

**ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила Канта»  
Министерства образования и науки РФ  
Медицинский институт**

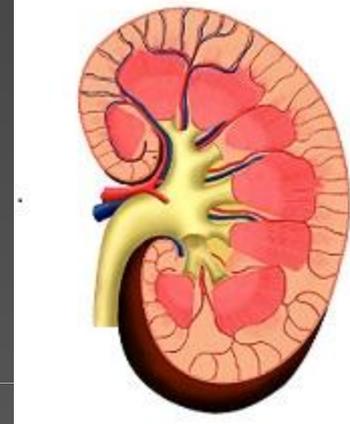
*Заболевания органов  
мочевыводящей системы*

**Зав. кафедрой акушерства и  
гинекологии**

**д.м.н. профессор**

***Пашов Александр Иванович***

# Число заболеваний, осложнивших роды (по данным Росстат, 2013)



## Особенности функционирования мочевыводящих путей во время беременности

- почечный кровоток возрастает на **50-80%**
- скорость клубочковой фильтрации увеличивается на **50%**
- увеличение **РН** мочи
- ослабление связочного аппарата почек
- нарушение уродинамики
- увеличения частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса
- снижение перистальтики мочеточников и тонус мочевого пузыря
- иммуносупрессия

прогестерон

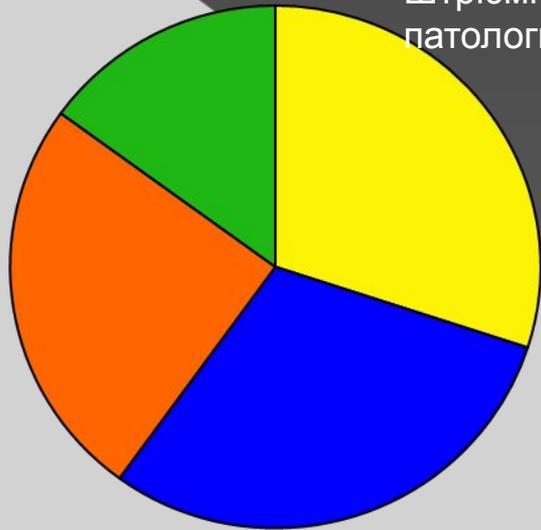


## Клинические проявления у беременных и родильниц

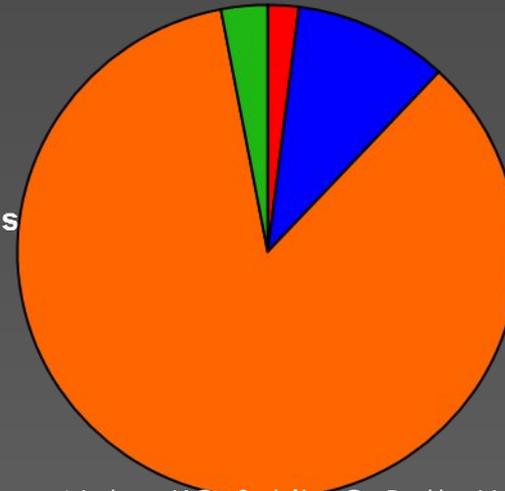
- бессимптомная бактериурия: **6 – 10%**
- острый цистит: **1 – 2%**
- острый пиелонефрит: **1 – 3%**
- обострение хронических заболеваний  
МВП: **50-80%**

# Основные возбудители ИМП

Штрюмпель. Частная патология и терапия, [1907 г.](#)



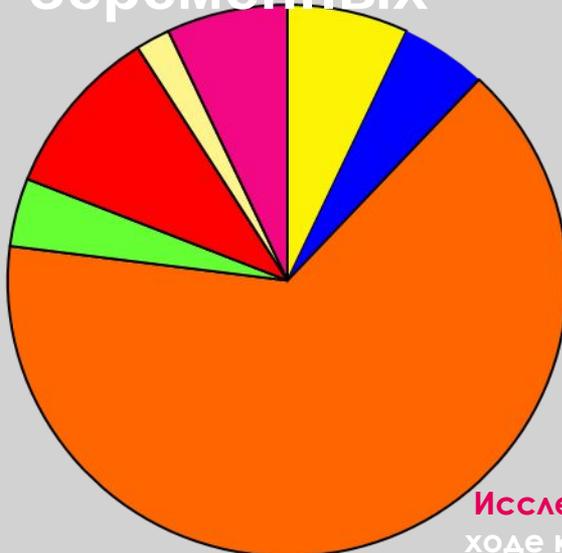
- Streptococcus
- Staphylococcus pyogenes
- E. coli
- Proteus



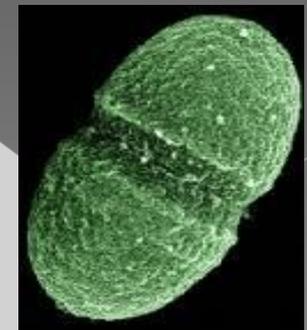
- Klebsiella
- Staphylococcus saprofit
- E. coli
- Proteus

Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. [Eur Urol 2008 Nov; 54\(5\):1164-75.](#)

## Основные возбудители ИМП у беременных



- Enterococcus
- Staphylococcus spp.
- E. coli
- Proteus spp.
- Klebsiella pneumoniae
- Pseudomonas aeruginosa
- Другие



**Исследования ДАРМИС (2011)**, 20 городов России, Беларуси и Казахстана, в ходе которого были изучены 987 штаммов возбудителей ИМП.

# ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Расширение верхних отделов мочевых путей является фактором, способствующим развитию мочевой инфекции и пиелонефрита у беременных.

вследствие изменения анатомо-функционального состояния мочевыводящих путей:

расширение чашечно-лоханочной системы почки за счет гиперпрогестеронемии

недостаточность сфинктерного механизма мочевого пузыря (пузырно-мочеточниковый рефлюкс)

**Всем беременным женщинам  
однократно во время  
беременности  
(после 14 недель)**

**Приказ  
№572 н**

**Для исключения бессимптомной  
бактериурии  
посев средней порции мочи**



# БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Бактериурия, количественно соответствующая истинной (**более 100 000 бактерий в 1 мл мочи**) минимум в двух пробах при отсутствии клинической картины инфекции

**Отдельного кода МКБ-10 нет**

## ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Общий/развернутый анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Посев средней порции мочи



# Лечение беременных с бактериурией

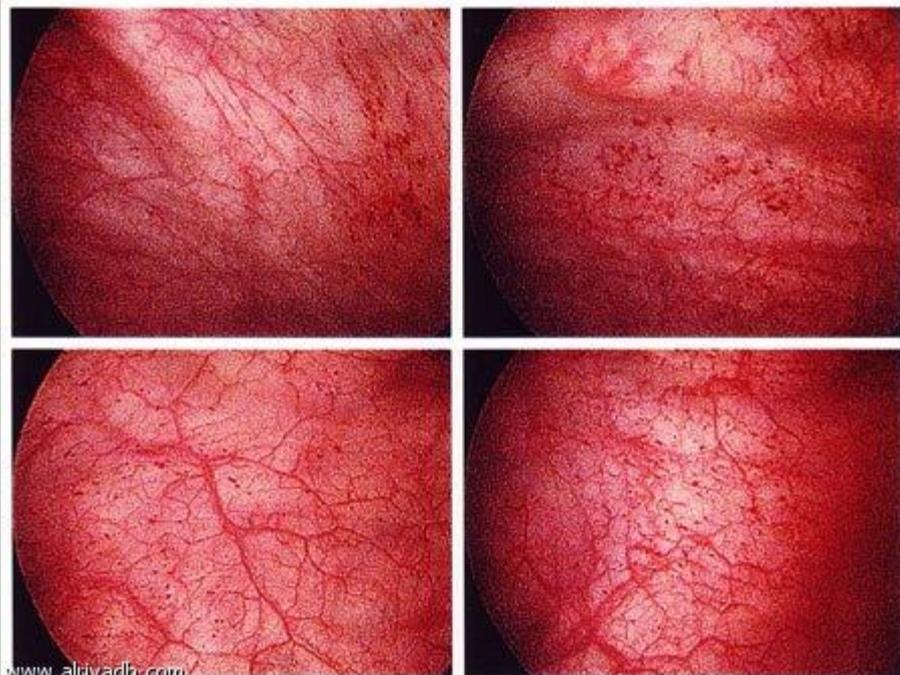
- Бессимптомная бактериурия у беременных женщин является показанием к назначению антибактериальных препаратов **с 9-10 нед** беременности. При выборе антимикробного препарата следует учитывать его безопасность для плода.
- **Препараты выбора:**
  - • амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в сутки в течение 3-5 дней;
  - • цефалексин внутрь по 500 мг 4 раза в сутки в течение 3-5 дней;
  - • цефуроксим внутрь по 250—500 мг 2 раза в сутки в течение 3-5 дней.
- **Альтернативные препараты:**
  - • фурадонин (нитрофурантоин) внутрь по 100 мг 3 раза в сутки в течение 3-5 дней;
- **Препараты резерва:**
  - • амоксициллин/клавуланат внутрь по 625 мг 3 раза в сутки в течение 3 дней;
  - • пенициллины, нитрофураны рекомендовано принимать с растительными уроантисептиками, закисляющими мочу (клюквенный или брусничный морс), канефрон.
- Профилактическая антибактериальная терапия снижает вероятность возникновения острого пиелонефрита **у 70-80% беременных.**

