

Заболевания печени во время беременности

**Акмырзаев Еркебулан
7 курс**

Изменения биохимических показателей функции печени во время беременности

Показатель	Содержание в сыворотке
Альбумин	Снижается примерно на 20%
Щелочная фосфатаза	Повышается в 2 раза
Билирубин	Не изменяется
Церулоплазмин	Повышается
Холестерин	Повышается в 2 раза
Гамма-глобулины	Слегка снижается
Гамма-глутамилтранспептидаза	Иногда слегка повышается
Аминотрансферазы сыворотки	Не изменяется
Общий белок	Иногда слегка снижается (за счет гемодилюции)
Трансферрин	Повышается
Триглицериды	Постепенно повышается в течение беременности

Классификация заболеваний печени при беременности

Обусловленные беременностью

- Внутрпечёночный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз беременных
- HELLP – синдром
- Преэклампсия
- Чрезмерная рвота беременных

Не связанные с беременностью

- Вирусные гепатиты
- Желчекаменная болезнь
- инфекции- ППП
- ВИЧ
- Герпетическая инфекция

Хронические заболевания печени при беременности

- Диффузные заболевания печени
- Объёмные образования печени

HELLP-СИНДРОМ

- специфические изменения печени, которые развиваются при преэклампсии и характеризуются

- ▣ гемолизом,
- ▣ повышением уровня ферментов печени,
- ▣ тромбоцитопенией.

При тяжёлой преэклампсии и эклампсии этот синдром развивается в 4–12% случаев.

Клиника HELLP- синдрома

- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (86-90%)
- Тошнота или рвота (45-84%)
- Головная боль (50%)
- Чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (86%)
- ДАД выше 110 мм рт ст (67%)
- Массивная протеинурия > 2+ (85-96%)
- Отеки (55-67%)
- Артериальная гипертензия (80%)

Результаты клинико-лабораторного исследования при HELLP-синдроме

- ▣ гемолитическая анемия,
- ▣ выраженная тромбоцитопения,
- ▣ гипербилирубинемия,
- ▣ повышение АЛТ, АСТ,
- ▣ ЩФ и холестерин в пределах нормы,
- ▣ гипопротеинемия и диспротеинемия, гипофибриногенемия,
- ▣ ДВС-синдром.

Врачебная тактика при HELLP-синдроме

- ▣ Немедленная госпитализация
- ▣ Стабилизация состояния женщины, профилактика тромбозов
- ▣ Оценка состояния плода
- ▣ Контроль АД
- ▣ Магнезиальная терапия
- ▣ Планирование родоразрешения

Лечение беременных при HELLP-синдроме

- ▣ интенсивная предоперационная подготовка
- ▣ срочное абдоминальное родоразрешение;
- ▣ заместительная, гепатопротекторная
- ▣ *иммунодепрессантная терапия*
(глюкокортикоиды)
- ▣ профилактика массивной кровопотери путём коррекции гемостаза - переливание свежзамороженной плазмы;
- ▣ антибактериальная терапия.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ

тяжелая печеночно-клеточная
недостаточность, обусловленная
острым ожирением печени,
которая сопровождается

- ▣ геморрагическим синдромом
- ▣ ДВС
- ▣ поражение почек

Клиника острого жирового гепатоза

1. Рвота
2. Боль в животе
3. Полидипсия и полиурия
4. Энцефалопатия
5. Увеличение уровня трансаминаз (часто в 3 - 10 раз выше нормы).
6. Увеличение содержания билирубина .
7. Гипогликемия (<4,0 ммоль/л).
8. Увеличение уровня солей мочевой кислоты (> 340 мкмоль/л).
9. Почечная дисфункция (креатинин > 150 мкмоль/л).
10. Увеличение уровня аммиака (> 47 мкмоль/л).
11. Лейкоцитоз (> 11×10^9 /л; часто $20-30 \times 10^9$ /л).
12. Коагулопатия (Протромбиновое время более 14 с, АПТВ более 34 с).
13. Асцит или гиперэхогенная структура печени при УЗИ исследовании
14. Микровезикулярный стеатоз при биопсии печени и гистологическом исследовании

При количестве более 5 - вероятность ОЖГБ очень велика

Результаты клинико- лабораторного исследования при остром жировом гепатозе

- ▣ гипербилирубинемия за счёт прямой фракции,
- ▣ гипопротейнемия и диспротеинемия, гипофибриногенемия,
- ▣ гипохолестеринемия,
- ▣ не характерна выраженная тромбоцитопения,
- ▣ незначительное повышение активности трансаминаз.

