, вона може бути одним із проявів пізнього або раннього гестозу з печінковим синдромом, а також симптомом холестатичного гепатозу вагітних. Визначити тип жовтяниці допомагає комплекс клініко-лабораторних досліджень.

Основні клінічні прояви портальної гіпертензії — це асцит, поява колатералей венозної системи і збільшення

печінки та селезінки. Функціональна недостатність печінки проявляється клінічними симптомами: від ледь помітних ознак (адинамії, сонливості, брадикардії, свербежу, екстрасистолії, кровоточивості) до вираженої клінічної картини печінкової коми, а також і змінами функціональних проб, які свідчать про гепатоцелюлярну недостатність.

Клініко-лабораторна діагностика включає загальний аналіз крові, аналізи сечі (загальний та виявлення жовчних пігментів), біохімічні дослідження функцій печінки, дуоденальне зондування (до 32 тижнів) [1].

Мета роботи — вивчити вплив захворювань гепатобіліарної системи на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; проаналізовано 13 124 історії пологів за 2011–2015 рр. У цілому виявлено 736 (5,6%) випадків із різною патологією печінки та жовчовивідних шляхів. Переважно більшість хворих (621, або 84,6%) склали вагітні з хронічними запальними захворюваннями гепатобіліарної системи (перша когортна група). До другої когортної групи увійшли вагітні (300 жінок) без проявів патології даної системи. Групи дослідження були репрезентативними за основними показниками (віком, паритетом, гінекологічною захворюваністю тощо).

Усі вагітні обстежені в повному клініко-лабораторному об'ємі, їм проведено загальноклінічні (клініко-анамнестичні, лабораторні) та спеціальні (ультразвукове дослідження з доплерометрією, кардіотокографію) дослідження.

Суб'єктивна симптоматика при хронічних захворюваннях печінки проявлялась 4 основними синдромами: больовим, диспепсичним, астено-вегетативним та інтоксикаційним. Більшість хворих скаржилися на біль та відчуття тяжкості в правому підребер'ї в поєднанні з різними диспепсичними проявами, серед яких переважало порушення функції товстого кишечника (хронічний закреп).

Крім того, хворі скаржилися на загальну слабкість у поєднанні з головним болем і різними невротичними розладами, що вкладалися в картину астено-вегетативного синдрому в результаті хронічної інтоксикації організму.

Частота вказаних синдромів знаходилася у прямій залежності від активності процесу в печінці та жовчовивідних шляхів. У 49 (13,7%) хворих перебіг хронічного гепатохолестиститу був прихованим: під «маскою» раннього гестозу з нудотою та блюванням, що супроводжувалось болем у правому підребер'ї.

В основній групі дослідження мали місце «міхурові» синдроми. За хронічного холециститу та холангіогепатиту найчастіше виявлялися позитивні симптоми Мерфі (болісність при глибокій пальпації в місці проекції жовчного міхура) і Ортнера (болісність при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі); рідше спостерігалися симптоми Мюссе — френікус-симптом (болісність у місці прикріплення грудино-ключично-соскоподібного м'язу до груднини), Боаса (болісність при пальпації поперекового 12-го грудного хребця справа), Пекарського (болісність при надавлюванні кінчиками пальців на мечеподібний відросток).

Болісність при пальпації печінки або її збільшення у вагітних спостерігалася відносно рідко. Виражена жовтяниця або геморагічні прояви виявлялися тільки у тяжко хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

У першій клінічній групі у 356 (57,3%) вагітних встановлено діагноз «хронічний персистуючий гепатит із супутнім ураженням жовчовивідних шляхів або хронічним гепатохолециститом» (холангіогепатит), у 198 (31,8%) — «хронічний холецистит». Крім того, у 48 (7,7%) жінок діагностовано дискінезію жовчовивідних шляхів, у 5 (0,8%) — синдром Жильбера, у 14 (2,2%) — жовчнокам'яну хворобу.

Хронічний холецистит та гепатохолангіт виявлявся у вагітних усіх вікових груп. Однак більшу за кількістю групу становили жінки у віці від 30 років. Загострення запального процесу в печінці та жовчовивідних шляхах частіше за все виникало в II триместрі (13–24 тижні), що вказувало на необхідність проведення комплексу заходів, направлених на профілактику рецидивів.