# ЦИСТИТ

**Цистит** – это воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря.

КОД ПО МКБ-10:

**О30** Инфекция мочевого пузыря при беременности



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## По течению:

- острый
- хронический

## По происхождению:

- первичный
- вторичный

## По этиологии и патогенезу:

- инфекционный
- химический, механический
- паразитарный (трематода)
- аллергический
- ятрогенный
- нейрогенный

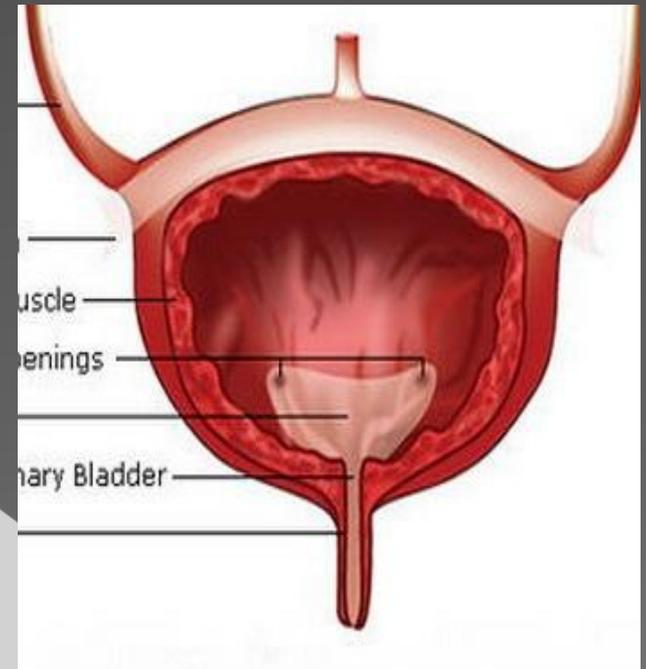
# Классификация

## По локализации и распространённости:

- диффузный
- шеечный
- тригонит (треугольник Льебо)

## По характеру морфологических изменений:

- катаральный
- геморрагический
- язвенный
- фибринозно-язвенный
- гангренозный
- опухолевый
- интерстициальный



# Факторы риска ИМП



- ✓ Отсутствие барьерных методов контрацепции: дефлорационные циститы - **58%** (НИИ Урологии РАМН, 2009) <sup>1</sup>
- ✓ Внутриматочная контрацепция<sup>2</sup>
- ✓ Устойчивость к противомикробным препаратам (бесконтрольное применение антибиотиков)<sup>2</sup>
- ✓ Бактериальная вирулентность<sup>3</sup>

1. Радзинский В.Е. и соавт., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013

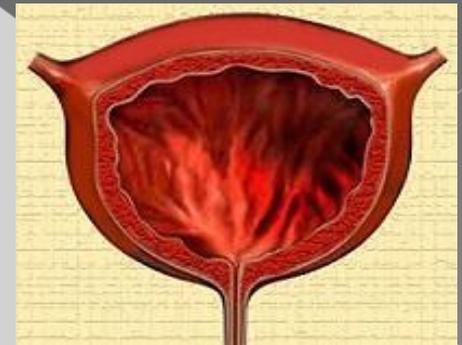
2. Russo TA, Johnson JR. Medical and economic impact of extraintestinal infections due to *Escherichia coli*: focus on an increasingly important endemic problem. *Microbes infect.* 2003;5(5):449–56

2. Russo T.A., Johnson J.R. Division of Infectious Diseases, Department of Medicine and Microbiology, The Center for Microbial Pathogenesis, VA Medical Center, University at Buffalo, Buffalo, NY 14214-3001,

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## Острый цистит

- возникает внезапно
- частые и болезненные мочеиспускания
- боли внизу живота (чаще связаны с актом мочеиспускания)
- пиурия
- поллакиурия (учащённое мочеиспускание)
- повышение температуры тела



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## Хронический цистит



Непрерывное  
течение

Рецидивирующее  
течение  
обострение →  
симптомы острого  
цистита

# ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **общий анализ мочи**
- **клинический анализ крови**
- **анализ мочи по Нечипоренко**
- **бактериологическое исследование мочи**
- **исследование микрофлоры влагалища (посев)**
- **ПЦР-анализ на ИППП**

# ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- УЗИ мочевыводящих путей
- УЗИ органов малого таза
- ЦИСТОСКОПИЯ



# ЛЕЧЕНИЕ

## (Эмпирическая терапия до получения результатов посева и чувствительности к а/б)

- Нитрофурантоин (фурадонин) по 100 мг через 12 часов в течение 3-5 суток, по FDA-B.
- Фосфомицин (монурал, урофосфабол) - 3 г однократно, по FDA-B.
- Триметоприм - сульфаметоксазол (бактрим, бисептол, grosептол, ко-тримоксазол) по 480 мг через 12 часов в течение 3-5 суток (в I и III триместрах противопоказан), по FDA-C.
- Длительность антибактериальной терапии - **3 дня, уровень доказательности A-1a.**

# ЛЕЧЕНИЕ

## ○ **Препараты выбора:**

- • **амоксциллин** внутрь по 500 мг 3 раза в сутки в течение 5-7 дней;
- • **цефалексин** внутрь по 500 мг 4 раза в сутки в течение 5-7 дней;
- • **цефуроксим** внутрь по 250—500 мг 2 раза в сутки в течение 5-7 дней;
- • **фосфомицин (монурал)** внутрь по 3 г однократно.

## ○ **Альтернативные препараты:**

- • **амоксциллин/клавуланат (аугментин, амоксиклав)** внутрь по 625 мг 3 раза в сутки в течение 5-7 дней;
- • **фурадонин (нитрофурантоин)** внутрь по 100 мг 4 раза в сутки в течение 5-7 дней.

- После завершения антимикробной терапии целесообразно использование растительных уроантисептиков с целью закрепления достигнутого эффекта (фитолизин, канефрон, брусничный лист и др.)

# ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ -

**неспецифический инфекционно-воспалительный процесс**, возникающий во время беременности, с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек

**КОД ПО МКБ-10**

**О 23.0 Инфекция почек  
при беременности**



# ЭТИОЛОГИЯ



Возбудители

- бактерии
- вирусы
- грибы
- простейшие
- **кишечная палочка!**
- энтерококк
- протей
- стафило- и стрептококки

**Бактериурия и перенесенный ранее пиелонефрит являются одним из факторов риска гестационного пиелонефрита**

# Патогенез



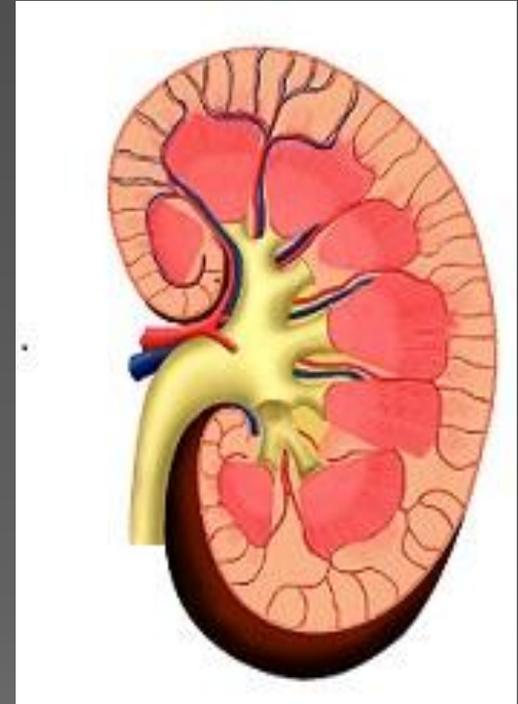
# Классификация

## По сохранности функции почек:

- без нарушения функции почек
- с нарушением функции почек

## По локализации

- левосторонний
- правосторонний
- двусторонний процесс



## Клиническая картина

- боли в поясничной области
- лихорадка
- дизурические явления
- *анемия*



**Преэклампсия (гестоз)** – чрезвычайно частое осложнение беременности при пиелонефрите.

# Акушерские осложнения

- Самопроизвольный аборт
- Преждевременные роды
- Преэклампсия (гестоз)
- ФПН, ЗВРП
- Септицемия и Септикопиемия
- Бактериальный шок



# Диагностика

- общий анализ мочи
- бак посев мочи
- анализ мочи по Нечипоренко
- клинический анализ крови
- УЗИ почек
- цистоскопия
- биохимический анализ крови



# Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (пр. 572н от 12.11.2012)

Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Диагностические мероприятия	Лечебные мероприятия
<p><b>Бессимптомная бактериурия</b></p> <p><b>O23.0 Инфекция почек при беременности</b></p> <p><b>R00.1 Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнью почек и мочевых путей у матери</b></p>	<p>Диагностика бессимптомной бактериурии более <math>10^5</math> КОЕ/мл</p> <p>Мазок на флору и степень чистоты (при выявлении бактериурии)</p> <p>Посев средней порции мочи и отделяемого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам</p> <p>Клинический анализ крови.</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга</p> <p>Биохимический анализ крови</p>	<p><b>Позиционная терапия</b></p> <p><b>Инфузионная терапия</b></p> <p><b>Антибактериальная терапия (деэскалационный подход)</b></p> <p><b>Спазмолитическая терапия</b></p> <p><b>Фитотерапия</b></p> <p><b>Стентирование почки / микростома</b></p> <p><b>Питьевой режим</b></p>

# МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Восстановление пассажа мочи**
- **Антибактериальная терапия**
- **Мочегонные средства** — канефрон, монурель, уропрофит, сборы трав, толокнянка, почечный чай.