Лечение острого жирового гепатоза

- ▣ интенсивная предоперационная подготовка (инфузионно-трансфузионная, гепатопротекторная и заместительная терапия с коррекцией гемостаза),
- ▣ экстренное родоразрешение

Прогноз – неблагоприятный (антенатальная гибель плода).

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ

▣ транзиторная печеночная дисфункция, возникающая преимущественно в третьем триместре беременности и нарушающая ее течение.

Клиника внутрипеченочного холестаза беременных

- появляется во II- III триместре (с 28 недель), нарастает к родам, исчезает сразу после родов
- кожный зуд, опережающий появление желтухи; желтуха в 10-20% случаев; потемнением мочи, осветление кала; бессонница, утомляемость, эмоциональные расстройства
- не характерны гепатоспленомегалия, интоксикация, диспепсия и болевой синдром, общее состояние не страдает.

Клиника внутрипеченочного холестаза беременных

- появляется во II-III триместре (с 28 недель), нарастает к родам, исчезает сразу после родов
- кожный зуд, опережающий появление желтухи; желтуха в 10-20% случаев; потемнением мочи, осветление кала; бессонница, утомляемость, эмоциональные расстройства
- не характерны гепатоспленомегалия, интоксикация, диспепсия и болевой синдром, общее состояние не страдает.

Результаты клинико-лабораторного исследования при внутрипеченочном холестазае беременных

- ▣ ЩФ – повышена,
- ▣ холестерин – повышен,
- ▣ концентрация сывороточных жёлчных кислот -
повышена (наиболее чувствительный маркёр
холестаза)
- ▣ билирубин – повышается незначительно,
- ▣ АЛТ, АСТ – повышены (незначительно),
- ▣ белок крови – нормальный, диспротеинемии – нет,

Шкала оценки степени тяжести холестатического гепатоза беременных

Критерии диагностики ХГБ	Баллы
Кожный зуд: незначительный локальный (передняя брюшная стенка, предплечья, голени), интенсивный локальный без нарушения сна, генерализованный с нарушением сна, эмоциональными расстройствами	1/2/3
Состояние кожных покровов: норма, единичные эксфолиации, множественные эксфолиации	0/1/2
Желтуха: отсутствует, субиктеричность, выраженная иктеричность	0/1/2
Повышение активности общей ЩФ, ед/л: 400–500; 500–600; >600	1/2/3
Повышение содержания общего билирубина, мкмоль/л: 20–30; 30–40; >40	1/2/3
Повышение активности aminотрансфераз (АЛТ, АСТ), ед/л: 40–60; 60–80; >80	1/2/3
Повышение содержания холестерина, ммоль/л: 6–7; 7–8; >8	1/2/3
Начало заболевания: 30–33 недели; 34–36 недель; >36 недель	3/2/1
Длительность заболевания: 2–3 нед; 3–4 нед; >4 нед	1/2/3
ЗРП: нет; есть	0/1

- <10 баллов — лёгкая степень;
- 10–15 баллов — средняя степень тяжести;
- >15 баллов — тяжёлая степень.

Лечение внутрипеченочного холестаза беременных

- Немедикаментозное лечение: эфферентная терапия (плазмаферез, гемосорбция) с целью элиминация пруритогенов, билирубина.
- Медикаментозное лечение:
 - гепатопротекторы,
 - холеретики (урсодезоксихолевая кислота),
 - антиоксиданты (растительные препараты),
 - витамин К за 3 дня до родов и в ранний послеродовой период,
 - трансфузии СЗП
- Лечение плацентарной недостаточности

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

группа заболеваний, вызванных гепатотропными вирусами с множественными механизмами передачи и проявляющихся преимущественным поражением печени с нарушением её функций, интоксикационным, диспепсическим синдромами и нередко гепатомегалией и желтухой.

