

УДК 618.3

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ  
У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЭКЛАМПСИЮ****Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Нажметдинова Д.Ф.***Государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина, Бухара,**e-mail: farhod.ahmedov.77@mail.ru*

Проведено клинико-лабораторные исследования у 60 перенесших преэклампсию различной степени тяжести. У женщин, перенесших ПЭ различной степени тяжести, отмечены нарушения функциональной активности печени, которые соответствовали степени тяжести ПЭ. Изменению показателей способствовали раннее начало, длительность течения преэклампсии.

**Ключевые слова:** преэклампсия, печень, цитоллиз, гепатобилиарной системы**HARACTERISTICS OF LIVER FUNCTION IN PARTURIENT UNDERGOING  
PREECLAMPSIA****Tuksanova D.I., Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N., Najmetdinova D.F***State Medical Institute Abu Ali Ibn Sina, Bukhara, e-mail: farhod.ahmedov.77@mail.ru*

A clinical and laboratory studies in 60 preeclampsia undergoing varying degrees of severity. Of these, the main group consisted of 40 women had undergone preeclampsia varying severity. In women who have had varying degrees of severity of PE, noticed violations of the functional activity of the liver, which corresponded to the severity of PE. Change indicators promoted early onset, duration of pre-eclampsia.

**Keywords:** preeclampsia, liver, cytolysis, hepatobiliary

Преэклампсия (ПЭ) – это заболевание всего организма, следовательно, по природе своей он всегда многолик [1, 4, 7, 11]. Преэклампсия часто протекает атипично (стёрто) и осложняется глубокими расстройствами функций наиболее важных органов и систем [2, 5, 6, 9].

Частота преэклампсии составляет по данным разных авторов от 9 по 17% среди всех беременных; в стационарах высокого риска она равна 30% и более [4, 6, 7, 10]. В настоящее время ПЭ в 70% развивается у беременных с экстрагенитальной патологией.

В период беременности наблюдается существенная перестройка функций ряда органов, и в том числе печени [3, 5, 7, 9]. Печень, истощая свои резервные возможности по мере прогрессирования беременности, становится более уязвимой [2, 4, 5, 8]. Следовательно, особое внимание целесообразно надо обращать при развитии ПЭ. Печень как орган с развитой капиллярной системой в той или иной степени всегда оказывается вовлеченной в условия глубокого нарушения микроциркуляции и хронической тканевой гипоксии [5,6,9,11].

Целью настоящего исследования явилось: Изучение функционального состояния печени у женщин перенесших преэклампсию.

**Материалы и методы исследования**

Проведено обследование 60 пациенток в послеродовом периоде. Из них основную группу состави-

ли 40 женщин перенесшие преэклампсию различной степени тяжести. Контрольную группу составили 20 пациенток с физиологическим течением беременности.

В основной группе обследованных выделены 2 подгруппы: 1-ю подгруппу составили 20 пациенток, перенесших ПЭ легкой степени тяжести, 2-ю 20 женщин, перенесших ПЭ тяжелой степени тяжести.

Все обследуемые женщины были первородящими. Средний возраст пациенток составило 20,3±2,5 лет. В анамнезе вирусные и аутоиммунные заболевания печени были исключены. Исследования проводились на 5-8-е сутки послеродового периода; биохимические, ультразвуковые исследования органов гепатобилиарной системы.

**Результаты исследования  
и их обсуждение**

В исследуемых группах пациенток по возрасту не различались – от 18 до 36 лет. Сравнимые группы составили женщин, аналогичные по возрасту, детородной функции и анамнестическим данным.

При изучении анамнеза отмечено, что 36 пациенты основной группы имели экстрагенитальную патологию. Чаще выявлялись анемия: 80% – во 2-й подгруппе и 65% – в 1-й подгруппе; метаболический синдром: у 40,2% женщин 1-й подгруппы, 2-й подгруппы – 60,3%; дискинезия желчевыводящих путей (в 4,3% случаев во 2-й подгруппе и 2,1% – в 1-й подгруппе).

Анализ течения беременности показал появление клиники ПЭ с 28-30 нед. во 2-й группе, в 1-й подгруппе – с 34 недель и более.

Преэклампсия с наличием триады симптомов (отеки, протеинурия, гипертензия) был отмечен у 38% женщин, в основном при тяжелой степени тяжести заболевания. ПЭ с двумя сочетающимися симптомами - гипертензия и отеки – у 28,3%; гипертензия и протеинурия – 23,3%; отеки и протеинурия – у 10,4%. В послеродовом периоде симптомы преэклампсии сохранялись до 3-4-х сут, в основном, у пациенток 2-й подгруппы. Пациентки жалоб со стороны органов гепатобилиарной системы не предъявляли, и клинических проявлений заболеваний печени не было.