# ЛЕЧЕНИЕ

- Антибактериальная терапия беременным с острым пиелонефритом (обострением хронического пиелонефрита) **должна проводиться в стационаре и начинаться с внутривенного или внутримышечного введения препаратов с последующим переходом на прием внутрь.** Общая продолжительность лечения **не менее 14 дней.**
- При развитии **острого пиелонефрита**, если состояние больной тяжелое и существует угроза для жизни, **лечение начинают сразу после взятия мочи для посева препаратами широкого спектра действия,** эффективными против наиболее частых возбудителей пиелонефрита.

# ЛЕЧЕНИЕ

## ○ **Препараты выбора:**

- • **ампициллин** внутримышечно, внутрь по 500 мг 4 раза в сутки (**ампициллин не показан при угрозе выкидыша**);
- • **амоксциллин/клавуланат** внутривенно по 1,2 г 3-4 раза в сутки, внутрь по 625 мг 3 раза в сутки;
- • **цефотаксим** внутривенно или внутримышечно по 1 г 2 раза в сутки;
- • **цефтриаксон** внутривенно или внутримышечно по 1 г 1 раз в сутки;
- • **цефуроксим** внутривенно или внутримышечно по 0,75 г 3 раза в сутки.

## ○ **Альтернативные препараты:**

- • **азтреонам** внутривенно по 1 г 1 раз в сутки;
- • **гентамицин** внутривенно или внутримышечно по 3,0-5,0 мг/кг в сутки.

- **Длительность терапии не менее 14 дней (5 дней парентеральное введение препаратов, далее внутрь).**

# ЛЕЧЕНИЕ

- При лечении тяжелого и осложненного пиелонефрита в послеродовом периоде используют следующие антибиотики.
- **Препараты выбора:**
- • **амоксциллин/клавуланат** внутривенно по 1,2 г 3 раза в сутки, внутрь по 625 мг 3 раза в сутки;
- • **левофлоксацин** внутривенно, внутрь по 500 мг 1 раз в сутки;
- • **офлоксацин** внутривенно, внутрь по 200 мг 2 раза в сутки;
- • **пефлоксацин** внутривенно, внутрь по 400 мг 2 раза в сутки;
- • **ципрофлоксацин** внутривенно, внутрь по 200 мг 2 раза в сутки.
- **Альтернативные препараты:**
- • **гентамицин** внутривенно или внутримышечно по 3,0-5,0 мг/кг в сутки;
- • **тикарциллин/клавуланат** внутривенно по 3,2 г 3 раза в сутки;
- • **тиенам** внутримышечно по 500 мг 2 раза в сутки;
- • **цефотаксим** внутривенно или внутримышечно по 1-2 г 2-3 раза в сутки;
- • **цефтазидим** внутривенно или внутримышечно по 1-2 г 2-3 раза в сутки;
- • **цефтриаксон** внутривенно или внутримышечно по 1-2 г 1 раз в сутки.

# ЛЕЧЕНИЕ

При лечении пиелонефрита в период лактации проводят антибиотикотерапию.

**Препараты выбора:**

- цефаклор внутрь по 250 мг 3 раза в сутки;
- цефтибутен внутрь по 400 мг 1 раз в сутки;
- фурадонин (нитрофурантоин) внутрь по 100 мг 3 раза в сутки.

**Альтернативные препараты:**

- азтреонам внутривенно по 1 г 1 раз в сутки;
- гентамицин внутривенно, внутримышечно по 3,0-5,0 мг/кг в сутки.

Эффективность препаратов может быть оценена уже через 48 ч от начала терапии.

При менее тяжелом состоянии назначение антимикробных препаратов имеет смысл отсрочить до получения данных о чувствительности возбудителя к определенным антибиотикам.

Лечение острого пиелонефрита (или обострения хронического) должно быть длительным (**не менее 3 нед**), при проведении терапии только в течение 2 нед частота рецидивов достигает 60% [Шехтман М. М., 1996].

# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- полноценная белковая витаминизированная диета
- коленно-локтевое положение в течение **10–15 мин** несколько раз в день
- сон на здоровом боку
- низко минерализованная вода, клюквенный морс.



Риск  
септического  
шока !

При остром **обструктивном**  
пиелонефрите показано:

1. Стентирование верхних мочевыводящих путей!
2. Затем адекватная антибактериальная терапия!

# Профилактика

Выявление  
бессимптомной  
бактериурии

Соблюдение  
питьевого  
режима



Позиционная  
терапия

Диета

Выявление  
предрасполагающих  
факторов

# Противопоказания к беременности

- пиелонефрит, сочетающийся с артериальной гипертензией и/или азотемией
- пиелонефрит единственной почки
- гипертоническая и/или смешанная формы хронического гломерулонефрита
- любая форма гломерулонефрита, сопровождающаяся азотемией

# Гломерулонефрит

**Гломерулонефрит** – это диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков, но вовлекающее и канальцы и интерстициальную ткань



Развитие гломерулонефрита обычно связано с перенесенными **СТРЕПТОКОККОВЫМИ** заболеваниями (ангина, хронический тонзиллит)

**Код по МКБ-10. N03.2** Хронический нефротический синдром - диффузный мембранозный гломерулонефрит



# Классификация

## Острый гломерулонефрит:

- циклическая форма
- ациклическая форма



# Формы хронического гломерулонефрит

- **Злокачественная диффузная** - чаще встречается при системных заболеваниях (системная красная волчанка, гранулематоз Вегенера, синдром Гудпасчера и др.) и сопровождается быстрым ухудшением функции почек и злокачественным течением, трудно поддающимся терапии
- **Гипертоническая** - повышение артериального давления и небольшими изменениями в моче. Отличается длительным медленным развитием

- ◎ **Смешанная форма** - выражены воспалительно-сосудистые, дистрофические изменения, и зависящие от них протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия и отеки. АД умеренно повышено.
- ◎ **Латентная форма** - скудный мочевой синдромом (сочетание протеинурии, не превышающей 0,5-3 г/сутки, эритроцитурии, лейкоцитурии и цилиндрурии), встречается чаще других форм.

**Все формы хронического  
гломерулонефрита  
переходят в  
терминальную стадию !!!**

# Диагностика

Женщины, страдающие ХГН, должны быть обследованы **в первые 12 недель беременности** для уточнения формы заболевания и решения вопроса о возможности *вынашивания* беременности.

# Лечение

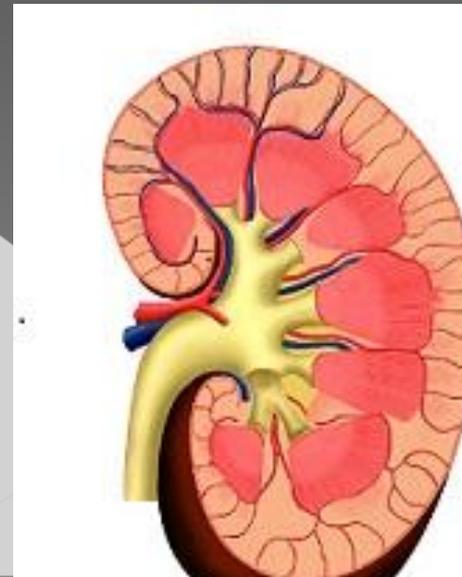
- **Лечебно-охранительный режим**
- **Санация очагов хронической инфекции**
- **Диетотерапия** с ограничением в пищевом рационе поваренной соли (до 5 г в сутки), и воды, с повышенным содержанием белка (120 -160 г в сутки)
- **Иммуносупрессивная терапия** (преднизолон 40-60 мг/сут в течение 2 недель)
- Антикоагулянтная терапия (гепарин, НМГ, аспирин, дипиридамол)

# Лечение

## Гипотензивная терапия

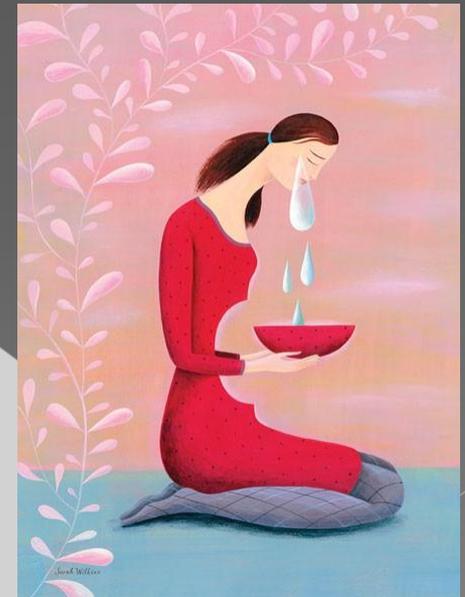
- Центральные  $\alpha$ -агонисты: допегит, 0,25- 2,0 г/сут в 2-3 приема;
- Кардиоселективные  $\beta$ -адреноблокаторы: атенолол 50-100 мг/сут в 2 приема, метопролол 100- 200 мг/сут в 2 приема;
- блокаторы ионов кальция (нифедипин 40 мг 2 раза сутки), др.