Результаты клинико-лабораторного исследования при вирусных гепатитах

- ▣ билирубин – высокий,
- ▣ АЛТ, АСТ – высокие,
- ▣ гипопротеинемия и диспротеинемия,
- ▣ холестерин – повышен,
- ▣ ЩФ – повышена

ГЕПАТИТ А

- ▣ - острая вирусная инфекция с фекально-оральной передачей возбудителя.
- ▣ Осложнения гестации: возможны невынашивание беременности, токсикоз, преэклампсия, несвоевременное излитие околоплодных вод.
- ▣ Лечение проводится в условиях инфекционного стационара: щадящий режим, рациональная диета, при необходимости - дезинтоксикация.
- ▣ Прерывание беременности при гепатитах не показано, поскольку может ухудшить прогноз заболевания.

ГЕПАТИТ Е

- ▣ - острая вирусная кишечная инфекция, отличается особой тяжестью у беременных.
- ▣ Осложнения гестации: невынашивание беременности, кровотечения, ДВС-синдром, печёночная и почечная недостаточность, летальность до 80%, перинатальная смертность и заболеваемость.
- ▣ Лечение в условиях инфекционного стационара (реанимационное отделение): купирование интоксикации, борьба с печёночной и почечной недостаточностью, кровотечением, угрозой прерывания беременности.
- ▣ Прерывание беременности любым способом при гепатите Е категорически противопоказано.

ГЕПАТИТ В

- - вирусная инфекция, с гемоконтактным, нетрансмиссивным механизмом заражения.
- Осложнения гестации: невынашивание беременности, массивные кровотечения, перинатальная смертность, хронический гепатит В у 80% новорождённых.
- Лечение в условиях инфекционного стационара: этиотропные противовирусные химиопрепараты противопоказаны, купирование интоксикации, борьба с геморрагическим и отёчно-асцитическим синдромами.
- Прерывание беременности возможно (по желанию матери) только в период реконвалесценции острого гепатита В.

ГЕПАТИТ С

- ▣ - вирусная антропонозная инфекция с гемоконтактным механизмом заражения, склонная к длительному хроническому малосимптомному течению, с исходом в цирроз печени и первичную гепатоцеллюлярную карциному.
- ▣ Осложнения гестации (редко): прерывание беременности, гипоксия плода, признаки холестаза.
- ▣ Лечение: этиотропная противовирусная терапия противопоказана, при необходимости проводят патогенетическое и симптоматическое лечение больных.

Дифференциальная диагностика

	ХГБ	Острый жировой гепатоз беременных	HELLP-синдром*	Вирусный гепатит
Патогенез	Застой жёлчи	Истощение дезинтоксикационной способности гепатоцитов Иммунодефицит Нарушение липотрофической функции печени	Гемолиз Повышение активности печёночных ферментов Малое количество тромбоцитов	Вирусное поражение ретикулогистиоцитарной системы и паренхимы печени
Клинические проявления	Кожный зуд Экскориации кожных покровов Слабая желтуха	Слабость Тошнота Изжога Рвота Желтуха Боли в животе	Слабость Петехиальная сыпь Желтуха Микроангиопатия	Слабость Тошнота Рвота Желтуха Катаральные явления Артралгии

Лабораторные данные:

Билирубин	Повышается незначительно	Повышается	Повышается	Высокий
АЛТ, АСТ	Повышены	Высокие	Повышаются	Высокие
Белок крови	Нормальный	Низкий	Низкий	Низкий
Диспротеинемия	Нет	Диспротеинемия	Диспротеинемия	Диспротеинемия
Холестерин	Повышен	Понижен	Нормальный	Повышен
ЩФ	Повышена	Повышена	Нормальная	Повышена
ДВС	Нет	ДВС	ДВС	ДВС
Течение беременности и родов	Благоприятное Преждевременные роды ЗРП Хроническая ПН	Неблагоприятное Срочное прерывание беременности Аntenатальная гибель плода	Неблагоприятное Срочное прерывание беременности	Неблагоприятное Аntenатальная гибель плода

Заключение

- 1. Развитие патологических состояний в печени у беременных всегда проходит нестандартно и дифференциальная диагностика происходит в условиях дефицита времени, при этом переводы больной из одного учреждения в другое может только ухудшить ситуацию.**
- 2. Решительных действий и больших усилий требуют именно не инфекционные заболевания у беременных, особенно болезни печени в III-м триместре беременности.**



СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