

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

© Карпеев Станислав Анатольевич¹, Балукова Екатерина Владимировна²,
Карпеева Юлия Сергеевна¹

¹ ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента России.
197110, г. Санкт-Петербург, Морской пр., д. 3

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова.
197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

E-mail: povetyevaj@yandex.ru

Ключевые слова: привычное невынашивание беременности; гепатопанкреатобилиарная система; метаболический синдром.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день среди соматических и гинекологических заболеваний у женщин фертильного возраста привычное невынашивание беременности (ПНБ) рассматривается как мультифакторная проблема. Несмотря на тщательное обследование пациенток, этиология ПНБ остается окончательно неустановленной, а роль общесоматической патологии в развитии ПНБ малоизученной. Хронические заболевания печени, приводящие к нарушению ее дезинтоксикационной функции и метаболическим нарушениям, являются одной из причин ПНБ в первом триместре беременности, что обусловлено высокой чувствительностью плодного яйца на эмбриональной стадии развития к эндогенным повреждающим факторам и развитием синдрома регенераторно-пластической недостаточности эндометрия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка состояния гепатопанкреатобилиарной системы у пациенток с ПНБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 74 женщины в возрасте от 20 до 44 лет (средний возраст = $32,5 \pm 1,13$). В I группу (n=53) включались пациентки с ПНБ (основная группа), во II группу (n=21) — с нормально протекавшей беременностью в анамнезе (контрольная группа). Всем женщинам проводилось клиническое обследование, включающее стандартизированный респрос, биохимическое исследование крови (АСТ, АЛТ,

ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза), глюкоза, инсулин с вычислением НОМА-IR, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, эхохолецистография. Для определения функциональной активности желчного пузыря, пациенту давали желчегонный завтрак (ксилит 20 г), с последующими УЗИ и оценкой сократимости желчного пузыря до и после введения ксилита. После использования стандартного холекинетического завтрака контрольные УЗИ проводились через каждые 15 минут трижды (до 45 мин), подсчитывалось уменьшение объема желчного пузыря по сравнению с исходными данными, и проводился расчет скорости опорожнения желчного пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинические признаки гастроэнтерологических заболеваний достоверно чаще встречались в группе с ПНБ: у большинства пациенток выявляли обложенность языка (92,45% и 47,62% соответственно), болезненность при пальпации в эпигастральной (79,24% и 33,33% соответственно) и пилоро-дуоденальной областях (77,35% и 33,33% соответственно), в правом подреберье (84,90% и 42,86% соответственно) и гипогастрии (81,13% и 47,62% соответственно) и гепатомегалию по Курлову (15,09% и 9,52% соответственно). Во II группе достоверно реже пальпация живота оказалась болезненной. Эти данные сопоставимы с жалобами, которые предъявляли обследованные женщины.

Результаты клинического анализа крови выявили гипохромную микроцитарную анемию у трех женщин с ПНБ. Клинические анализы мочи у всех обследованных были в пределах

нормы. Только у двух женщин с ПНБ в анализах кала выявлялись цисты лямблий (3,77% и 0%; $p > 0,05$). Кроме того, у женщин с ПНБ на фоне превалирования гастроэнтерологических жалоб, копрологически чаще выявлялись признаки нарушения пищеварения: синдром дефицита желчи (49,05% и 14,28%, $p < 0,05$), панкреатический копрологический синдром (7,55% и 0%, $p < 0,05$).

Показатели общего белка, протеинограммы и уровень общего билирубина в обследованных группах не имели существенных различий. В то же время показатели углеводного обмена имели существенные особенности в группе с ПНБ: достоверно выше был уровень глюкозы натощак, ($5,61 \pm 0,45$ vs $4,65 \pm 0,41$; $p < 0,05$); инсулина ($20,65 \pm 5,69$ vs $11,19 \pm 2,31$; $p < 0,05$) и НОМА — IR индекс ($5,14 \pm 4,36$ vs $2,31 \pm 0,20$; $p < 0,05$). Имелись также различия в показателях холестерина обмена; у женщин с ПНБ преобладали атерогенные фракции липопротеидов, выше был индекс атерогенности ($3,74 \pm 1,8$ vs $1,92 \pm 0,71$; $p < 0,05$).

Уровень печеночных ферментов, свидетельствующих о наличии синдрома цитолиза и синдрома холестаза, также был выше у женщин с ПНБ, что согласуется с высокой частотой выявления клинических признаков поражения печени в нашем исследовании: уровень АЛТ составил $0,61 \pm 0,02$ vs $0,29 \pm 0,02$, АСТ — $0,79 \pm 0,05$ vs $0,44 \pm 0,05$, ГГТП — $18,29 \pm 0,41$ vs $12,61 \pm 1,23$, ЩФ — $362,25 \pm 56,42$ vs $163,52 \pm 48,33$ ($p < 0,05$). Хотя ни у одной пациентки при обследовании не выявлена гиперферментемия, средний уровень амилазы в сыворотке крови у женщин с ПНБ был выше, чем в группе сравнения ($83,85 \pm 9,15$ vs $52,26 \pm 6,22$; $p < 0,05$).

По данным УЗИ, в основной группе у 15,09% женщин выявлено изменение размеров печени, у 13,2% — структуры печени по типу стеатоза, у 54,72% — изменения формы желчного пузыря, у 13,2% — увеличение

размеров желчного пузыря, у 22,64% — утолщение его стенок, у 30,19% — осадок в желчном пузыре, что достоверно выше, чем в контрольной группе. Частота выявления камней в желчном пузыре была одинакова в обеих группах ($p > 0,05$). Холецистэктомия по поводу ЖКБ была произведена только у двух женщин с ПНБ, но достоверных различий с группой сравнения не получено. Суммарно же (сладж в желчном пузыре, конкременты и удаленный желчный пузырь) ЖКБ выявлялась у пациенток с ПНБ чаще, чем в группе сравнения (41,51% и 14,27%, $p < 0,05$).

У женщин с ПНБ отмечалось значительное нарушение всех показателей, в том числе снижение степени максимального сокращения желчного пузыря, % ($33,08 \pm 0,52$ vs $48,38 \pm 0,12$; $p < 0,05$), увеличение времени максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря, мин ($86,24 \pm 0,56$ vs $42,41 \pm 0,22$; $p < 0,05$), соответственно снижение скорости желчевыделения %/мин ($0,43 \pm 0,05$ vs $0,81 \pm 0,03$; $p < 0,05$). Данные результаты свидетельствуют о преобладании в основной группе гипомоторной дисфункции желчного пузыря.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты, полученные в ходе лабораторно-инструментального обследования, показали, что в группе пациенток с ПНБ преобладают изменения печеночных проб, липидного и углеводного обменов, гепатомегалия с признаками стеатоза печени, изменения состояния и содержимого желчного пузыря с нарушением его функции. Вышеуказанные данные подтверждают мнение о влиянии патологии гепатобилиарной системы на развитие ПНБ, как изолированно, так и в рамках метаболического синдрома.