## Антианемическая терапия



# Осложнения гестации

Гломерулонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и на внутриутробное состояние плода, поэтому у заболевших **острым гломерулонефритом** беременность редко завершается благополучно и часто требует досрочного родоразрешения.



# ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДОСРОЧНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

1

- Обострение хронического гломерулонефрита с нарушением функции почек.

2

- Нарушение белкового обмена с нарастанием азотемии.
- Повышение АД и отсутствие эффекта от проводимого лечения.

3

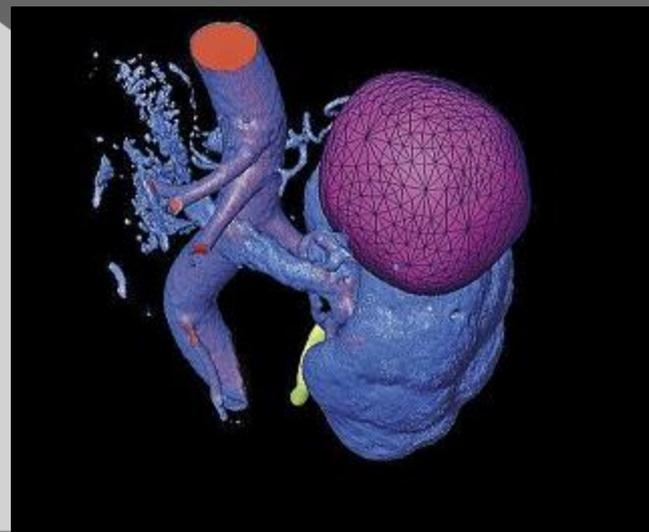
- Присоединение тяжелых форм преэклампсии.
- Ухудшение состояния плода.

# БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕДИНСТВЕННАЯ ПОЧКА

Под определение **«единственная почка»** подпадает не только врождённое отсутствие почки, но также потеря функций одной из почек в результате какого-либо заболевания.

## КОД ПО МКБ-10

Данное состояние отдельного кода не имеет



# Патогенез

- Компенсаторная перестройка единственной почки, протекает в две стадии:
- **Первая стадия** - относительная функциональная недостаточность органа, начинающаяся гипертрофия.
- **Вторая стадия** - полная функциональная компенсация, восстановление функционального резерва, усиливающаяся до определённого предела гипертрофия.

Компенсация завершается **через 1–1,5 года.**

# ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вопрос о сохранении беременности решается исходя из функционального состояния единственной почки!

- Клинический анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Общий анализ мочи
- Анализ мочи по Нечипоренко
- Проба Реберга – Тареева (определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина — метод, с помощью которого оценивают выделительную способность почек, определяя скорость клубочковой фильтрации фильтрации (мл/мин) и канальцевой реабсорбции (%) по клиренсу фильтрации (мл/мин) и канальцевой реабсорбции (%) по клиренсу эндогенного креатинина крови и мочи.)
- Проба Зимницкого
- Суточная потеря белка
- Микробиологическое исследование мочи
- **Показатели общей гемодинамики** (минутный объём крови, ОЦК, периферическое сопротивление кровотоку, скорость кровотока)



## Беременность противопоказана при следующих заболеваниях единственной почки:

- МКБ
- туберкулёз
- гидронефроз
- наличии азотемии и АГ
- функциональном истощении единственной почки



# ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Роды наступают **своевременно**, за исключением тех случаев, когда их вызывают досрочно в связи с тяжестью общего состояния.



## Специальная литература по теме лекции:

- **Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014**
- **В.Н. Серов, Г.Т. Сухих и др. Неотложные состояния в акушерстве – М., 2011.**
- **Хилькевич Е.Г. Акушерство и гинекология. Схемы лечения / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М., 2013**
- **Шифман Е. М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP – синдром, Петрозаводск, 2002.**
- **Куликов А.В., Шифман Е.М. и др. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром) Клинические рекомендации – Тольяттинский мед. консилиум – 2013 – С.84-107.**

# Спасибо за внимание!



*«Сложные  
проблемы всегда  
имеют простые,  
легкие для  
понимания, но  
неправильные  
решения»*

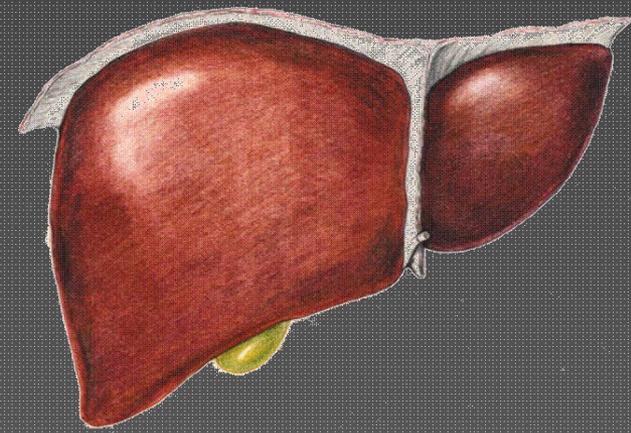
**ИЗ ЗАКОНОВ МЕРФИ**

**ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила Канта»  
Министерства образования и науки РФ  
Медицинский институт**

# **Заболевания печени у беременных**

**Зав. кафедрой акушерства и гинекологии  
д.м.н. профессор  
*Пашов Александр Иванович***

# План лекции



1. Холестатический гепатоз
2. Острая жировая дистрофия печени
3. HELLP-синдром
4. Этиология и патогенез
5. Клинико-лабораторная диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение
8. Акушерская тактика
9. Клинические примеры

# Цели и задачи лекции

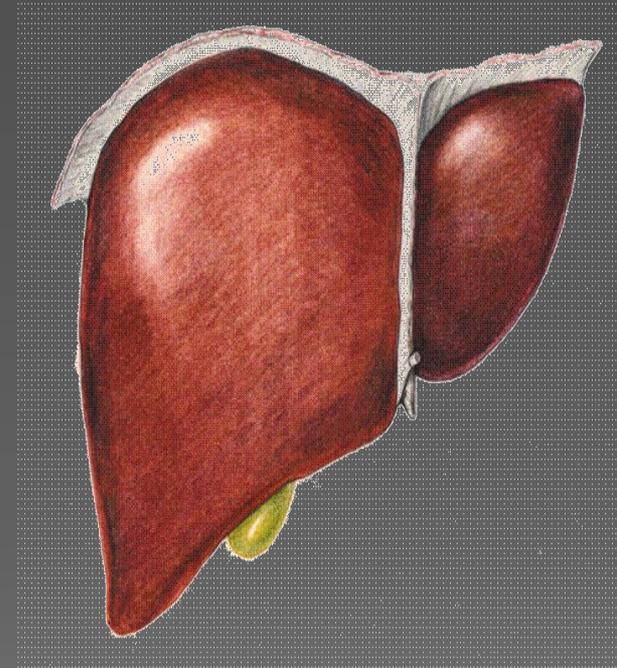
**Цель:** Предоставить информацию студентам о тяжелых аутоиммунных заболеваниях печени у беременных

## **Задачи лекции:**

- Показать патогенетические механизмы и факторы риска заболеваний печени у беременных
- Принципы дифференциальной диагностики заболеваний печени у беременных
- Алгоритм действий и акушерская тактика
- Разбор и анализ клинических примеров

# Актуальность проблемы – заболевания печени у беременных

1. Наблюдается рост заболеваний печени в популяции и у беременных
2. Увеличение количества компенсированных форм заболеваний печени у женщин фертильного возраста
3. Беременность и заболевания печени отягощают друг друга
4. Срыв адаптации организма с развитием преэклампсии (гестоза), остающимся в числе главных причин материнской смертности –  
**29-35%.**



# Заболевания печени при беременности

## Обусловленные беременностью:

- Чрезмерная рвота беременных
- Холестатический гепатоз беременных (холестаза)
- Острый жировой гепатоз беременных
- Преэклампсия
- HELLP – синдром

⦿ **Внутрипеченочный  
холестаз  
беременных  
(Холестатический  
гепатоз  
беременных)**



# Холестатический гепатоз беременных (Внутрипеченочный холестаза)

- Этиология неизвестна  
(генетическая предрасположенность к необычной холестатической реакции на продуцируемые во время беременности аутоиммунные компоненты, эстрогены).
- Анамнестические данные - рецидивирующий характер при повторных беременностях.
- Клинические проявления  
характеризуются началом во II- III триместре, с нарастанием к родам и исчезновением их сразу после родов.

