

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ».**

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему:

«Острая жировая дистрофия печени у беременных»

Выполнила: Дардаева Н.О. ординатор 1 года

Кафедры Акушерство и гинекологии ИПО

Красноярск 2020

Оглавление:

1. Введение	3 стр.
2. Факторы риска	4 стр.
3. Клиника	5 стр.
4. Дифференциальная диагностика.....	6 стр.
5. Диагностика	6 стр.
6. Тактика ведения/лечения	7 стр.
7. Профилактика	8 стр.
8.Список использованной литературы	8 стр.

1. Введение

Острая печеночная недостаточность - редкое, но потенциально смертельное осложнение беременности. Основные причины острой печеночной недостаточности, связанные с беременностью - преэклампсия и HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени (ОЖДП) и холестатический гепатоз беременных - приводят к весьма тяжелым осложнениям беременности и высоким репродуктивным потерям (материнская и перинатальная смертность достигает 20-30%). Медицинская помощь пациенткам с острой печеночной дисфункцией/недостаточностью должна оказываться в многопрофильных лечебных учреждениях высокого уровня и требует мультидисциплинарного подхода.

Острая жировая дистрофия печени - редкое и потенциально смертельное поражение печени во время беременности, этиология и патогенез которого до конца не изучены. Однако, связь ОЖДП с беременностью не вызывает сомнений и единственным фактором, реально влияющим на летальность, является своевременное родоразрешение. Потенциально смертельное поражение печени во время беременности - ОЖДП встречается с частотой 1:7000 - 1:16000 беременностей. Этиология ОЖДП до конца неизвестна, не выяснена и связь с географическими или этническими особенностями. ОЖГБ развивается преимущественно в сроке 32-36 недель. Несмотря на достижения современной медицины, сохраняется высокая летальность при ОЖДП - до 23% [18]. Жир накапливается в печени вследствие избыточного поступления в печень свободных жирных кислот (СЖК), снижения скорости В-окисления СЖК в митохондриях гепатоцитов, избыточного образования и всасывания СЖК в кишечнике, снижения синтеза липопротеинов разной плотности в самой печени и функциональной печеночной недостаточности, обусловленной заболеванием печени. Нормальное содержание жира в печени не превышает 5%, а при ОЖГБ увеличивается до 13-19%.

Макроскопически печень при ОЖДП имеет ярко-желтую окраску, при микроскопическом исследовании гепатоциты выглядят набухшими, с мелкими и крупными каплями жира в цитоплазме и центрально расположенными ядрами. Печеночная архитектоника не нарушена. Морфологической особенностью этой патологии является отсутствие некроза гепатоцитов и воспалительной инфильтрации стромы, что позволяет дифференцировать ОЖДП от других заболеваний печени и прежде всего от острого вирусного гепатита. Чрезвычайно важен междисциплинарный подход к ведению пациенток с ОЖДП. Компетентность в данном вопросе

акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов, врачей отделений гемодиализа и трансфузиологов будет способствовать ранней диагностике, своевременному оказанию неотложной помощи и более благоприятным исходам для матери и плода.

2. Факторы риска

1. Токсические факторы:

- Алкоголь
- Лекарства (кортикостероиды, метотрексат, 5-фторурацил, вальпроевая кислота, амиодарон, нифедипин, тетрациклин, эстрогены, витамин А).
- Токсические вещества (хлорированные углеводороды, фосфор, кокаин, амантин).

2. Пищевые факторы:

- Ожирение.
- Нарушения питания (избыточное питание, дефицит белка, дистрофия на фоне алиментарного дефицита белка, диета с неадекватной пропорцией холина аминокислот и метионина).
- Заболевания поджелудочной железы.
- Полное парентеральное питание (ТРМ).
- Еюно-илеальный анастомоз.

3. Эндокринные факторы и нарушения обмена веществ:

- Сахарный диабет.
- Первичная и вторичная гиперлипидемия.
- Острая жировая дистрофия беременных
- Ранние стадии гемохроматоза и болезни Вильсона-Коновалова (врождённое нарушение метаболизма меди, приводящее к тяжелейшим наследственным болезням центральной нервной системы и внутренних органов).
- Абетапопротеинемия, гликогенозы, галактоземия, генетические дефекты митохондриального окисления жирных кислот.

4. Другие редкие причины:

- Хроническая воспалительная болезнь кишечника.

- Экссудативная энтеропатия.
- Синдром Рея (острая печёночная недостаточность и энцефалопатия - редкое, но очень опасное, часто угрожающее жизни острое состояние, возникающее на фоне лечения лихорадки вирусного происхождения препаратами, содержащими ацетилсалициловую кислоту и характеризующееся быстро прогрессирующей энцефалопатией (отёк головного мозга) и развитием жировой инфильтрации печени).

3.Клиника

Клинические проявления острой жировой дистрофии печени на раннем «дожелтушном» этапе неспецифичны :

1. слабость,
2. астения,
3. кожный зуд,
4. боль в эпигастрии или правом подреберье,
5. периодические тошнота и рвота.

Симптомы преэклампсии (артериальная гипертензия и протеинурия) встречаются в 50% случаев . Все эти особенности значительно затрудняют своевременную диагностику, и пациентки с подобными клиническими проявлениями требуют дополнительного исследования функции печени. При подозрении или диагностике ОЖДП пациентка должна быть эвакуирована в многопрофильный стационар с возможностью экстренной консультации хирурга, инфекциониста и терапевта, либо обеспечена своевременная консультация указанных специалистов.

