

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ВАГІТНИХ

Топольницький В.С.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м. Київ

Висока захворюваність на вірусні гепатити та відсутність тенденції до її зниження, великий відсоток несприятливих наслідків, особливо парентеральних гепатитів В, С, D, G, виникнення вірусних гепатитів під час вагітності являються причиною уваги дослідників до цієї проблеми.

В лікуванні вагітних жінок, захворілих на вірусний гепатит, необхідно враховувати декілька найважливіших факторів:

- строк вагітності на момент інфікування;
- тип вірусу;
- вираженість загальнотоксичного синдрому та ступеню важкості хвороби;
- наявність супутніх захворювань та попередній акушерський анамнез;
- можливість ураження плоду ліками (фетотоксичний, тератогенний ефект).

Крім того, складну систему *мати - плацента - плід* необхідно розглядати не тільки як природний досконалий захисний бар'єр, але й як єдиний біологічний комплекс, який і в період нормального перебігу вагітності характеризується достатньо вираженими зрушеннями (активація продукування стероїдних гормонів, фізіологічний імунодефіцит, зміни гемодинаміки, зменшення дезінтоксикаційної функції печінки та видільної функції нирок) з можливістю їх посилення при захворюванні на вірусний гепатит будь-якої етіології. Внаслідок зміни стану альбумінів під час вагітності погіршується зв'язування лікарських

препаратів білками плазми крові, що призводить до збільшення в ній концентрації ліків та збільшенню загрози токсичної їх дії на плід.

Враховуючи зменшення фізіологічної активності слизової оболонки тонкого кишечника у вагітних та уповільнення всмоктування внутрішньо вживаних ліків, переважним шляхом уведення лікарських препаратів необхідно визнати внутрішньом'язовий.

Відомо, що максимальна чутливість ембріону до ліків спостерігається з 3-го до 8-го тижня життя плоду, 3-й та 4-й тижні небезпечні для ушкодження центральної нервової системи, 4-й - 6-й тижні - для органів кровотворення, зору та серцево-судинної системи. В цілому необхідно відзначити, що використання лікарських засобів в триместрі вагітності можливе тільки в разі крайньої потреби.

В терапії вагітних, хворих на вірусні гепатити, необхідно виходити з принципу призначення розумного мінімуму ліків. Приймаючи до уваги, що у переважній кількості хворих має місце середньоважкий та легкий перебіг хвороби, лікування може бути вичерпано застосуванням базисної терапії, основними компонентами якої являються відповідні режим і дієта, що забезпечують сприятливий фон для здійснення функціональної діяльності печінки. Щадящий режим рекомендують усім хворим. Їм дозволяють піднятися з ліжка поїсти, відвідати ванну, туалет. Після настання сечового кризу (поява забарвлення калу та світлої сечі) режим розширюють до палатного. Проте, приймаючи до уваги гепатомегалію, збільшені розміри матки та

особливості внутрішньопечінкового кровообігу (з усієї крові, яка поступає в печінку, тільки 25 – 30% артеріальна), хворим не бажане довгочасне перебування в сидячому положенні, що може призвести до ще меншого постачання печінки артеріальною кров'ю. В зв'язку з цим palatний режим передбачає переважно напівлежаче перебування вагітних в ліжку та нетривалі прогулянки в межах території профільного відділення. В випадках важких форм гепатиту призначається суворий ліжковий режим, тривалість якого визначається індивідуально перебігом хвороби та строками настання кризу.

Рекомендований режим буде формальним без належного догляду за хворими, важливою складовою якого є контроль за регулярністю випорожнень, особливо якщо врахувати, що у вагітних спостерігається схильність до закрепів. В період розпалу хвороби досягає максимальних значень інтенсивність утворення і накопичення кишечних шлаків, в той же час функціональна спроможність печінки, особливо дезінтоксикаційна, значно знижена. Тому необхідно домагатися щоденного випорожнення кишечника, використовуючи послаблюючий ефект деяких фруктів та ягід (чорносливи, інжир та ін.).

Дієта, яка призначається вагітним, повинна відповідати як вимогам до лікувального харчування при вірусних гепатитах, так і вимогам до раціонального харчування вагітних. В розпал гепатиту при наявності явищ загального токсикозу призначають дієту 5а з забезпеченням калорійності до 2,5 тис.ккал на добу, після покращення самопочуття хворих переходять на дієту 5, збільшуючи калораж до 3 тис.ккал. Дієта повинна бути повноцінною з залученням достатньої кількості білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мікроелементів. Необхідно, проте, враховувати потреби організму вагітної в залежності від періоду вагітності. В фазі органогенезу (1 тримістр) велике значення має забезпечення повноцінними білками, причому до 50% з них повинні бути тваринного походження (в цілому 2,0 – 2,2 г/кг маси тіла на добу). В II і III тримістрах вагітності для забезпечення потреб швидко зростаючого плоду раціон посилюється: білків до 120г, жирів до 80г, вуглеводів до 400-450г на добу; калораж до 3 тис.ккал. Враховуючи схильність до виникнення набряків в другій половині вагітності, в цей час обмежують споживання рідини до 1,5 л та кухонної солі до 8 і навіть 5 г на добу.