При дослідженні периферичної крові знижений рівень гемоглобіну відмічався у 135 (21,8%) хворих. Помірна анемія (рівень гемоглобіну 80–99,9 г/л) виявлялася у 91 (67,5%) жінки, виражена (рівень гемоглобіну нижче 80 г) — у 44 (32,5%). При загостренні хронічного гепатиту анемію спостерігалася у 62 (17,4%) жінок, при ремісії — у 7 (1,9%). Зниження кількості еритроцитів від 3×10^9 /л до $2,5 \times 10^{12}$ /л відмічалася у 68 (11%) жінок, у 10 (1,7%) хворих вона була нижче $2,5 \times 10^9$ /л. Таким чином, при загостренні запального процесу в печінці досить часто розвивається анемія. У 23 (3,7%) жінок анемія супроводжувалася тромбоцитопенією та геморагічними проявами. Підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) (понад 40 мм/год.) спостерігалася у 267 (43%) хворих. У період загострення запального процесу у 63% хворих підвищення ШОЕ супроводжувалось збільшенням рівня лейкоцитів у периферичній крові (10×10^9 /л– 12×10^9 /л). Зсув лейкоцитарної формули вліво відмічався у 71 (19,9%) хворої.

При дослідженні сечі у 55 (9%) хворих виявлявся білок у кількості від 0,033–3,3% (у всіх вагітних були прояви пізнього гестозу). У 413 (66,5%) хворих у період загострення підвищувалася кількість білірубину в сироватці крові, як правило, за рахунок прямої фракції, що є характерною ознакою внутрішньопечінкового холестазу. У більшості хворих — 552 (89%) — кількість загального білка була в межах норми.

Ознаки, що характеризують порушення функціональної діяльності гепатоцитів, виявилися при вивченні білкових фракцій крові. Диспротеїнемія різного ступеня відмічалася у 484 (78%) пацієнток. Порушення протромбінотворюючої функції печінки виявлялося у 80 (13%) хворих. Рівень фібриногену крові у всіх випадках був у межах норми. Сулемова проба була позитивною (менше 1,7 мл) у 99 (16%) пацієнток. Позитивна реакція тимолової проби спостерігалася у 71 (11,5%) хворої.

Дослідження деяких показників жирового обміну виявило у 440 (71%) жінок підвищення рівня загальних ліпідів у сироватці крові. Рівень холестерину у 475 (76,5%) хворих був більше 3,5 г/л. Ці дані свідчать про порушення утилізації ліпідів в організмі вагітних із хронічним гепатохолециститом і зниження здатності печінки депонувати холестерин.

Дослідження вуглеводного обміну виявило, що рівень глюкози натще коливався в межах 3,3–5,5 ммоль/л. Зміни вуглеводного обміну характеризувалися зниженням толерантності до вуглеводів за рахунок порушення утилізації кортикостероїдів, глюкагону та статевих гормонів.

Усі виявлені зміни та відхилення від норми в лабораторних дослідженнях і клінічні прояви хвороби мали прямий або віддалений зв'язок з ускладненнями, які виника-

Ускладнення перебігу вагітності в жінок обстежених груп

Таблиця 1

Патологія	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Ранній гестоз	198	32±1,87	27	9±1,6
Пізній гестоз	62	10±1,2	12	4±1,1
Загроза переривання вагітності	173	28±1,8	21	7±1,4
Викидень	37	6±0,9	0	0
Передчасний розрив плодових оболонок	112	18±1,5	36	12±1,8
Фетоплацентарна недостатність	453	73±1,7	84	28±2,5

Таблиця 2

Ускладнення перебігу пологів у жінок обстежених груп

Патологія	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Передчасні пологи	86	14±1,3	6	2±0,8
Слабкість пологової діяльності	74	12±1,3	9	3±0,9
Кровотеча в пологах та післяпологовому періоді	90	14,5±1,4	15	5±1,2

Таблиця 3

Наслідки пологів у групах дослідження

Стан	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Доношені	540	87±1,3	294	98±0,8
Недоношені	80	13±1,3	6	2±0,8
Синдром затримки розвитку плода	279	45±1,9	33	11±1,8
Смертність	24	3,8±0,7	2	0,6±0,4

Таблиця 4

Оцінка стану новонароджених у групах дослідження

Оцінка за шкалою Апгар (бали)	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
8-10	513	86±1,4	282	94±1,37
5-7	60	10±2,2	12	4±1,13
1-4	24	4±0,8	3	1±0,57

ли в основній групі під час вагітності та пологів (табл. 1, табл. 2).

