

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

© 2014 Ю.А.Сыродеева

Военно-медицинская служба ФСБ по Самарской области

Статья поступила в редакцию 03.04.2014

В основе дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей лежат нарушения их двигательной активности, обусловленные различными расстройствами нейрогуморальной регуляции. Именно двигательные нарушения и определяют клинические проявления хронического холецистита у беременных, а не воспаление.

Ключевые слова: психофизиологические и нейрогуморальные расстройства, ультразвуковая диагностика желчевыводящих путей осложненных беременностью, как метод.

Многолетний опыт наблюдения за беременными показал, что приблизительно 1/4 женщин, страдающих холециститом, связывают появление или усиление болей в правом подреберье с шевелениями плода и его положением в матке. Иногда женщину беспокоит ощущение жжения кожи в области правого подреберья, под правой лопаткой – это так называемые зоны кожной гиперестезии то есть повышенной чувствительности. При пальпации живота выявляют болезненность в правом подреберье и в эпигастральной области. Жёлчный пузырь удаётся пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако его не всегда возможно пропальпировать при значительном мышечном напряжении. Диагностику также затруднить могут заболевания, развивающиеся на фоне угрозы прерывания беременности.

Лабораторные исследования. Анализ крови (на общий и свободный билирубин, ферменты печени), мочи (общий и на жёлчные пигменты), дуоденальное зондирование (при отсутствии угрозы прерывания беременности) с последующим биохимическим и бактериологическим исследованием жёлчи. В анализе крови у больных с этой патологией нередко отмечают повышенный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. При дуоденальном зондировании у беременных с хроническим холециститом в I триместре гипомоторную дискинезию жёлчного пузыря отмечают у каждой третьей женщины, во II и III триместрах – более чем у половины пациенток.

Инструментальные исследования. Классическая эхографическая картина жёлчного камня представляет собой гиперэхогенную структуру разнообразных форм с дистальной акустической

тенью. Минимальный размер конкрементов в жёлчном пузыре, при котором можно определить дистальную акустическую тень – 3 – 5 мм. При сканировании нередко определяют утолщение стенок жёлчного пузыря (более 2 мм).

Диагностика острого холецистита при беременности достаточно сложна. Это связано как с изменением топографо-анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, так и с несколько отличной реакцией беременных на воспалительный процесс. Появление болей и их усиление обычно связаны с нарушением диеты (употребление жирных и жареных блюд, яиц), физической нагрузкой, стрессом, переохлаждением, сопутствующей инфекцией. При выявлении признаков острого холецистита у беременной или роженицы тактику их ведения всегда необходимо согласовывать с хирургами. Проводят дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. Если в течение 4 дней не наступает улучшения состояния женщины, показано оперативное лечение, независимо от срока беременности. При деструктивных формах показана срочная операция (холецистэктомия).

Медикаментозное лечение. Беременным с хроническим холециститом необходимо соблюдать диету, которая должна способствовать предупреждению застоя жёлчи в жёлчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений. Дробное питание, диета, постоянный приём желчегонных средств, в основном растительного происхождения: отвары лекарственных растений (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа), некоторые лекарственные препараты: холосас (шиповника плодов экстракт), фламин (бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов). Приём лечебных минеральных вод («Ессентуки № 17», «Нафтуси № 1» и др.). Адсорбенты и обволакивающие средства (сималдрант); для нормализации функции кишечника – бифидумбактерин

^o Сыродеева Юлия Александровна, врач ультразвуковой диагностики. E-mail: mrs.pafos@bk.ru

форте (бифидобактерии бифидум), ферменты (панкреатин).

При обострении процесса в I триместре беременности при гиперкинетическом типе дискинезии желчных путей применяют растительные холеретики в виде отваров и желчегонные препараты: аллохол (активированный уголь+жёлчь+крапивы двудомной листья+чеснок), фестал (панкреатин+жёлчи компоненты+гемицеллюлаза), холензим (жёлчь+порошок из рапсеас и слизистой тонкой кишки). При гипокINETической дискинезии назначают холекинетики — растительные масла, сорбит, ксилит, 25% раствор сульфата магния. Для борьбы с застоем жёлчи рекомендуют лечебные дуоденальные зондирования или слепые тюбажи с растительными маслами или карловарской солью.

