

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета
Москальченко С.А.
Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

РЕФЕРАТ

Красноярск, 2022г

«Холестаз беременных»

Содержание

Введение	4
Этиология и патогенез	4
Клиника.....	5
Диагностика.....	5
Дифференциальная диагностика	6
Тактика ведения	7
Лечение	7
Вывод.....	8
Список литературы	9

Введение

Физиологическая беременность сопровождается рядом изменений, в первую очередь, лабораторных показателей, которые необходимо учитывать при развитии патологических состояний печени. Патология печени является одной из наиболее распространенных и прогностически значимых форм гестационной патологии и встречается у 3-5% беременных. Патологические состояния печени у беременных характеризуются многообразием этиологических форм, вариантов течения и прогноза.

Внутрипеченочный холестаз беременных – это обратимое, часто наследственное, холестатическое заболевание печени характерное только для беременности, проявляющееся появлением кожного зуда, повышением уровня общих желчных кислот в крови, манифестирующее в конце второго или в начале третьего триместра беременности и спонтанно прекращающееся через 2-3 недели после родоразрешения. ВХБ относительно редкое (от 1/1000 до 1/10000 родов) состояние, которое, тем не менее, является второй по частоте (после ОВГ) причиной желтухи у беременных, обуславливая до 20-25% случаев ее возникновения.

Этиология и патогенез

В развитии ВХБ имеют значение генетические и гормональные факторы, а также факторы внешней среды. Нередко в анамнезе больных с ВХБ имеются указания на наличие кожного зуда во время беременностей у матери, бабушки, сестер. Кроме того, отмечается семейная предрасположенность к холестатическим заболеваниям печени, холелитиазу. В основе ВХБ лежит генетическая предрасположенность к необычной холестатической реакции на продуцируемые во время беременности эстрогены и прогестерон. Получены доказательства роли полиморфизма ряда генов (АВСВ4, АТР8В1, АВС11 и некоторых других), кодирующих белки-транспортеры компонентов желчи, в том числе желчных кислот (ЖК) через каналикулярную мембрану гепатоцита. Значение гормонального фактора подтверждается значительной частотой ВХБ при многоплодной беременности (до 20%) и при экстракорпоральном оплодотворении (до 3%), а также наблюдения эпизодов кожного зуда при применении гормональных контрацептивов. При ВХБ имеет место не только повышение уровней эстрогенов и прогестерона, но и нарушение их метаболизма. В частности, показан значительно более высокий уровень некоторых метаболитов прогестерона в сыворотке крови и в моче женщин с ВХБ по сравнению с нормой, что обусловлено нарушением транспорта метаболитов прогестерона через канальцевую мембрану гепатоцита либо изменением его синтеза.

Клиника

Основным клиническим проявлением ВХБ является кожный зуд, который появляется, как правило, в III триместре (реже 25% случаев — во II и в 10% случаев — в I триместрах беременности), нарастает к концу беременности и исчезает в первые двое суток после родов. Кожный зуд предшествует появлению неинтенсивной желтухи (до 5-6 кратного повышения уровня билирубина), которая развивается лишь у 10-20% больных и сопровождается потемнением мочи, посветлением кала. Зуд локализуется преимущественно на стопах и ладонях. Затем он приобретает генерализованный характер. По интенсивности он может быть от легкого до мучительного, нестерпимого. Чаще усиливается в ночное время, приводит к бессоннице, повышенной утомляемости, эмоциональным расстройствам. Может наблюдаться также диарея и стеаторея. При этом сохраняется относительно хорошее самочувствие больных.

При объективном осмотре выявляются эксфолиации, желтушность склер и кожного покрова. Энцефалопатия или другие стигмы печеночной недостаточности, как и гепатоспленомегалия, не характерны для ВХБ и требуют дополнительного обследования для исключения других заболеваний печени.

Диагностика

Критерии установления диагноза:

- кожный зуд;
- повышение уровня общих желчных кислот ≥ 10 мкмоль/л;
- спонтанное прекращение заболевания через 2-3 недели после родов.

Повышение уровня общих желчных кислот ≥ 10 мкмоль/л является критерием диагностики ВХБ.

Трансаминазы (АСТ, АЛТ) повышаются в 80%. Сывороточные трансаминазы могут достигать значений более 1000 Ед/л. Повышение уровня билирубина, которое встречается у 10-20% беременных, может указывать на тяжелые

формы заболевания. Уровень ГТП остается в пределах нормы или незначительно повышается.

В целях дифдиагностики рекомендовано УЗИ органов брюшной полости. В спорных случаях диагностический ряд можно дополнить проведением МРТ/КТ органов брюшной полости.

Дополнительно необходимы консультации таких специалистов как терапевт и дерматовенеролог в целях дифдиагностики.