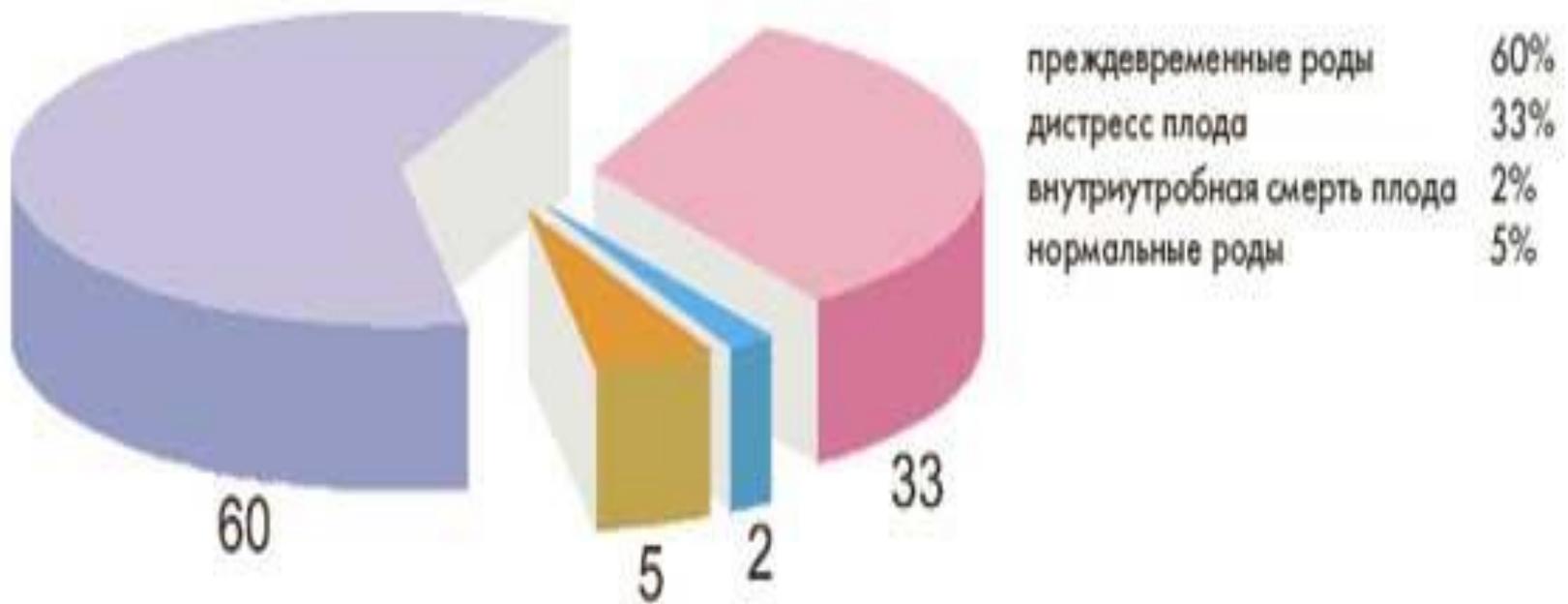
# Клинические проявления холестаза

- Кожный зуд, опережающий появление желтухи (желтуха может не развиваться).
- Желтуха, не интенсивная, сопровождается потемнением мочи, осветлением кала.
- Печень немного увеличена.
- Общее состояние не страдает. Отсутствие интоксикации, диспепсического и болевого абдоминального синдрома.



# Исходы беременности при внутрипечёночном холестазе (%)

Рис.1. Исходы беременности при внутрипечеченочном холестазе (%)



Данные проф. Кузмина В.Н. – Москва, 2008 г.

# Лабораторные проявления холестаза беременных

- повышение уровня билирубина
- повышение щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтрансферазы (в 7-10 раз)
- Повышение лактатдегидрогеназы
- повышение ферментов АЛТ и АСТ (> 300 ЕД/л)
- Умеренное повышение холестерина
- снижение протромбина
- отсутствие маркеров вирусного гепатита



# Лечение холестаза беременных

1. Урсодеоксихолевая кислота (**урсофальк, урсосан**) 8-10 мг/кг/сутки;
2. Холестирамин (колестирамин, квестран) 8 г/сут;
3. Гепатопротекторы (**гептрал, эссенциале, растительные гепатопротекторы с антиоксидантным эффектом – хофитол**);
4. Эфферентные методы детоксикации;
5. Лечение и профилактика плацентарной недостаточности.

# Прогноз при холестазае у беременных

- Прогноз состояния и жизни женщины – благоприятный
- Перинатальный прогноз (для ребенка) – относительно благоприятный (↑ недоношенность, ↑ РДС)
- Акушерские осложнения : увеличение частоты преждевременных родов и риска развития послеродовых кровотечений.

# Острый жировой гепатоз беременных

**Одно из самых тяжелых осложнений беременности с очень высокой летальностью!**

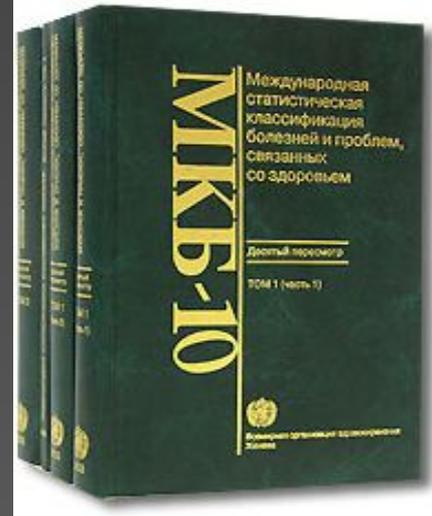


# Определение ОЖДП

- ОЖГБ – **тяжелейшее осложнение** второй половины беременности.
- ОЖГБ – относится к **атипичным гестозам**
- К предрасполагающим факторам относят **вирусную инфекцию, интоксикации и преэклампсию.**
- Острая жировая дистрофия печени **в 3 раза чаще** развивается во время беременности плодом мужского пола, **в 30-60%** случаев сочетается с преэклампсией и **в 9-25%** — с многоплодной беременностью.



# Терминология ОЖДП



- «острая жировая инфильтрация печени беременных»,
- «острая жировая дистрофия печени беременных».
- В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эта патология отнесена в рубрику **K-72 «Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках»**, куда она включена как «Желтая атрофия или дистрофия печени жировая, острый жировой гепатоз».
- **Acute fatty liver of pregnancy (AFLP)**

# История ОЖДП

- Первое упоминание об острой жировой дистрофии печени у женщины, умершей в послеродовом периоде **относится к 1857 г.**
- Stander HJ, Cadden JF. **Впервые опубликовали случай ОЖДП** (*Am. J. Obstet. Gynecol.* 1934; 28: 61-69)
- Как нозологическая форма ОЖДП была **впервые описана в 1940 г.**  
H.L. Sheehan (*J. Obstet. Gynecol. Br. Emp.* 1940; 47: 49-62)



# Распространенность ОЖДП

- 1 случай ОЖГБ приходится на **13 328 родов** (Росkros P.J. с соавт., 1984).
- 1 случай ОЖГБ на **13 000** родов (J.A. Ibdah, 2006).
- 1 случай на **10 000** родов (M.F. Browning, 2006).
- 1 случай на **10 000** беременных (M. Уильямс, 1999)
- 1 случай на **4300** родов в КК в 2007 г. (Цхай В.Б., 2007)