При выраженном болевом синдроме назначают спазмолитики и болеутоляющие средства (в обычных дозах), для нормализации моторики пузыря (независимо от её характера) — метоклопрамид — по 10 — 20 мг/сут. При присоединении инфекции назначают антибактериальные препараты. При их выборе следует учитывать срок беременности (в I триместре используют антибиотики пенициллинового ряда, а во II и III триместрах — группы цефалоспоринов). Беременность чаще ухудшает течение существовавшего ранее холецистита, обострение заболевания случается в половине случаев, причем в большинстве своем в третьем триместре. Принципы лечения хронического холецистита у беременных те же, что и у небеременных. Диетотерапия без ограничений при соблюдении оптимальных (для каждого срока беременности) соотношения между белками, жирами и углеводами. Ограничения касаются тугоплавких жиров, грубой пищи, исключают пряности, соленья, маринады, жареные блюда, копчености. Пища принимается дробными порциями не менее 5 — 6 раз в день. При сопутствующей гипомоторной дискинезии желчного пузыря в рацион включаются «холецистокинетические», то есть способствующие сокращению желчного пузыря продукты: некрепкие мясные или рыбные бульоны, супы, сливки, сметана, яйца всмятку. Полезно включать продукты богатые липотропными веществами (творог, белковый омлет, треска). Имеет положительное лечебное воздействие в период отсутствия приступов холецистита и отеков питье минеральных вод типа эссенцуки № 4 и № 17, смирновской, славяновской, сульфатного нарзана. Всем без исключения беременным, страдающим хроническим холециститом, рекомендуются желчегонные средства. В первую очередь следует назвать сорбит или ксилит, которые применяют в виде 10 — 15%-ного раствора по 50 — 70 мл за 30 минут до еды 2 — 3 раза в день. Обладая послабляющим действием

они могут оказать пользу беременной и в этом плане. Наиболее целесообразен прием препаратов растительного происхождения в виде отваров, приготовленных самостоятельно. Самый простой способ — заварить как чай из расчета 1 столовая ложка растительного сырья (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа, плоды шиповника, корень барбариса, отдельно или в смеси).

Беременность после удаления желчного пузыря. Беременность после холецистэктомии. Известно, что у 80 — 93 % небеременных холецистэктомия не вызывает заметных нарушений в организме. Этому способствуют нейрогормональные и анатомо-топографические пертурбации, происходящие в организме женщины в связи с беременностью. Операции на желчном пузыре становятся наиболее частым, после аппендэктомии, вмешательством на органах брюшной полости. Приблизительно у 80 — 90% больных холецистэктомия не вызывает заметных нарушений в организме. У части пациентов после оперативного лечения по поводу желчнокаменной болезни развивается так называемый постхолецистэктомический синдром. Поэтому всем беременным, перенесшим в прошлом операцию холецистэктомии, необходимо находиться под наблюдением у терапевта женской консультации и проводить профилактические мероприятия на предупреждение возможных осложнений.

Камни в желчном пузыре при беременности. Шансы будущей мамочки занять отклонения в работе желчного пузыря увеличиваются, если и до беременности у нее наблюдались какие-то проблемы в этой области. Застой желчи возникает из-за дискинезии, которая является нарушением оттока желчи из желчного пузыря. Прогестерон — основной виновник дискинезии, поскольку он расслабляюще действует на все гладкомышечные органы тела. Под воздействием этого гормона желчный пузырь не опорожняется полностью и возникает застой желчи. Болезненные ощущения при дискинезии ощущаются с правой стороны в подреберье. Иррадиирующее действие боли также распространяется на правую лопатку, плечо и ключицу. При хроническом холецистите может также возникать тошнота и рвота, отрыжка, изжога, ощущение горечи во рту. При лабораторных исследованиях обнаруживают следующие изменения: 1) повышение уровня билирубина в сыворотке крови (как прямого, так и непрямого); 2) повышение активности аминотрансфераз; 3) появление билирубина в моче (билирубинурия). Для ультразвуковой картины острого холецистита характерным является сочетание трех основных признаков: 1) увеличение размеров желчного пузыря; 2) утолщение стенки желчного пузыря; 3) положительный ультразвуковой симптом типа Мерфи. Камни в желчном пузыре появляются именно во