Крім того, обов'язковим є вирішення питання щодо можливості виношування вагітності в цілому. Ускладнення як із боку матері, так і з боку плода, можуть мати місце в будь-якому терміні вагітності та під час пологів. Більшість вагітностей в обох групах завершилися у доношеному терміні (табл. 3, табл. 4).

Висновки

Аналізуючи отримані результати дослідження, можна зробити висновок, що проблема ускладнень вагітності та пологів у жінок із патологією печінки та жовчовивідних шляхів є актуальною. Захворювання гепатобіліарної системи — одна з найбільш поширених причин, що призводить до ускладненого перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану новонароджених у цілому.

При порівнянні перебігу вагітності в основній та контрольній групах виявлено, що у вагітних із захворюваннями гепатобіліарної системи частіше виникали прояви гестозу — в 3 рази, загроза переривання вагітності і викидні — у 5 разів, а фетоплацентарна недостатність — у 2,5 рази. Крім того, у хворих жінок

порівняно зі здоровими частіше зустрічались передчасні пологи — у 7 разів, слабкість пологової діяльності — у 4 рази, а кровотечі — у 3 рази. Більшість вагітностей завершилися в доношеному терміні, хоча серед хворих жінок відсоток передчасних пологів був вищим. Затримка розвитку плода спостерігалася у 4,5 разу частіше в групі хворих жінок, а смертність немовлят була вищою у 6 разів.

Цілком очевидно, що стан гепатобіліарної системи прямо або опосередковано впливає на всі етапи перебігу вагітності, пологів і стан новонароджених. Своєчасна правильна та розгорнута діагностика уражень печінки під час вагітності, оцінка ступеня ризику материнської та перинатальної патології в кожному конкретному випадку необхідна для вибору правильної тактики ведення пологів та профілактики ускладнень перебігу вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беременность и роды при хронических заболеваниях гепатобилиарной системы / Е.Т. Михайленко, А.А. Закревский, Н.Г. Богдашкин, Л.Б. Гутман. — Киев : Здоровья, 1990. — С. 33–38.
2. Вдовиченко Ю.П. Профилактика невынашивания и недонашивания у женщин старших возрастных групп с патологией печени и желчевыводящих путей / Ю.П. Вдовиченко, А.В. Козодой // Репродуктивное здоровье женщины. — 2006. — № 2 (26). — С. 50–52.
3. Губергриц Н.Б. Синдром внутривисцерального холестаза: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение / Н.Б. Губергриц // Новости мед. и фармац. гастроэнтерол. — 2008. — № 264. — С. 78–82.
4. Дашкевич В.Е. Прогнозирование осложненной послеродовой периода у женщин с хроническими заболеваниями печени и желчных путей / В.Е. Дашкевич, С.М. Макеев, Т.В. Хонахбеева // Акушерство и гинекология. — 1987. — № 4. — С. 53–56.
5. Закревский А.А. Некоторые показатели функции печени при физиологически протекающей беременности / А.А. Закревский, Л.В. Диденко, В.К. Тищенко // Акушерство и гинекология. — 1977. — № 3. — С. 11–14.
6. Ковач А. Значение изменения содержания холестерина в сыворотке крови во время беременности / А. Ковач, З. Кази // Акушерство и гинекология. — 1978. — № 5. — С. 21–22.
7. Кузьма Н.О. Профилактика і лікування остеопенії у вагітних та породіль із хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи: 14.01.01. «Акушерство та гінекологія» / Н.О. Кузьма; Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького. — Львів, 2004. — 19 с.
8. Логинов А.С. Передовые рубежи гепатологии / А.С. Логинов // Терапевтический архив. — 2004. — № 2. — С. 3–6.
9. Логинов А.С. Передовые рубежи гепатологии / А.С. Логинов // Терапевтический архив. — 2004. — № 2. — С. 3–6.
10. Михайленко О.Т. Вагітність і роди при хронічних захворюваннях печінки / О.Т. Михайленко, А.О. Закревський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1992. — № 1. — С. 50–53.
11. Олійник Н.М. Прогнозування акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з патологією печінки та шлунково-кишкового тракту / Н.М. Олійник // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2002. — № 4. — С. 76–79.
12. Подымова С.Д. Болезни печени / С.Д. Подымова. — Москва: Медицина, 1998. — 627 с.
13. Положенкова Л.А. Патология желчевыводительной системы и беременность / Л.А. Положенкова, О.В. Козина, Е.С. Ляшко // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 1. — С. 57–59.
14. Полюляк О.А. Коррекция плацентарной недостаточности у женщин с хронической патологией печени и желчевыводящих путей / О.А. Полюляк // Репродуктивное здоровье женщины. — 2006. — № 1 (25). — С. 91–92.
15. Романенко Т.Г. Профилактика преэклампсии у беременных с патологией печени / Т.Г. Романенко, Г.Н. Жалоба, О.В. Морозова // Здоровье женщины. — 2009. — № 3 (39). — С. 74–76.
16. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб. — Дніпропетровськ, 2006. — Вип. 37. — С. 3–9.
17. Хазанов А.И. К вопросу о клиническом значении функциональных проб печени / А.И. Хазанов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2001. — № 5. — С. 29–34.
18. Шехтман М.М. Заболевания желчных путей и беременность / М.М. Шехтман, С.Г. Бурков // Акушерство и гинекология. — 1978. — № 5. — С. 1–7.
19. Щеголев А.И. Структурно-метаболическая характеристика синусоидальных клеток печени / А.И. Щеголев, О.Д. Мишнев // Успехи современной биологии. — 1991. — Т. III, Вып. 1. — С. 73–81.
20. Dornas S.G. Liver disease in pregnancy / S.G. Dornas, G.R. Meeks, O. Phillips // Obstet. Gynecol. Survey. — 1993. — Vol. 38, № 9. — P. 531–536.
21. Glasinovic J. Association between infection and cholestasis of pregnancy / J. Glasinovic, I. Marinovic, P. Vela // Rev. Med. Chile. — 1982. — Vol. 110. — P. 547–549.
22. Gonzalez M. Intrahepatic cholestasis of pregnancy in twin pregnancies / M. Gonzalez, H. Reyes, M. Arrese // J. Hepatol. — 1989. — Vol. 19. — P. 84–90.
23. Kullak-Ubrink G.A. Hepatobiliary transport / G.A. Kullak-Ubrink, U. Beuers, G. Paumgartner // J. Hepatol. — 2000. — Vol. 32. — P. 3–18.
24. Roncaglia T. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: incidence, clinical course, complications / T. Roncaglia, D. Trio, L. Roffi // Ann. Obstet. Gynecol. Med. Perinat. — 1991. — Vol. 112. — P. 146–151.

Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями гепатобилиарной системы О.В. Голяновский, Л.А. Журавлева, А.О. Савоник

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель — изучить влияние заболеваний гепатобилиарной системы на течение беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных.

Пациенты и методы. Исследование проведено на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика; проанализированы 13 124 истории родов за 2011–2015 гг. В целом выявлено 736 (5,6%) случаев с разной патологией печени и желчевыводящих путей. Подавляющее большинство больных (621, или 84,6%) составили беременные с хроническими воспалительными заболеваниями гепатобилиарной системы (первая когортная группа). Во вторую когортную группу вошли беременные (300 женщин) без проявлений патологии данной системы. Группы исследования были репрезентативными по основным показателям (возрасту, паритету, гинекологической заболеваемости и др.). Все беременные обследованы в полном клинико-лабораторном объеме, им проведены общеклинические (клинико-анамнестические, лабораторные) и специальные (ультразвуковое исследование с доплерометрией, кардиотокография) исследования.

Результаты. При сравнении течения беременности в основной и контрольной группах выявлено, что у беременных с заболеваниями гепатобилиарной системы чаще возникали проявления гестоза — в 3 раза, угроза прерывания беременности и выкидыши — в 5 раз, а фетоплацентарная недостаточность — в 2,5 раза. Кроме того, у больных женщин по сравнению со здоровыми чаще встречались преждевременные роды — в 7 раз, слабость родовой деятельности — в 4 раз, а кровотечения — в 3 раза. Большинство беременностей завершились в доношенном сроке, хотя среди больных женщин процент преждевременных родов был выше. Задержка развития плода наблюдалась в 4,5 раза чаще в группе больных женщин, а смертность младенцев была выше в 6 раз.

