

ЗБІРНИК  
наукових праць

*Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України*

Київ  
“Інтермед”  
2010

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Павловська О. М., Павловська К. М.

м. Одеса

Хронічні захворювання жовчовивідної системи займають одне з провідних місць в структурі гастроентерологічної патології у вагітних жінок [1, 2]. При цьому ведучим патогенетичним чинником їх загострень визнано не запальний процес, а гіпомоторні дискінетичні порушення внаслідок гестаційної гіперпрогестеронемії із уповільненням спорожнювання жовчного міхура та розвитком функціонального холестазу [3, 4].

За даними клініко-експериментальних досліджень при біліарній дисфункції ініціюється ціла низка патологічних різновекторних метаболічних ефектів, які відіграють важливу роль у формуванні й прогресуванні ранніх та пізніх гестозів, невиношуваних вагітності, плацентарної дисфункції, ЗВУР, аномалій пологової діяльності, гіпокоагуляційних кровотеч, гнійно-септичних ускладнень тощо [5, 6].

Отже своєчасна корекція порушень при захворюваннях жовчовивідної системи стає важливою передумовою успішного перебігу вагітності та післяпологового періоду.

**Мета дослідження.** Визначити ефективність комплексного медикаментозного лікування загострень хронічного некалькульозного холециститу у вагітних жінок.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 25 вагітних в віці 28–40 років із загостренням хронічного некалькульозного холециститу при терміні гестації 26–35 тижнів.

Діагноз загострення хронічного некалькульозного холециститу встановлювали на підставі клінічних ознак захворювання (тупі, нічні болі та важкість в правому підребер'ї з іррадіацією у праву лопатку, праве плече, ключицю; диспепсичні явища – зниження апетиту, печія, гіркота, нудота, блювання, метеоризм; симптоми вегетативного кризу – пітливість, кардіалгія, серцебиття, головний біль, парестезії); об'єктивних даних – наявність зони шкірної гіперестезії Захар'їна-Геда в правому підребер'ї, позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, Мерфі, Георгіївського-Мюсси) та результатів УЗД (потовщення та ущільнення стінок жовчного міхура, деформація його контурів, неомогенний пластівчастий вміст, наявність сонографічного симптому Мерфі (больова чутливість при натисканні датчиком на ділянку проєкції жовчного міхура), наявність затінок від стінок жовчного міхура та паравезикального ехонегативного ободка набряку).

Пацієнтку розділили на 2 підгрупи:

I підгрупа – 13 вагітних, яким проводилась медикаментозна терапія, згідно до наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 (М-холінолітики (платифілін), міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин), прокінетики (метоклопрамід), холекінетики (магнію сульфат, рослинна олія – соняшникова, оливкова, обліпихова), антибіотики (амоксиклав у середньо терапевтичних дозах)) на протязі 10–14 днів.

II підгрупа – 12 вагітних, які отримували те саме лікування, але замість рекомендованих у наказі холекінетиків (магнію сульфат, рослинна олія – соняшникова, оливкова, обліпихова) призначали перорально урсолізін ввечері по 10 мг/кг на протязі 4 тижнів.

Патогенетичним обґрунтуванням призначення урсолізіну (виробник Magis Farmaceutici S.p.A, Італія, субстанція фірми Erregierre S.p.A, Італія), основною діючою речовиною якого є урсодезоксихолева кислота (УДХК), став доведений з позицій доказової медицини його антихолестатичний ефект.

Холекінетичний механізм УДХК обумовлений підвищенням концентрації іонів гідрокарбоната в жовчі з поступовим й рівномірним посиленням її пасажу, стимуляцією екзоцитозу жовчних кислот гепатоцитами та конкурентним пригніченням їх всмоктування в здухвинній кишці, що загалом сприяє активації біліарної ентеропечінкової циркуляції та виведенню токсичних жовчних кислот через кишечник [5, 6]. За даними клініко-експериментальних досліджень найбільш ефективним є вечірній прийом препарату враховуючи нічний фізіологічний пік концентрації холестерину в жовчі [6].

Урсолізін можна призначати у II–III триместрах вагітності.

Також в період загострення захворювання усім пацієнткам був призначений нестрогий ліжковий режим, 5–6 разове харчування малими порціями, питний режим не менш 2 літрів рідини за добу (компоти з сухофруктів (курага, інжир, чорнослив), відвар шипшини та кукурудзяних рильців, знежирений кефір, йогурт)). В раціон також включали продукти харчування, що посилювали пасаж жовчі – відварені нежирні сорти м'яса (молода яловичина, кролятина, курятина) та риби, бульйони, супи, нежирний творог, білковий омлет, а також фрукти й овочі, що містять грубу клітковину (морква, гарбуз, кабачки, кольорова капуста, яблука, листя салату), темний хліб, висівки, мюсли, гречана каша. Виключали з раціону свинину, гусятину, качатину, ячний жовток, жирні молочні продукти, газовані напої, прянощі, соління, маринади, копчення, смажені страви.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

При аналізі скарг пацієнток I підгрупи виявлено, що у 7 (53,8%) вагітних через 3–4 дні після розпочатої комплексної медикаментозної терапії на тлі поступового зниження больових відчуттів в правому підребер'ї спостерігалось посилення нудоти, відрижки повітрям, абдомінального дискомфорту з проносними епізодами, що супроводжувались болями у нижніх відділах живота та підвищенням тонуусом матки. Зазначені диспепсичні прояви були розцінені як ознаки панкреатичної

дисфункції, в зв'язку з чим вагітним додатково призначили ферментні препарати (фестал, панзіноорм та інш.) та підвищили дози спазмолітиків.

