

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Абызбаева А. С., Байкосова Г. К., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии, г.Оренбург

Ключевые слова: холестатический гепатоз беременных (ХГБ,) ЖКБ, кесарево сечение, антенатальная гибель плода, послеродовые кровотечения.

Резюме: в данной статье рассмотрены родораспределение беременных с холестатическим гепатозом, их соматический анамнез, а также перинатальные исходы и осложнения родов женщин с с диагнозом ХГБ.

Resume: this article discusses the delivery of pregnant women with cholestatic hepatitis, their somatic history, as well as perinatal outcomes and complications of childbirth of women with a diagnosis of pregnant cholestatic hepatitis.

Актуальность. В последние десятилетия важнейшей проблемой в практике акушеров является предупреждение тяжелых осложнений беременности и родов, мертворождений, перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных. К развитию осложнений во время беременности часто приводят заболевания печени.

Во время беременности печень испытывает большую функциональную нагрузку, так как происходит избыточная продукция половых гормонов, а гепатоциты чувствительны к ним, с одной стороны, и возникает потребность в обезвреживании продуктов жизнедеятельности плода, с другой. Таким образом, появляется благоприятный фон для развития холестатического гепатоза беременных [1].

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) – дистрофическое поражение печени, обусловленное повышенной чувствительностью гепатоцитов к половым гормонам. Их функциональным проявлением являются обменные нарушения холестерина и желчных кислот в гепатоцитах, а вследствие этого нарушение процессов желчеобразования и оттока желчи по внутридольковым желчным протокам, которые могут привести к образованию желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2,5,6].

На сегодняшний день количество беременных с холестазами растет, и в России составляет, по разным источникам, от 10 до 200 случаев на 10 000 человек [2]. В литературных источниках имеются данные, о том, что ХГ имеет благоприятный материнский прогноз. Но нарушение билиарной секреции желчных кислот у беременной женщины может приводить к таким осложнениям гестации, как кровотечение, развитие ДВС-синдрома, преждевременным родам (от 10–20% до 60%), развитию респираторного дистресс-синдрома (РДС) у плода (21–44%), и в тяжелых случаях к повышению риска перинатальных потерь (0,4–1,4%) [3, 4].

Единого взгляда на этиологию и патогенез в настоящее время не существует, тем не менее, предполагают, что развитие ХГБ связано с воздействием антропогенных факторов, гипокинезией желчевыводящих путей, ЖКБ, наличием генетически детерминированной неполноценности ферментных систем и заболеваний печени различного генеза [8]. ХГБ предрасполагает к развитию ЖКБ и часто сочетается с холелитиазом [4,6,7].

Цель: оценить частоту неблагоприятных исходов родов при ХГ у беременных.

Задачи: 1) выявить достоверное увеличение относительного риска антенатальной гибели плода, преждевременных родов и частоты кесарева сечения при беременности, осложненной ХГБ; 2) сравнить частоту встречаемых послеродовых кровотечений.

Материалы и методы. Проведено исследование среди женщин, родоразрешенных в Оренбургском клиническом перинатальном центре с 01.01.2019 по 31.12.2019. Критериями включения в исследование являлись беременные женщины, имевшие патологию печени до беременности и беременные пациентки с холестаическим гепатозом. Изучая записи в историях родов, анализировали демографические данные, соматический анамнез, срок и способ родоразрешения, состояние новорожденного, а также частоту послеродовых кровотечений.

Результаты и их обсуждения. ХГБ был диагностирован в 50 (33,7%) случаях из 148 родов с патологией гепатобилиарной системы в возрасте от 20 до 40 лет.

Соматический анамнез у женщин с ХГБ отягощен в 91,5%. Наиболее часто встречались следующие заболевания: эндокринные патология: гипотиреоз, диффузный зоб и ожирение (30%); болезни мочеполовой системы: кольпит, пиелонефрит, цистит (36,5%); заболевания печени и поджелудочной железы: ЖКБ, ВИЧ, СД, ГСД (25%).

По срокам родоразрешения пациентки исследуемой группы распределились следующим образом. Досрочно в сроке гестации 22 до 37 недель было родоразрешено 12 женщин из 50 (24%), 38 пациенток в сроке гестации 37 недель, 1 беременная - 41 неделя. Самостоятельные роды были проведены 26 (52,3%) женщинам, 1 (2,3%) вакуум экстракция плода, 23 (45,3%) родоразрешены путем операции КС, среди которого 17 случаев по экстренным показаниям.

В 4-х случаях показанием к операции КС явился длительно протекающий гепатоз, резистентный к проводимой терапии. В остальных случаях показаниями явились ВИЧ инфекция и высокая вирусная нагрузка (1), тяжелая преэклампсия (4), тазовое предлежание (3), отсутствие эффекта от подготовки к родам при перенесенной беременности (2), рубец на матке после двух операций КС (1), монохориальная двойня (3), ЭКО пятая попытка (1), преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты (2), дистресс плода (3).

Перинатальные исходы у пациенток с ХГБ были следующими: 1 случай с антенатальной гибелью плода, что составило 1,8% в группе обследованных, 45 (84,9%) новорожденных с оценкой по шкале Апгар 7 – 9 балла, 7 (13,2%) новорожденных с оценкой по шкале Апгара 3 – 6 балла, которые были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Также отмечают 4 случая с послеродовыми кровотечениями у женщин с диагнозом ХГБ, где у 2-х женщин объем кровопотери – 1500 мл, а у 2-х – 700 мл.

Выводы:

1. Холестатический гепатоз беременных встречается в 33% случаев среди пациенток с заболеваниями гепатобилиарной системы. Оперативные вмешательства в родах у беременных с ХГБ применяли в половине случаев, что в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных, причем больше половины из них — по экстренным показаниям, среди которых ведущим являлась гипоксия плода.

2. У беременных с тяжелым течением ХГБ в 13% случаев отмечалось рождение новорожденных в состоянии асфиксии, при этом у 4 из них отмечалась асфиксия легкой степени со средней оценкой 6 баллов, а у 3 – тяжелая асфиксия с оценкой 4 балла по шкале Апгар. Данные свидетельствуют, что признаки хронической внутриутробной гипоксии плода отмечают у каждой 10 беременной с ХГБ.

3. При тяжелом течении ХГБ были случаи антенатальной гибели плода. В то же время при беременности, осложненной ХГБ, сохраняется частота послеродовых кровотечений. Антенатальная гибель плода вследствие холестаза является внезапным акушерским событием, которое нельзя предсказать с помощью традиционных методов обследования и УЗИ.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М., Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян. – М.: ГЕОТАРМедиа, 2015. – С. 238–252.
3. Еремина Е.Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е.Ю. Еремина // Медицинский алфавит. – 2015. – Т. 1, № 7. – С. 36–40.
4. Жесткова Н.В. Холестатический гепатоз беременных: патогенез, клиника, лечение / Н.В. Жесткова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т LIX, № 1. – С. 91–97.
5. Линева О. И., Осадченко Е. Ю., Нестеренко С. А. и др. Патогенетические механизмы развития холестатического гепатоза. Акуш. и гин., 2000; 2: 15-17.
6. Линева О. И., Романова Е. Ю., Желнова Т. Н. Холестатический гепатоз беременных. Самара: ГП «Перспектива», 2002. с. 136.
7. Reyes H., Simon F.R. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: an estrogen-related diseases. Semin. Liver Dis., 1993; 13: 289.
8. Riely C. A. Hepatic diseases in pregnancy. Am.J. Med, 1994; 96:117-185.