Дифференциальная диагностика

Существует ряд заболеваний, с которыми необходим проводить диф.диагностику: Тяжелая ПЭ/ эклампсия, HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени беременных. Разберем особенности данных состояний перед холестаазом.

Тяжелая ПЭ / эклампсия возникает после 22 недели, имеются характерные симптомы (повышение АД, протеинурия, почечная недостаточность, отек легких, судороги при эклампсии). Лабораторно: в 10% случаев повышение трансаминаз, протеинурия.

HELLP-синдром – осложнение ПЭ / эклампсии, возникающее, как правило в конце III триместра. Помимо характерных для ПЭ симптомов наблюдаются боль в животе, эпигастрии, тошнота, рвота. Лабораторно: тромбоцитопения (менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$), гемолиз, повышение уровня трансаминаз.

ОЖБП встречается в III триместре, послеродовом периоде. Характерные симптомы: боль в животе, тошнота, рвота, желтуха, гипогликемия, печеночная недостаточность. Лабораторно: тромбоцитопения (менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$), повышение уровня трансаминаз (АЛТ/АСТ в пределах 300-1000 Ед/л), высокий билирубин, низкий антитромбин III, высокое ПТВ, низкий фибриноген.

Тактика ведения

Необходимо своевременно госпитализировать беременную в стационар для лечения, выбора срока и метода родоразрешения. Госпитализация должна производиться в стационары 3 уровня при раннем развитии ВХБ (до 34 недель), в более поздние сроки возможна госпитализация в стационары 2 уровня.

В стационаре будет проводиться контроль клинико-лабораторных показателей беременной, медикаментозная терапия, контроль состояния плода (КТГ, доплерометрия кровотоков).

В случае развития холестаза беременной при сроке гестации 24 – 33+6 нед, необходимо провести нейропротекторную терапию и профилактику РДС плода.

В случае тяжелого течения ВХБ с нарастанием интенсивности зуда, желтухи и содержания желчных кислот, при нарушении состояния плода и неэффективности терапии показано досрочное родоразрешение, как правило, путем операции кесарево сечение.

При положительном эффекте от проводимой терапии (уменьшение интенсивности и купирование кожного зуда, снижение или отсутствие прироста уровня желчных кислот) родоразрешение рекомендовано в 37-38 недель беременности. Роды через естественные пути не противопоказаны. Преиндукция и индукция родов проводится по принятым протоколам. В родах показан непрерывный КТГ-мониторинг плода.

Лечение

Немедикаментозное лечение

При холестазах назначают диету с ограничением жареного (стол № 5), желчегонные препараты, в том числе растительного происхождения, средства, содержащие незаменимые жирные кислоты.

Суть стола № 5 заключается в ограничении жиров, нормальном количестве белков и углеводов. Блюда можно варить, запекать, тушить, но не в коем случае жарить.

Медикаментозное лечение

Лечение направлено на купирование симптомов у матери и снижение частоты развития перинатальных осложнений для плода с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты. УДКХ относится к препаратам желчных кислот, назначается в дозе 10–15 мг/кг. Суточную дозу препарата можно принимать два раза в день или однократно на ночь. Терапия обычно

продолжается до родоразрешения или до разрешения холестаза в послеродовом периоде. УДХК приводит к уменьшению кожного зуда и улучшению лабораторных показателей у матери в течение нескольких дней.

В случае неэффективности УДХК, к терапии добавляется Адеметионин в дозе 400-800 мг/сутки.

Длительность терапии определяется индивидуально врачом акушером гинекологом и врачом-гастроэнтерологом (или врачом-терапевтом) под динамическим клинико-лабораторным контролем.

Вывод

Во время беременности наблюдается ряд заболеваний печени. Своевременная диагностика поражений печени и тщательная оценка степени риска для матери и плода в каждом конкретном случае необходимы для выбора правильной тактики лечения, ведения беременности, выборе срока и способа родоразрешения. При ВХБ прогноз для беременных благоприятный.

Список литературы

1. Григоренко Елена Ивановна, Максимова Елена Владимировна, & Кляритская Ирина Львовна (2020). ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ. Крымский терапевтический журнал, (2), 21-31.
2. Пинский Л.Л. (2020). ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ. Актуальная инфектология, 8 (3-4), 20-28.
3. Клинические рекомендации «Внутрипеченочный холестаз при беременности», 2020г
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
 Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатальной акушерства и гинекологии леч. факультета
 (наименование кафедры)

Рецензия _____
 (ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности акушерство и гинекология
Маслаченко Светлана Александровна
 (ФИО ординатора)

Тема реферата качество беременностей

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	-
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/5 (хорошо)

Дата: «10» 02 2022 год

Подпись рецензента

[Подпись]
 (подпись)

[Подпись]
 (ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
 (подпись)

[Подпись]
 (ФИО ординатора)