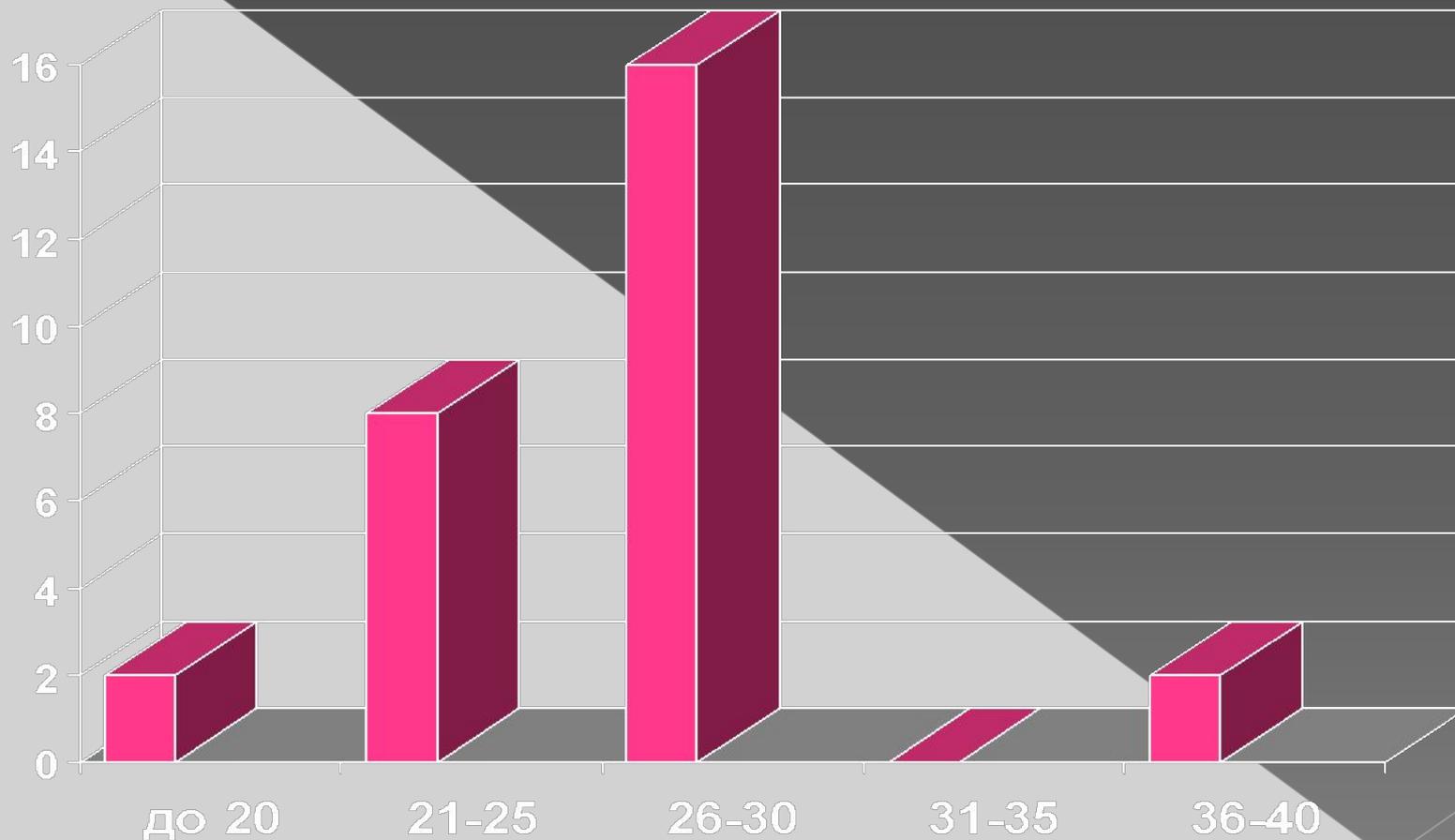
# Этиология и патогенез

- Этиология ОЖДП до конца не известна.
- ОЖГБ относят к **МИТОХОНДРИАЛЬНЫМ ЦИТОПАТИЯМ**, при которых жировое перерождение печени – **это проявление системной патологии митохондрий**, поражающей также почки, мышцы, нервную систему, поджелудочную железу, сердце.
- Не исключена возможность развития ОЖГБ в III триместре беременности в результате влияния на организм матери, гетерозиготного по дефекту метаболизма жирных кислот плода, имеющего этот дефект (**беременность сама по себе может ухудшать функцию митохондрий**).

Papafragkakis H, Singhal S, Anand S. Acute fatty liver of pregnancy. // South Med J. 2013 Oct;106(10):588-93.

- Вторичные различные ферментативные нарушения и дефекты окисления жирных кислот были связаны с острой жировой дистрофией печени беременной женщины.
- Женщины или супружеские пары с известными дефектами в окислении жирных кислот и женщины, имеющие в анамнезе заболевания печени во время беременности или внезапной смерти ребенка в течение первых 2 лет жизни должны быть обследованы на предмет дефекта в окислении жирных кислот и тщательно контролироваться .

# Распределение пациенток с ОЖГБ по возрасту



Данные проф. Кузмина В.Н. – Москва, 2008 г.

# Материнская смертность при ОЖДП

- ◎ **70-90%** (Шифман М., 2002)
- ◎ **от 8 до 33%**, в среднем **25%** (Майер К.-П., 1999).
- ◎ **37,5%** (Цхай В.Б., 2007)
- ◎ **12,5 – 18%** (A.G. Rajasri, R. Srestha, J. Mitchell, 2007)
- ◎ **14,2%** (S.Dwivedi, M. Runmei, 2013)
- ◎ **7,1%** (Zhou G, Zhang X, Ge S., 2013)



# Причины смерти при ОЖДП

- Как правило, больные с ОЖДП погибают от одного из осложнений:
- ДВС-синдрома и коагулопатического кровотечения;
- Гнойно-септических осложнений (нередко – острого панкреатита);
- Печеночной или полиорганной недостаточности.



# Клинические проявления ОЖДП

- Желтуха (более 90% случаев),
- Боль в эпигастрии или правом подреберье (40-60%);
- Симптомы преэклампсии: артериальная гипертензия, протеинурия и отеки (50%);
- Асцит (40%);
- Лихорадка (45%);
- Головная боль (10%),
- Кожный зуд, тошнота и рвота.



# В течении ОЖГБ имеется преджелтушный период

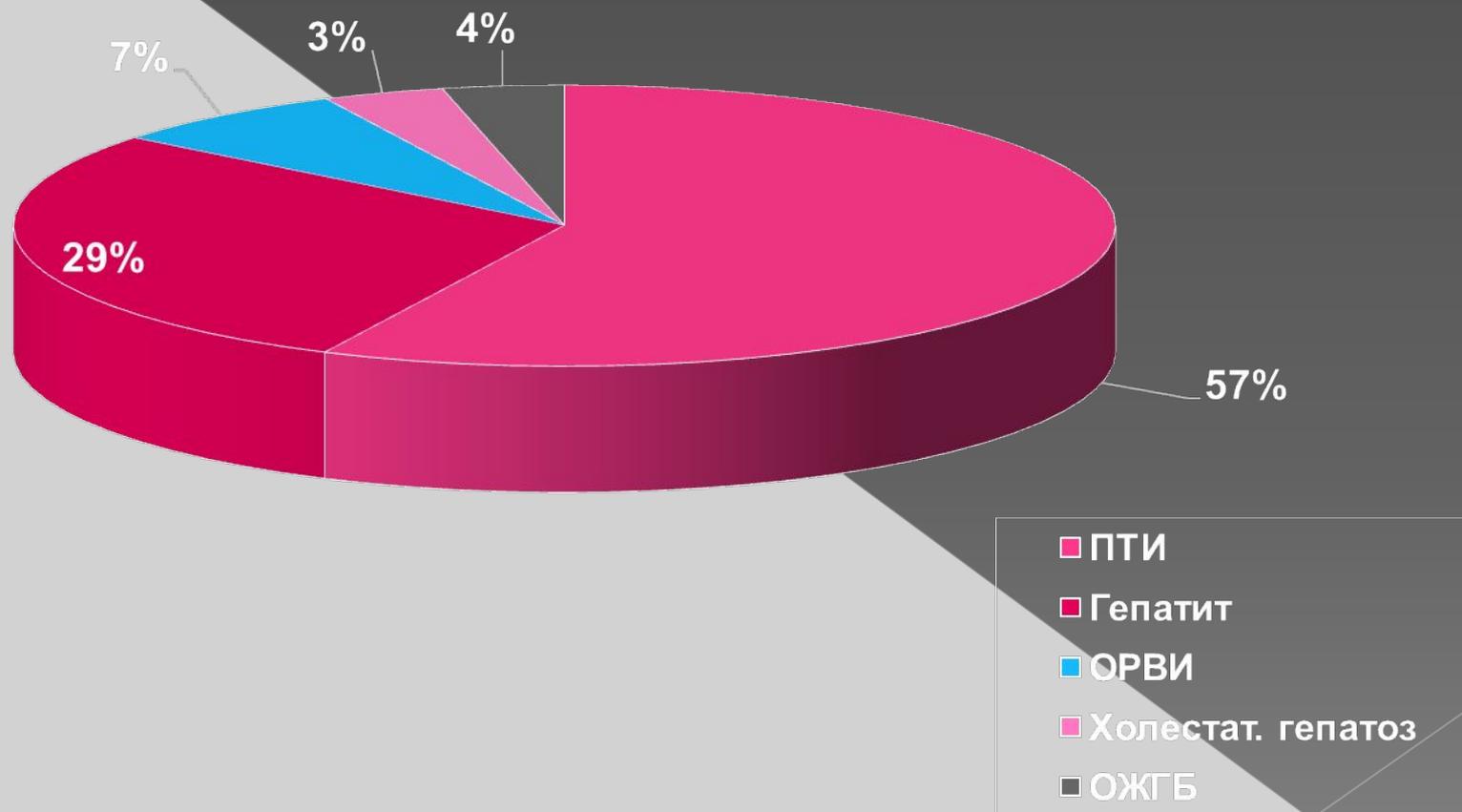
- На фоне вялотекущего гестоза появляются такие признаки, как слабость, **вялость, тошнота, рвота, чувство дискомфорта или боль в животе, чаще в эпигастральной области.**
- В это же время возникает **изжога**, вначале кратковременная, перемежающаяся, а затем все более продолжительная, достигающая необычайно высокой степени выраженности.
- Изжога сопровождается **болью по ходу пищевода**, усиливается при прохождении пищи и при глотании жидкости.
- Патоморфологической основой этого симптома является эрозирование или изъязвление слизистой оболочки пищевода **при развитии ДВС синдрома.**

# Лабораторная диагностика

- Лейкоцитоз (до  $20\ 000 - 30\ 000 \times 10^9 / \text{л}$ ).
- Повышение активности аминотрансфераз сыворотки в 3 - 10 раз.
- Повышение активности щелочной фосфатазы сыворотки в 5 - 10 раз.
- Повышение уровня билирубина сыворотки более 10 мг% (170 мкмоль/л).
- Гипераммониемия.
- Гипопротеинемия.
- Гипогликемия (часто остается нераспознанной).
- Снижение содержания аминокислот в сыворотке.
- Увеличение протромбинового времени (иногда более 25 с).
- Снижение протромбинового индекса.
- Тромбоцитопения (количество тромбоцитов нередко ниже 100 000 в мкл).
- Снижение антитромбина III.
- Снижение уровня фибриногена.



# Направительные диагнозы при ОЖДП



Данные проф. Кузмина В.Н. – Москва, 2008 г.