Рекомендовані хворим страви повинні бути механічно та хімічно щадящими і вірно кулінарно приготовані (смажені страви вилучаються). М'ясні і

рибні бульйони неприпустимі, необхідно уникати грубої клітковини. Страву подають теплою (холодні страви сприяють дискінезії жовчних шляхів) 4 – 5 разів на добу.

Відомо, що при дотриманні повноцінної дієти №5 дефіцит вітамінів, особливо групи В, не виникає. Проте, взимку та весною виправдано застосування натуральних полівітамінних комплексів.

Етіотропна терапія гострих вірусних гепатитів не розроблена. Протівірусні засоби (ацикловір, відарабін, аденін-арабінозид та ін.) не можуть бути використані у вагітних через їх токсичну дію, крім того, ефективність вказаних препаратів при вірусних гепатитах сумнівна.

Перелік патогенетичних заходів залежить від ступеня важкості хвороби. Як уже зазначалось, при легких гепатитах в більшості випадків достатньо використання базисної терапії. При середньоважких і важких формах хвороби проводять дезінтоксикаційну терапію з одночасною корекцією КЛС та дизелектролітемії. З цією метою використовують внутрішньовенне крапельне уведення розчину глюкози та полііонних кристалоїдних розчинів – "Трисоль", "Ацесоль", "Хлосоль", "Квартасоль", "Лактосоль". Можливо також використання колоїдних розчинів – нативної плазми, альбуміну, реополіглокіну та ін. Проте, необхідно пам'ятати, що оптимальне співвідношення кристалоїдів (в т.ч. глюкози) до колоїдів дорівнює 2,5 – 3 : 1. Добовий об'ємуведеної рідини повинен бути узгоджений з діурезом, загрозою чи наявністю у вагітної набряків. Рекомендують використовувати ентеросорбенти, особливо Ш та ІУ поколінь (полісорб, ентеросгель, аеросил, білосорб та ін.), в дозі 0,15 – 0,2г/кг маси тіла на добу за 1-2 год. до їди на протязі 5 днів. В випадках виражених ацидозу і дизелектролітемії використовують в'в уведення 4% розчину бікарбоната натрію 100-200мл на добу та калій-поліаризуючої суміші (3% розчин КСІ 50мл, 5% розчин глюкози 300мл, інсулін 6-8од.). Для підвищення енергетичних процесів застосовують рибоксин по 0,2г 3 рази на день на протязі 1-2 тижнів.

Як свідчать результати наших досліджень, у частини вагітних за даними імунограми показано використання імуномодуляторів (тімалін, Т-активін, В-активін), або інтерферогенів (діклофенак Na, аміксин).

Використання гепатопротекторів, жовчогінних та ліпотропних засобів повинно бути патогенетично обгрунтованим і індивідуальним. Фізметоди протипоказані. Глюкокортикостероїди можуть бути застосовані тільки при дуже важких формах хвороби з загрозою розвитку печінкової коми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Варламова Т.М. \Гастроинтестинальные гормоны в норме и при беременности\ Тер. архив.-1996.-№2.-С. 72 -75.
2. Возианова Ж.И. \Вирусные гепатиты. II Осложнения, исходы, диагностика и принципы лечения\ Лікування та діагностика.- 1997.- №2.- С.39-44.
3. Клини Г.П. и соавт. \ Фармакотерапия беременных при патологии внутренних органов. Методические рекомендации\ Одесса.- 1993.- 30 с.
4. Соринсон С.Н. \Вирусные гепатиты\ Санкт-Петербург. «Теза».- 1998.- 332 с.
5. Фарбер Н.А. \Вирусные гепатиты у беременных\ М., «Медицина».- 1990.- 208 с.
6. Bonardi R., Cottafavi M. \Virus dell'epatite C \ Minerva med.- 1997. -88,№5. - 187-195.
7. Chevrel B. \ Traitement de l'Hepatitis C par l'interferon \ Med. et chir. Dig.- 1994.-23, №5.- 309-318.
8. Floreani A. et al. Hepatitis C virus end pregnancy \ Brit.J.Obstetrics et Gynaecol.-1996.-103.-325-329.
9. Hirschman S.Z. \Current therapeutic approaches to viral hepatitis \ Clin.Infec.Diseases.-1995.-20,№4.-741-746.
10. Larrey D. et al. \ Traitement de l'hepatite virale C. I. Modalites, resultats et indications actuelles \Concours med.- 1995.-117,№25.-1945-1948.
11. Maillard Ch. / L'interferon a la phase aigue des hepatitis virales C // Concours med.- 1995. – 117, № 23. – 1813-1814

13. Nagayama R. et al./ Effect of interferon on GB virus C and hepatitis C virus in hepatitis patients with the co-interferon // J. Med. Virol. – 1997. – 52, №2. – 156-160.
14. Roquier-Charles D./ L'hepatite virale B // Actual. Pharm. – 1993. - №307. – 38-46
15. Sherlock S. / Antiviral therapy for hepatitis C viral infection. // Hepatology. – 1995:21. – 570-583
16. Zignego A. et al./ Relevance of inapparent coinfection by hepatitis B virus in alpha interferon-treated patients with hepatitis C virus // J. Med. Virol. – 1997. – 51, №4. – 313-318.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Топольницький В.С.