На нашу думку, застосування рослинної олії у вагітних із загостренням хронічного некалькульозного холециститу у якості холекінетика, незважаючи на патогенетичну виправданість, є недоцільним, в зв'язку з високою ймовірністю різкої активації спорожнювальної функції жовчного міхура зі спастичною гіперперистальтикою кишечника та підвищенням тону матки, що є неприємним фактором. Крім того, застосування олії посилює функціональну панкреатопатію, що неодмінно розвивається при хронічних захворюваннях жовчовивідної системи й супроводжується диспепсичними проявами внаслідок зниження активності основних панкреатичних ферментів (амілази, ліпази, трипсина) в дуоденальному вмісті.

Пацієнтки II підгрупи, що отримували урсолізину в складі комплексної медикаментозної терапії відчували досить швидко полегшення загального стану. Переважна більшість вагітних вказувала на значне зниження болювого синдрому та абдомінального дискомфорту через 2-3 доби після розпочатого лікування, підвищення апетиту, добру переносимість їжі, припинення диспепсичних проявів. Застосування урсолізу на протязі 2 тижнів у якості монотерапії після основного курсу лікування не викликало побічних ефектів та сприяло закріпленню лікувального ефекту.

#### Висновки.

1. Основним напрямком в лікуванні загострень хронічного некалькульозного холециститу у вагітних жінок є усунення функціонального холестазу, що досягається, зокрема, призначенням такого холеретика, як рослинна олія, однак, враховуючи високу ймовірність виникнення супутніх небажаних клінічних ефектів, її застосування є недоцільним.

2. Застосування урсолізу, у разі загострення хронічного некалькульозного холециститу в II-III триместрах вагітності, обумовлює фізіологічне посилення спорожнювальної функції жовчного міхура, поліпшення реологічних властивостей жовчі, отже у складі комплексної терапії сприяє швидкій інволютивній динаміці клінічних проявів захворювання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія. Книга 1. Акушерство: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 305–332.
2. *Шехтман М. М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., «Триада», 1999. – С. 226–373.
3. *Дуда И. В., Дуда В. И.* Клиническое акушерство. – Мн.: Выш. шк., – 1997. – С. 262–284.

5. *Makino I., Tanaka H.* От холеретического препарата до иммуномодулятора: исторический обзор применения урсодезоксихолевой кислоты //Здоров'я України. – 2009. – № 5 (210). – С. 50–51.

6. *Щербинина М. Б., Фатеева Т. В.* «Урсолізину» в арсенале украинских врачей» //Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 4 (42). – С. 52–56.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК

*Парацук Ю. С., Сафонова І. М., Сафонов Р. А.,  
Каліновська О. І., Чернявська А. М.*

м. Харків

Останніми роками захворюваність жінок репродуктивного віку, та, відповідно, кількість ускладнень вагітності та пологів не мають тенденції до зниження [2, 9, 11]. Серед екстрагенітальної патології однією з найбільш поширених є запальні процеси нирок, які надають несприятливого впливу на перебіг вагітності та пологів у жінок, а також на стан внутрішньоутробного плода та новонародженої дитини [1, 3, 6, 10, 12], що негативно змінює показники перинатальної захворюваності та смертності [6, 7, 13, 14].

**Мета дослідження** – комплексний моніторинг стану новонароджених від жінок із запальними захворюваннями нирок (ЗНН) у ранньому неонатальному періоді.

**Матеріали і методи.** Проведено клініко-інструментальне обстеження 161 новонароджених дітей: 121 – від 120 жінок з ЗНН (I, основна група) та 40 – від 40 жінок з неускладненим перебігом вагітності та пологів (II, контрольна група). 2 жінки I групи мали двоплідну вагітність. Серед жінок I групи під час вагітності найбільш часто діагностувались хронічний пієлонефрит та гострий гестацийний пієлонефрит (69,1% та 30,9% відповідно), у 3 (2,5%) жінок мали місце явища хронічного гломерулонефриту.

Комплексне клініко-інструментальне обстеження новонароджених включало вивчення їх стану безпосередньо після народження та протягом перших днів життя. Проводилась оцінка загального стану новонароджених за традиційною 10-бальною шкалою Апгар на 1 та 5 хвилини життя. На 2 та 4 добу життя оцінювався неврологічний статус новонароджених: загальна збудженість або пригніченість, м'язовий тонус, виразність рефлексів, наявність очних симптомів, тремтіння, судомовної готовності або судом. Для додаткової об'єктивізації діагностики перинатальних гіпоксемічних станів у новонароджених на 1-у добу життя визначали рівень сатурації кисню (SpO<sub>2</sub>) спектрофотометричним методом з застосуванням пульсоксиметричної технології