При биохимическом исследовании выявлены синдром печеночного клеточной недостаточности, отражающий изменения основных функциональных проб печени, поглотительно- экскреторной, метаболизирующей и синтетической функций. Гипопротеинемия была, особенно выраженная в I-й и II-й подгруппах ( $56,4 \pm 2,8$  и  $61,3 \pm 4,0$  г/л) по сравнению с контрольной группой ( $p < 0.05$ ); гипоальбуминемия в I-й  $31,9 \pm 4,2$  г/л и во 2-й подгруппе  $31,2 \pm 2,4$  г/л ( $p < 0.05$ ). Полученные результаты маркеров цитолиза составили; аланинаминотрансфераза (АЛТ) в I подгруппе -  $26,4 \pm 14,7$  ЕД/л которые близки к значениям в контрольной группе ( $23,9 \pm 5,4$  ЕД/л), во 2-й подгруппе  $59,1 \pm 16,9$  ЕД/л, ( $p < 0.05$ ).

Таким образом, синдром цитолиза более выражен во II подгруппе, обусловленный нарушением проницаемости мембран гепатоцитов и их органелл, что привело к выделению составных частей клеток в межклеточное пространство и кровь. Отмечено увеличение аминотрансферазной активности, свидетельствующей о печеночном генезе гиперферментемии, уровень которых нарастал соответственно тяжести преэклампсии.

Результаты липидного обмена в целом соответствовали изменениям показателей печеночных маркеров. Общий холестерин у пациенток 1-й подгруппы ( $6,16 \pm 1,12$  ммоль/л), значительные нарушения практически у всех пациенток 2-й подгруппы ( $6,25 \pm 0,67$  ммоль/л) по сравнению с контрольной группой ( $5,66 \pm 0,8$  ммоль/л), ( $p < 0.05$ ). Уровень липопротеидов низкой плотности был высок во 2-й подгруппе по сравнению 1-й подгруппы и контрольной группой  $5,09 \pm 3,09$  ммоль/л ( $p < 0.05$ ). Эти изменения происходили на фоне достоверного уменьшения липопротеидов высокой плотности в исследуемых подгруппах ( $p < 0.05$ ).

Концентрация, мочевины во 2-й подгруппе составил,  $6,8 \pm 1,3$  ммоль/л находи-

лась на верхней границе ( $p < 0.05$ ) по сравнению с контрольной группой, то есть дезинтоксикационная функция печени была нарушена.

Таким образом, у женщин, перенесших ПЭ различной степени тяжести, отмечается нарушение функциональной активности печени, проявляющееся цитолизом, печеночно-клеточной недостаточностью, нарушением липидного, белкового метаболизма, степень выраженности, которых соответствует тяжести заболевания. Изменению показателей способствуют раннее начало, длительность течения преэклампсии.

Изменение показателей клинико-лабораторных исследований характеризующих функции органа, дают возможность диагностировать нарушения на ранних стадиях заболевания в послеродовом периоде и способствуют проведению своевременной корригирующей терапии направленной на восстановление функции печени.

#### Список литературы

1. Гребенкин.Б.Е. Новые способ диагностики полиорганной недостаточности при тяжелой преэклампсии / Б.Е. Гребенкин, М.Л. Мельникова, О.Р. Перевышена, Г.К. Садыкова, Л.П. Палакян // Медицинский альманах. № 4-2010. С. 119-12.
2. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000). – М.: Медицина, 2002. – 64 с.
3. Игнатова Т.М. Хронические заболевания печени вирусной и невирусной этиологии у беременных: тактика ведения, лечения. Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы.–2000. № 1 (14).– С. 3-11.
4. Краснополяский В.И. Диагностика и прогнозирование развития тяжелых форм гестоза у беременных / В.И. Краснополяский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Ю.Б. Котов, В.М. Гурьева, М.В. Капустина, С.В. Новикова, Т.В. Реброва // Российский вестник акушера-гинеколога, 1, 2006. – С. 69-72.
5. Михайленко Е.Т., Закревский А.А., Богдашкин Н.Г., Гутман Л.Б. Беременность и роды при хронических заболеваниях гепатобилиарной системы. – Киев: Здоровье, 1990.
6. Савельева Г.М. Проблема гестоза в современном акушерстве / Материалы 36-го ежегодного конгресса международного общества по патофизиологии беременности организации гестоза. – 2004. – С. 194-5.
7. Сидорова И.С. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе / И.С. Сидорова, Н.Б. Зарубенко, О.И. Гурина // Российский вестник акушера-гинеколога, 2010, № 5. Т. 10. – С. 24-26
8. Хазанов А.И. Функциональная диагностика заболеваний печени. – М.: Медицина, 1998. – 304 с.
9. Sibai B., Dekker G., Kupferminc M. Pre-eclampsia // Lancet. 2005; 365: 785- 799.
10. Ahmed A. Preeclampsia: prediction. J.R. Soc. Promot. Health. 2003. -123: 8-9.
11. Arngrimsson R. Analysis of different inheritance patterns in pre-eclampsia/ eclampsia syndrome Text/ R. Arngrimsson, H. Bjornsson, R.T. Geirsson // Hypertension in Pregnancy. 1995. – Vol. 14. – P. 27-38.