время беременности. Виновником является прогестерон, который провоцирует застой желчи. Застоявшаяся желчь же обычно приводит к возникновению камней. Шевеление малютки в утробе может спровоцировать колику. Врач, к которому Вы придете на осмотр, попросит Вас пересмотреть свой характер питания (например, исключить чрезмерно жирную пищу), а также назначит желчегонные препараты легкого действия.

Хронический холецистит обостряется во время беременности у 30 – 35 % женщин, причем в большинстве случаев в III триместре. В клинической картине заболевания преобладает болевой синдром (в 88 % случаев). Беременные жалуются на тупые, распирающие, ноющие или острые (в зависимости от вида дисфункции желчного пузыря) боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, правое плечо, ключицу. Кроме того, периодически беспокоят чувство тяжести в правом подреберье, ощущение горечи во рту, отрыжки горьким, тошнота, рвота, изжога, вздутие живота, неустойчивый стул. Характерно появление или усиление болей после погрешностей в диете; 25 % женщин во второй половине беременности связывают боли с шевелениями плода, его положением в матке (вторая позиция).

При выраженном болевом синдроме показаны спазмолитические и болеутоляющие препараты: но-шпа, папаверина гидрохлорид, баралгин – в обычных терапевтических дозах. При наличии у беременной во время обострения хронического холецистита гипотонической дисфункции желчного пузыря спазмолитики противопоказаны. В этом случае рекомендуются холекинетики: растительное масло (подсолнечное, оливковое) по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой, ксилит или сорбит по 15 – 20 г на 1/2 стакана теплой воды 2 – 3 раза в день, 25% раствор магния сульфата по 1 столовой ложке 2 – 3 раза в день перед едой. Кроме того, может быть рекомендован прием метоклопрамида (церукал) по 10–20 мг в сутки, нормализующего моторику пузыря у беременных. У беременных целесообразнее применение препаратов растительного происхождения: цветков бессмертника песчаного, кукурузных рылец, листьев мяты перечной, семян укропа, плодов шиповника, корня барбариса, обладающих смешанным (холеретическим и холецистикоинетическим) действием, отдельно или в смеси в соотношении 1 : 1. Отвар готовят из расчета 1 столовая ложка измельченного сырья на 1 стакан кипятка, назначают по 1/3 стакана в теплом виде за 30 мин до еды 3–4 раза в день. Особенно во второй половине беременности очень удобно применять фламин (экстракт бессмертника) по 1 – 2 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 3 – 4 нед. При назначении отвара смеси желчегонных трав отмечается также хороший мочегонный

эффект, что позволяет у некоторых беременных с отеками отказаться от применения гипотиозида.

Холекинетики (сорбит и ксилит) применяют в виде 10 – 15% раствора по 50 – 70 мл за 30–40 мин до еды 2 – 3 раза в день. Они обладают не только желчегонным, но и послабляющим действием, могут использоваться у беременных в качестве слабительного. В I триместре беременности у части больных наблюдается гиперкинетический тип дисфункции желчного пузыря. Им показаны желчегонные препараты из группы холеретиков – средств, стимулирующих желчеобразовательную функцию печени. К ним относятся аллохол, фестал, холензим (назначаются по 1 – 2 таблетки 3 раза в день после еды). Могут применяться отвары желчегонных трав, а также корни и листья одуванчика, плоды тмина, цветки и трава тысячелистника, корень цикория. Большое значение в период ремиссии хронического холецистита имеет применение лечебных минеральных вод. При сочетании хронического холецистита с гипотонической дисфункцией желчного пузыря наиболее показаны «Ессентуки № 17», «Арзни», «Березовская», «Баталинская», «Боржоми», «Нафтуса № 1» (г. Трускавец). Эти воды назначаются комнатной температуры, не более 500 мл в сутки. При сочетании хронического холецистита с гипертонической дисфункцией желчного пузыря рекомендуются «Смирновская», «Славяновская», «Сульфатный нарзан № 7» (г. Кисловодск), «Ессентуки № 4» и «Ессентуки № 20». Температура воды 40–45 °С, принимается по 100–200 мл в теплом виде 3 раза в день за 1–1,5 ч до еды в течение 10–20 дней. Во второй половине беременности, особенно в III триместре, лечение минеральными водами не рекомендуется.