При наличии полной клинической картины острой печеночной недостаточности, при наборе симптомов более 6 имеется высокая вероятность ОЖДП по критериям «Swansea» можно ожидать при наборе симптомов более 6:

1. Тошнота и рвота.
2. Боль в животе.
3. Полидипсия и полиурия.
4. Энцефалопатия.
5. Увеличение уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ часто в 3-10 раз выше нормы).
6. Увеличение содержания билирубина.

7. Гипогликемия (< 3.40 ммоль/л).
8. Увеличение уровня мочевой кислоты (> 340 ммоль/л).
9. Почечная дисфункция (креатинин > 150 ммоль/л) в 72%, а ОПН требующая проведения почечной заместительной терапии составляет 32%.
10. Увеличение уровня аммиака (> 47 ммоль/л).
11. Лейкоцитоз (умеренный 10×10^9 /л; нередко $20-30 \times 10^9$ /л).
12. Коагулопатия (протромбиновое время более 20% от нормы, АЛТВ более 30% от нормы)
13. Асцит или гиперэхогенная структура печени при УЗИ исследовании.
14. Микровезикулярный стеатоз при биопсии печени и гистологическом исследовании (биопсия печени возможна на ранних стадиях, при развитии тяжелой формы, особенно с коагулопатией, её следует избегать).

Критерии «Swansea» имеют чувствительность 100% и специфичность 57% с положительной или отрицательной прогностической ценностью соответственно 85 и 100%/

4. Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика ОЖДП при наличии болей в животе должна проводиться с острой хирургической патологией органов брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит, перфорация полого органа, кишечная непроходимость). Необходима консультация хирурга и УЗИ органов брюшной полости с возможностью расширения диагностической программы (эндоскопия, КТ, МРТ, лапароскопия).

5. Диагностика

- Клинико-лабораторное обследование у пациенток с подозрением на ОЖДП должно включать:
 - УЗИ печени и желчевыводящих путей
 - МРТ или КТ печени
 - Биопсия печени (при наличии возможности и отсутствии коагулопатии и угрозы кровотечения)
- Дополнительное лабораторное исследование:

- билирубин и его фракции
- параметры системы гемостаза (МНО, АПТВ, фибриноген, тромбоциты, при наличии возможностей - тромбоэластограмма)
- общий белок и его фракции
 - альбумин
- сахар крови
- амилаза
- аммиак в плазме
- электролиты плазмы (калий, натрий, хлор, кальций)
- свободный гемоглобин плазмы и мочи
- АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ
- исследование на носительство вирусов гепатита

6. Тактика ведения/лечения

Интервал от появления первых признаков ОЖДП до родоразрешения не должен превышать одну неделю поэтому ранняя диагностика имеет решающее значение. Лечение беременных и родильниц с ОЖДП должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии многопрофильных стационаров. Если нет условий для быстрого родоразрешения провести кесарево сечение. Единственный эффективный метод лечения ОЖДП - родоразрешение .

Отмечено, что перинатальные результаты лучше при оперативном родоразрешении путем операции кесарева сечения по сравнению с вагинальными родами. Перинатальные исходы зависят также от срока беременности: чем меньше гестационный срок, тем они хуже. Показаниями для родоразрешения являются любые минимальные признаки развития ОЖДБ, поскольку при развернутой картине острой печеночной недостаточности исход может быть неблагоприятным . Структура осложнений определяет крайне сложную задачу формирования программы интенсивной терапии, во многом зависящую от преобладающего синдрома. Пациентки должны находиться в отделении анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара с возможностью проведения комплексной интенсивной терапии и протезирования функции ряда органов (дыхание, почки, печень). Жировая инфильтрация печени полностью регрессирует в течение 5-6 недель после родоразрешения. При подготовке к родоразрешению особое внимание следует обратить на наличие коагулопатии (тромбоцитопения менее $50 \times 10^9/\text{л}$, дефицит факторов свертывания крови (МНО, АПТВ более 1.5 выше нормы, фибриноген менее 1.0 г/л) поскольку именно эти нарушения при инвазивных процедурах (родоразрешение) быстро приводят к массивной кровопотере и развитию геморрагического шока. Необходимо провести оценку степени тяжести ДВС-синдрома , как одного из критериев начала заместительной терапии.

Важно. Лекарственная терапия ОЖДП во время беременности (витамины, кортикостероиды, гепатопротекторы и т.д.) и применение плазмафереза неэффективны. На стадии декомпенсации ОЖДП проявляет себя как гиперострая печеночная недостаточность с быстрым формированием полиорганной недостаточности. К неблагоприятным факторам следует отнести клиническую ситуацию, когда отрицательная динамика симптомов острой печеночной недостаточности нарастает в сроки менее 24 ч. Можно ожидать прогрессирования клиники поражения печени непосредственно после родоразрешения.

7. Профилактика

В настоящее время нет методов эффективной профилактики ОЖДП во время беременности. Необходим лабораторный контроль функции печени в динамике при наличии диспептических симптомов (тошнота, рвота, тяжесть в эпигастральной области, в правом подреберье и др.) или слабости, сонливости во 2 и 3 триместрах беременности. Для профилактики развития ОЖДП во время следующей беременности всем женщинам с ОЖДП и их детям по возможности рекомендуется пройти генетическое тестирование длинноцепочной 3-гидроксиацил-СоА- дегидрогеназы.

8. Список используемой литературы

1. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Т ю т ю н н и к В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей/ Руководство для врачей. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 784 с.
2. Акушерство: национальное руководство /под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1080 с.
3. Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе / Руководство для врачей (второе дополненное издание) под ред. А.П. Милованова, И.О. Буштыревой. - М.: МДВ, 2014. - 336 с., илл.
4. Национальные клинические рекомендации: Трансплантация печени. Профессиональная ассоциация: Общероссийская общественная организация трансплантологов «Российское трансплантологическое общество», 2016. - 64 с.