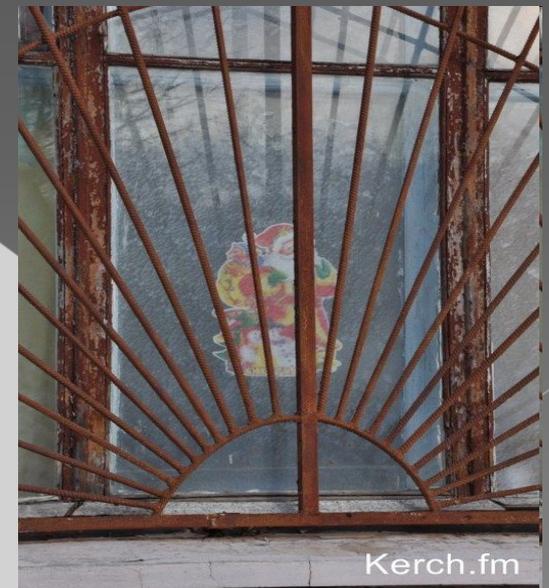
# Ошибки при госпитализации

- Большинство пациенток с ОЖДП ошибочно госпитализируются в инфекционное отделение.
- Поводом для госпитализации в инфекционное отделение половины (29 из 57, или 50,8%) женщин с ОЖГБ послужило подозрение на вирусный гепатит (Климова Е.А. с соавт., 2003).
- При этом 18 пациенток были направлены для госпитализации врачами женских консультаций или поликлиник по месту жительства, 11 – переведены в инфекционное отделение из родильных домов.



# Акушерская тактика диагностики ОЖДП

- **Определение маркеров вирусных гепатитов с помощью ИФА должно быть проведено в течение нескольких часов.**
- В том случае, если беременная находится в родильном доме, перевод ее в инфекционный стационар для проведения этих исследований нецелесообразен, поскольку транспортировка значительно ухудшает состояние пациентки.
- При проведении дифференциальной диагностики между ОЖГБ и ОВГ беременная **должна быть изолирована** в отдельной палате (боксе) родильного дома до получения результатов.



# Неотложные мероприятия

- Проводят дифференциальную диагностику.
- Проводят коррекцию метаболических нарушений и неотложное родоразрешение.
- Острая жировая дистрофия печени — показание для экстренного родоразрешения.
- Беременных с тяжелым поражением печени должны лечить врачи разных специальностей.
- Вопрос о том, какой метод обезболивания предпочтительнее, до конца не решен (**общая анестезия снижает риск кровотечений, но общие анестетики гепатотоксичны**).



# Лечебные мероприятия

- Поддержка витальных функций.
- Инфузионная терапия.
- Коррекция нарушенного гемостаза.
- Эфферентные методы лечения.
- Метаболическая терапия.
- Иммунокорректирующая терапия.
- Гепатопротекторная терапия.

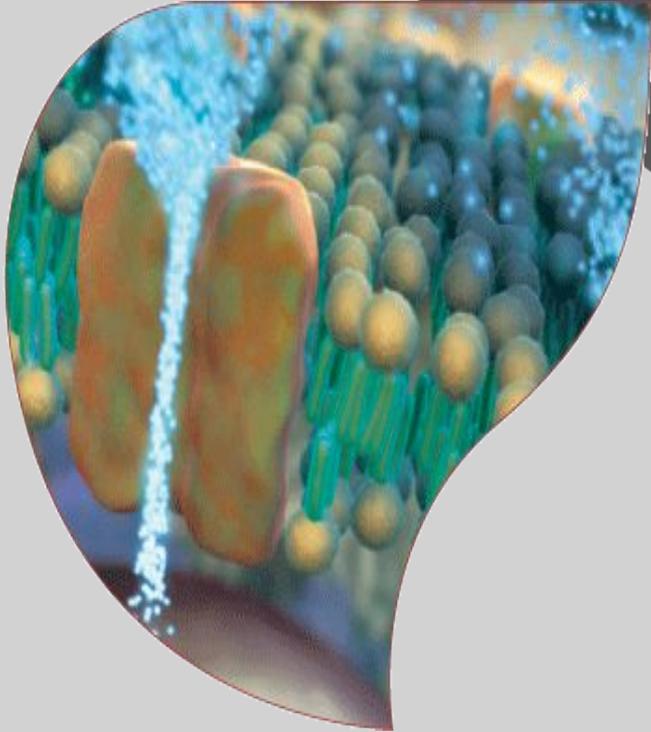


# Интенсивная предоперационная подготовка и интенсивная терапия после родоразрешения включают:

- ЭФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ
- стабилизацию показателей гемостаза;
- соответствующую инфузионно-трансфузионную терапию;
- гепатостабилизирующую терапию, в частности большие дозы глюкокортикостероидов – до стабилизации печеночного цитолиза и устранения тромбоцитопении;
- ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол);
- гепатопротекторы (ЭССЕНЦИАЛЕ, гептрал и др), церебропротекторы и ноотропы, комплекс витаминов (в повышенных дозах);
- коррекцию метаболического ацидоза;
- строго индивидуализированную антигипертензивную терапию;
- антибиотикотерапию для профилактики инфекционных осложнений;

# ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ

## Эссенциальные фосфолипиды



**Фосфолипиды (ФЛ)** — являются основной поддержкой для структуры клеточной мембраны.

**ФЛ** необходимы для регуляции и контроля проницаемости и подвижности мембраны, а также выполняют функции носителя и передатчика сигналов с наружной стороны клетки внутрь.

Таким образом, защищая и поддерживая структуру мембраны гепатоцита, **ФЛ являются гепатопротекторами.**

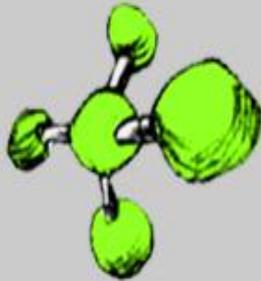
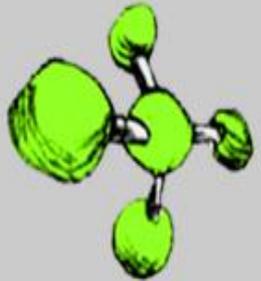
При ОЖДП отмечается повреждение мембран гепатоцитов и органелл, сопровождающееся потерей фосфолипидов.

# Гептрал (адеметионин) – оригинальный гепатопротектор, состоящий, в основном, из левовращающих изомеров

Организм человека состоит в основном из левовращающих изомеров молекул.

Молекула Гептрала содержит в основном левовращающие изомеры.

Получение чистых левовращающих изомеров вещества требует специальной технологии производства и высокого качества исходного веществ.

<b>S(-)</b>	<b>R(+)</b>
	
<b>ГЕПТРАЛ</b>	<b>ОПТИЧЕСКИ АНТИПОД</b>

# Способ применения и дозирования Гептрала

- **Внутри 800–1600 мг/сутки** от 2-4 недель и более
- При необходимости **интенсивной терапии:**
- **I этап лечения:** в первые 2-3 недели лечения **400 – 800 мг** в сутки в/в или в/м.
- **II этап лечения:** поддерживающая терапия – **800-1600 мг** внутрь между приемами пищи от 2-4 недель



# Пример случаев материнской смертности при ОЖДП

Данные по  
случаям МС в  
Красноярском  
крае в 2007 –  
2008 годах



# Клинический пример (№1):

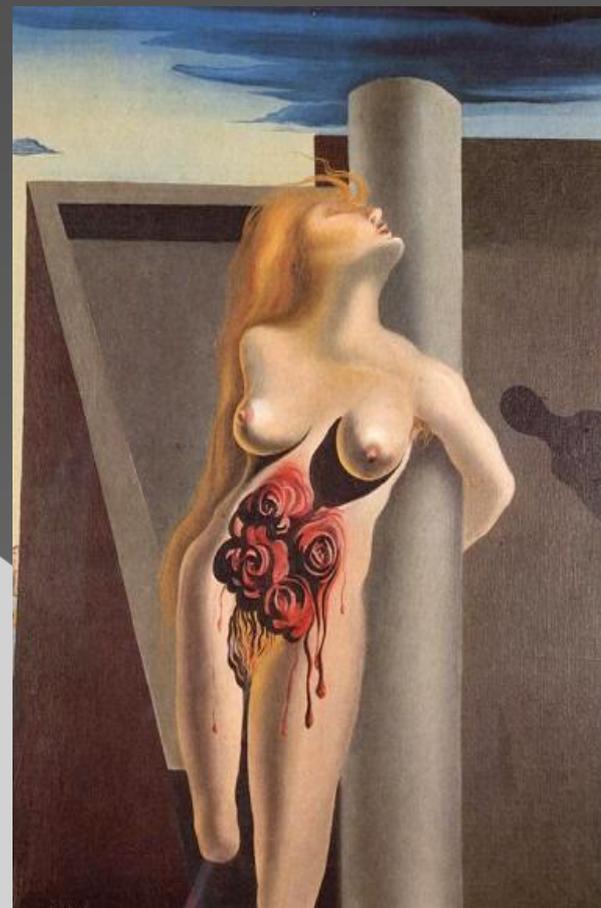
- **Беременная Б., 19 лет, первородящая, многоплодная беременность (двойня);**
- В 35-36 нед., ОРВИ, острый отит
- В 38 нед. ухудшение состояния (жалобы на слабость, тошноту, рвоту, головокружение, иктеричность кожных покровов и склер).
- Первоначальный диагноз в ЦРБ: Вирусный гепатит.
- Срок установления диагноза ОЖДП – посмертно
- Лабораторные данные (повышен билирубин общий 186,5 мкмоль/л, связанный – 117,45 мкмоль/л, свободный – 69,15 мкмоль/л; повышены АЛТ до 170 и АСТ до 119; резко снижен ПТИ – до 15,2; афибриногенемия).