Хронический холецистит не является противопоказанием для беременности. Роды проводят через естественные родовые пути. Во время беременности также возможно развитие острого холецистита (катарального, флегмонозного, гангренозного), который является вторым по распространенности (после острого аппендицита) хирургическим заболеванием у беременных. В таких случаях беременная должна быть госпитализирована в хирургический стационар, где будет решен вопрос об оперативном лечении, которое допустимо во время беременности с ее сохранением.

Острый холецистит сочетается с обструкцией пузырного протока камнями у 90 % беременных. Беременность не влияет на клиническую картину острого холецистита.

Особую проблему беременных представляет желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в желчных протоках и/или в желчном пузыре. Данное заболевание диагностируется у 10 % населения, причем у женщин в 2 – 7 раз чаще,

чем у мужчин. Пик желчекамнеобразования у женщин совпадает с репродуктивным периодом, и физиологическая беременность служит пусковым механизмом патологических процессов в желчевыводящей системе, что дало повод причислить заболевания желчного пузыря ко «вторым женским заболеваниям после гинекологических». Это объясняется тем, что изменения гормонального фона во время беременности инициируют разные адаптационные механизмы, в том числе «переключают» энергетический обмен с углеводного на липидный. Для диагностики ЖКБ во время беременности наибольшее значение имеет ультразвуковое исследование, позволяющее быстро и точно поставить диагноз. ЖКБ не является противопоказанием для сохранения беременности, и соответственно, она может быть пролонгирована.

Острый холецистит – это неспецифическое воспаление желчного пузыря, которое в 85 – 95% развивается на фоне желчнокаменной болезни. Среди неакушерских показаний к хирургическому вмешательству во время беременности острый холецистит стоит на втором месте (после острого аппендицита). Холецистэктомия требуется примерно одной беременной из тысячи. Заболевание

чаще всего развивается на фоне желчнокаменной болезни вследствие закупорки пузырного протока камнями. В последние годы для лечения желчнокаменной болезни применяются препараты, способствующие растворению камней (хено- и урсодезоксихолевая кислоты), однако беременным категорически запрещено проводить такой вид терапии (доказано отрицательное влияние этих препаратов на формирование плода).

Заключение. Заболевания желчевыводительной системы занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения. Они встречаются у лиц любого возраста, но особенно часто у молодых людей, а у женщин – в 4 – 7 раз чаще, чем у мужчин. Таким образом, эхография оказывает значительную помощь в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний желчного пузыря. Применение эхографии позволяет в кратчайшие сроки поставить правильный диагноз, определить последующую лечебную тактику, начать своевременное консервативное или хирургическое лечение. Беременным также проводят УЗИ, а затем врач выписывает будущей роженице рецепт и дает рекомендации относительно лечения.

THE STATE-OF-THE-ART REVIEW AND CLINICAL EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL AND PHYSIOLOGICAL FACTORS OF DIAGNOSTICS OF BILE DISEASE COMPLICATED BY PREGNANCY

© 2014 Ju.A.Syrodeeva^o

Military-medical service of FSB in Samara Region

In the basis of dyskinesia of gall-bladder and bile passages lie infringements of their motion activity, caused by frustration of internal properties of an organism regulation. Such disorders of motion activity cause clinical displays of chronic cholecystitis of pregnant women, instead of inflammation.

Keywords: psychological and physiological and internal properties of an organism frustration, ultrasonic diagnostics of bile passages complicated by pregnancy, as a method.

^o Julia Aleksandrovna Syrodeeva, Doctor of ultrasonic diagnostics. E-mail: mrs.pafos@bk.ru