Выводы. Состояние гепатобилиарной системы прямо или опосредовано влияет на все этапы течения беременности, родов и состояние новорожденных. Своєчасна правильна і розвернута діагностика поражений печени во время беременности, оценка степени риска материнской и перинатальной патологии в каждом конкретном случае необходима для выбора правильной тактики ведения родов и профилактики осложнений течения беременности.

Ключевые слова: гепатобилиарная система, гепатохолестит, гепатохолестеоангиолит.

The course of pregnancy, childbirth and postpartum period in women with diseases of the hepatobiliary system**O.V. Golyanovskyy, L.A. Juravlyova, A.O. Savonik**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Objective is to study the effect of the hepatobiliary system diseases on the pregnancy course, childbirth, the postpartum period and newborn state.**Patients and methods.** The study was conducted at clinical sites of the Obstetrics and Gynaecology Department № 1 of the P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education; The 13,124 cases of births for the period 2011-2015 have been analyzed. In general, were identified 736 (5.6%) cases with different pathology of the liver and biliary tract. The vast majority of patients (621, or 84.6%) were pregnant women with chronic inflammatory diseases of the hepatobiliary system (first cohort group). To the second cohort group were included pregnant women (300 women) without the manifestation of the present disease. Study groups were represented by the main indicators (age, parity, according to the gynecological diseases etc.). All pregnant women had passed fully clinical and laboratory examinations. They held general clinical (clinico-anamnestic and laboratory examinations) and special (ultrasound examination with Doppler velocimetry and cardiocography) studies.**Results.** Comparing the pregnancy course of the main and control groups was found that pregnant women with diseases of the hepatobiliary system had more frequent manifestations of: preeclampsia (in 3 times), the threat of termination of pregnancy and miscarriages (in 5 times), and fetoplacental insufficiency (in 2,5 times). In addition, in patients with diseases of the hepatobiliary system in comparison with healthy patients preterm delivery were more frequent — in 7 times, the weakness of labor activity - in 4 times, and bleeding — in 3 times. Most of the pregnancies were at term, when among the patients with diseases of the hepatobiliary system the percentage of preterm birth was higher. Fetal growth retardation was observed in 4.5 times more frequently in the group of patients with diseases of the hepatobiliary system, just as infants mortality was higher in the 6 times.**Conclusions.** State of the hepatobiliary system, directly or indirectly has the effect on all stages of pregnancy, childbirth and newborn state. Timely large and correct diagnosis of the liver lesions during the pregnancy, risk assessment of maternal and perinatal pathology in each case is needful for the right choice of correct tactics of labor management and prevention of complications during the pregnancy.**Key words:** hepatobiliary system hepatocholecystitis, hepatocholecystitis angiolith.**Сведения об авторах:****Гольяновский Олег Владимирович** — каф. акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П.Л. Шупика, Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка. Адрес: г. Киев, ул. Баггоутовская, 1.**Журавлева Лариса Андреевна** — каф. акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П.Л. Шупика, Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка. Адрес: г. Киев, ул. Баггоутовская, 1.**Савоник Анна Олеговна** — каф. акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П.Л. Шупика, Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка. Адрес: г. Киев, ул. Баггоутовская, 1.

Статья поступила в редакцию 09.09.2016 г.

НОВОСТИ**В США впервые пересажена матка от живого донора**

В техасской больнице провели четыре трансплантации матки, одна из которых оказалась успешной, сообщает журнал Time. Это первая в США операция по пересадке матки от живого донора.

Пересадку делали четверем молодым, от 20 до 35 лет, женщинам, рожденным с синдромом Майер—Рокитанского — Кюстер—Хаузера (МРКХ) — неразвитием или частичным развитием матки и верхних отделов влагалища при нормальном развитии яичников и наружных половых органов. Пересадка нормально функционирующей матки могла дать им возможность выносить и родить ребенка самостоятельно. Донорами стали женщины 35–60 лет.

«Мне не будет стыдно, если меня запомнят как парня, который пересадил четыре матки, а прижилась только одна, — говорит хирург Джулиано Теста, проводивший операции. — Даже несмотря на провалы, я собираюсь этим заниматься. Я считаю, что и с этической, и с клинической точки зрения мы на верном пути».

Операция по первой пересадке матки от умершего донора в США была проведена в феврале, однако трансплантат не прижился из-за грибковой инфекции. До этого были успешные случаи пересадок и последующих родов в Швеции.

Источник: med-expert.com.ua