Результаты наших исследований показали, что у части беременных, согласно данным иммунограммы, показано использование иммуномодуляторов или интерферонов. Применение гепатопротекторов, желчегонных и липотропных средств должно быть патогенетически обоснованным и индивидуальным.

SUMMARY

MODERN TACTICS IN TREATMENT OF VIRUS HEPATITIS IN PREGNANT WOMEN

V.S. Topolnitsky

The results of our investigations showed that in a part of pregnant women according to the immunogram data the application of immunomodulators or interferogens is indicated. The use of hepatoprotectors, cholagogue and lipotropic agents must be pathogenetically substantiated and individual.

Лечение абсцедирующих и перитонеальных состояний любой этиологии сегодня продолжает оставаться трудной проблемой для врачей.

Основные задачи, стоящие перед ними включают – проведение противошоковых и дезинтоксикационных мероприятий, прерывание некробиотических процессов, коррекцию основных нарушений гомеостаза, профилактику и лечение полиорганной недостаточности, гнойных осложнений, восстановление двигательной функции желудочно-кишечного тракта, адекватное восполнение энергетических и пластических потребностей организма, устранение тканевой гипоксии.

Лечение больных проводится путем массивного введения лекарственных средств внутривенно в отделениях гнойной хирургии и реанимации. И все же, не смотря на значимость проводимых мероприятий, большой объем вводимых препаратов, летальность среди таких больных, по данным отечественных и зарубежных авторов колеблется от 35 до 50% и не имеет тенденции к снижению.

В 80-х г. предложен метод внутриаортальной длительной инфузии препаратов для лечения перитонитов и гнойных осложнений в печени и поджелудочной железе. При обработке литературных данных нами найдено более 30 источников, указывающих на ее применение. В 1986-1989гг. отмечен повышенный интерес к этой проблеме. Все, без исключения, авторы отмечают несомненный положительный эффект применения этой методики. А в результате, практическое применение ее оказалось чрезвычайно слабым. За период 1989-1996гг. опубликована одна работа (Каримов Ш.И., 1993 г.).

С 1985 г. методика интраортального инфузионного введения лекарственных веществ активно используется в Главном военном клиническом госпитале МО Украины. За период с 1985 по 1997гг. проведено лечение 167 больных с перитонитами различной степени тяжести и фазы течения, распространенности процесса, характеру

экссудата и содержимого брюшной полости и 24 больных с тяжелым септическим состоянием, причиной которого являлись некрозы поджелудочной железы и абсцедирующие состояния печени.

Катетеризация осуществлялась по Сельдингеру. Кончик катетера устанавливали в устье чревного ствола, собственной печеночной артерии или выше на 1-1,5 см XII грудного позвонка. Для инфузии использовали удлиненные капельницы (до 2,5-3 м) или дозаторы лекарственных веществ. Вводились комплексы низкомолекулярных коллоидных и белковых растворов, кровь, ее заменители, спазмолитики, ингибиторы протеаз и антибиотики широкого спектра, растворы физиологии и глюкозы и др. Скорость вводимых растворов 1-3 мл/мин из расчета 50-60 мг/кг веса за 24 часа. Длительность катетеризации от 4 до 10 дней.

Влияние проводимой терапии мы контролировали, изучая показатели крови, ее электролитного и белкового состава, динамику течения эндогенной интоксикации по уровню средних молекул, лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), по уровню распада аминокислот и полионуклеопротеидов. Осуществляли постоянный мониторинг за газовым составом крови, изменениями скорости кровотока.

Из общего количества больных, пролеченных интраортальной методикой в 50% (80 пациентов) регистрировалась 1 стадия разлитого перитонита, 40% (64 пациента) – 2 стадия и 10% (16 человек) – 3 стадия. Умерло 22 пациента, что составило 11,6%, при этом – в группе больных с 1 стадией – нет умерших, во 2 стадии – 12 человек (19%), в 3 стадии – 10 человек (60%).

Оценивая результаты проведенного лечения можно сделать следующие выводы: 1. Интраортальный способ воздействия на регионарный и внутриорганный кровотоки более перспективен и эффективен в сравнении с внутривенным введением препаратов. 2. Достигается доставка лекарственного агента высокой концентрации