# Исход беременности

- Экстренное кесарево сечение.
- Гистерэктомия (экстирпация матки) - коагулопатическое кровотечение во время КС.
- Кровопотеря – **2500 мл.**
- Релапаротомия по поводу внутреннего кровотечения (**источник кровотечения не найден**).
- Умерла на 3-е сутки.

# Заключение о смерти

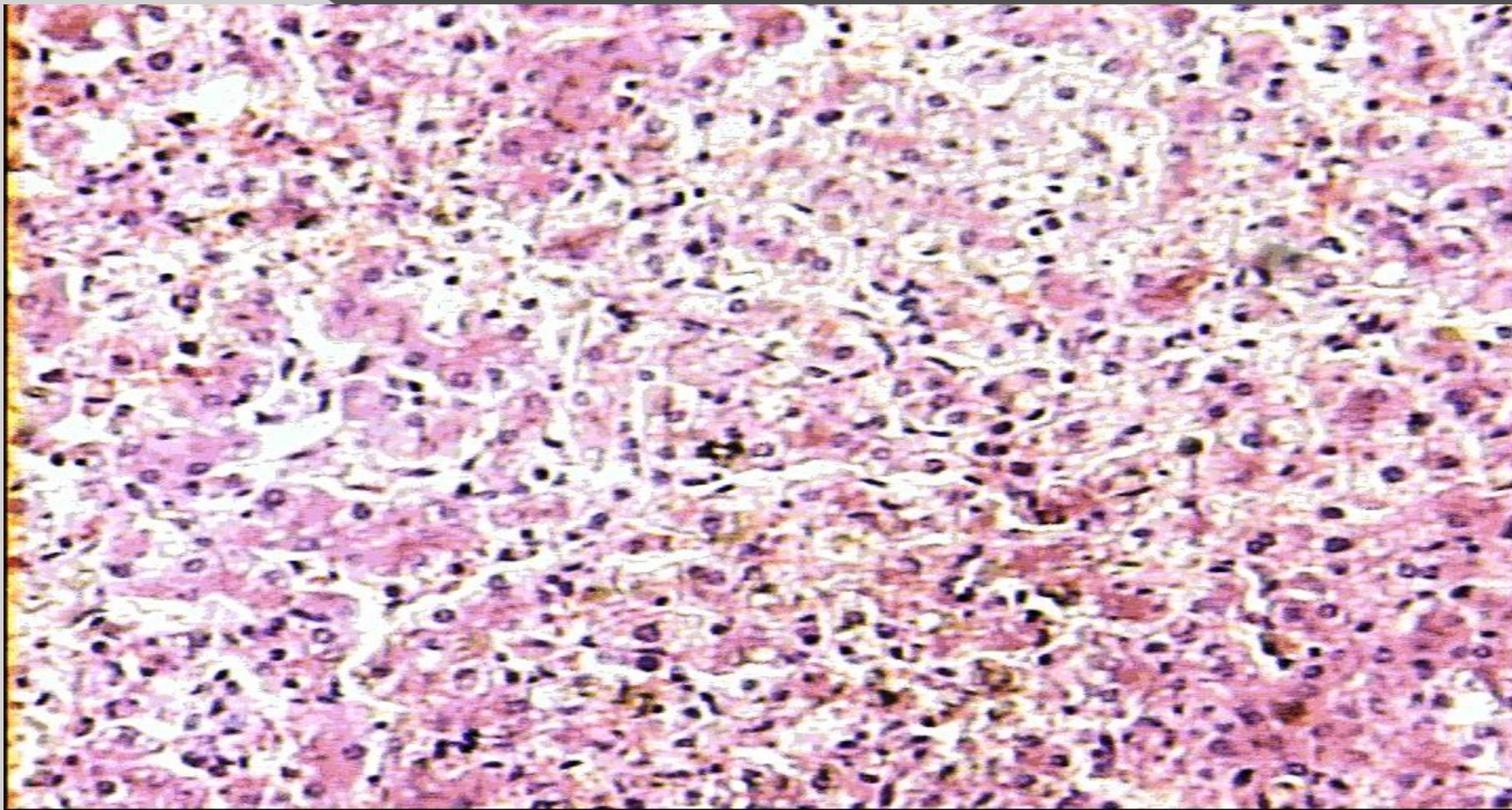
- **Патологоанатомический диагноз:** Острая жировая дистрофия печени в 3-м триместре, у беременной с дихориальной, диамниотической двойней при сроке беременности 38 недель.
- **Фоновые заболевания:** Анемия 1-2 ст. ОРВИ.
- **Осложнения:** Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Массивная постгеморрагическая анемия.



# Случай смерти Б., 19 лет (8.03.2007)

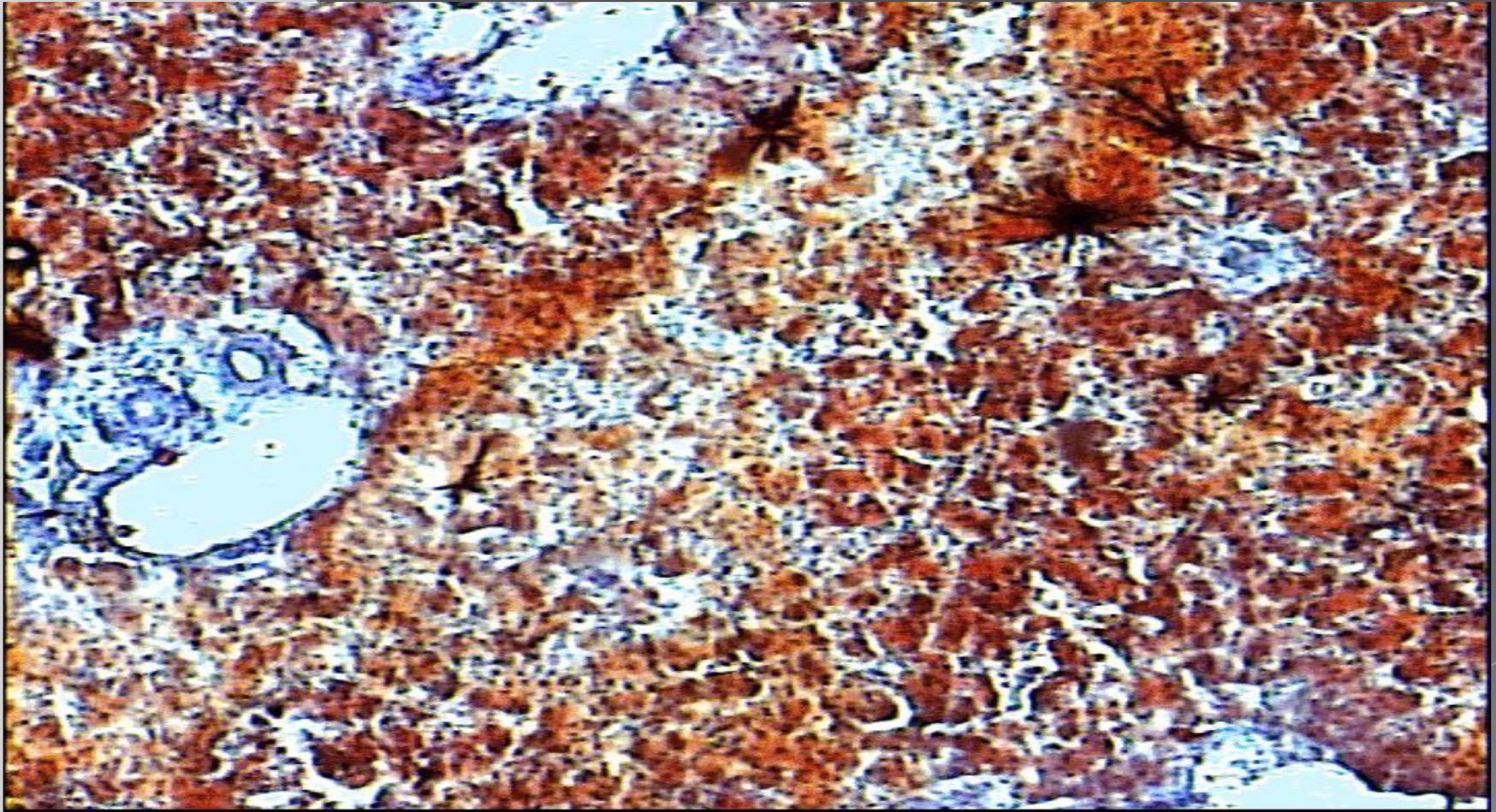


# Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



Окраска гематоксилином и эозином

**Накопление нейтрального жира (кирпично-красный цвет) в цитоплазме гепатоцитов**



**Окраска суданом III на жир**

# Клинический пример (№2):

- Беременная Р., 21 года, первородящая, многоплодная беременность (двойня);
- С 32 нед. Умеренная преэклампсия (патологическая прибавка, отеки)
- В 36 нед. ухудшение состояния (жалобы на слабость, тошноту, рвоту, головокружение, иктеричность кожных покровов и склер, темная моча, обесцвеченный кал).
- Первоначальный диагноз в ЦРБ: Вирусный гепатит.
- Лабораторные данные (повышен билирубин общий 118 мкмоль/л, связанный – 82 мкмоль/л, свободный – 36 мкмоль/л; повышены АЛТ и АСТ в 5 раз, ЩФ – в 10 раз ; резко снижен ПТИ – до 65%; ВСК – 7.40 – 8.50 мин.; тромбоциты – 130 т., фибриноген -5,2).

# Исход беременности

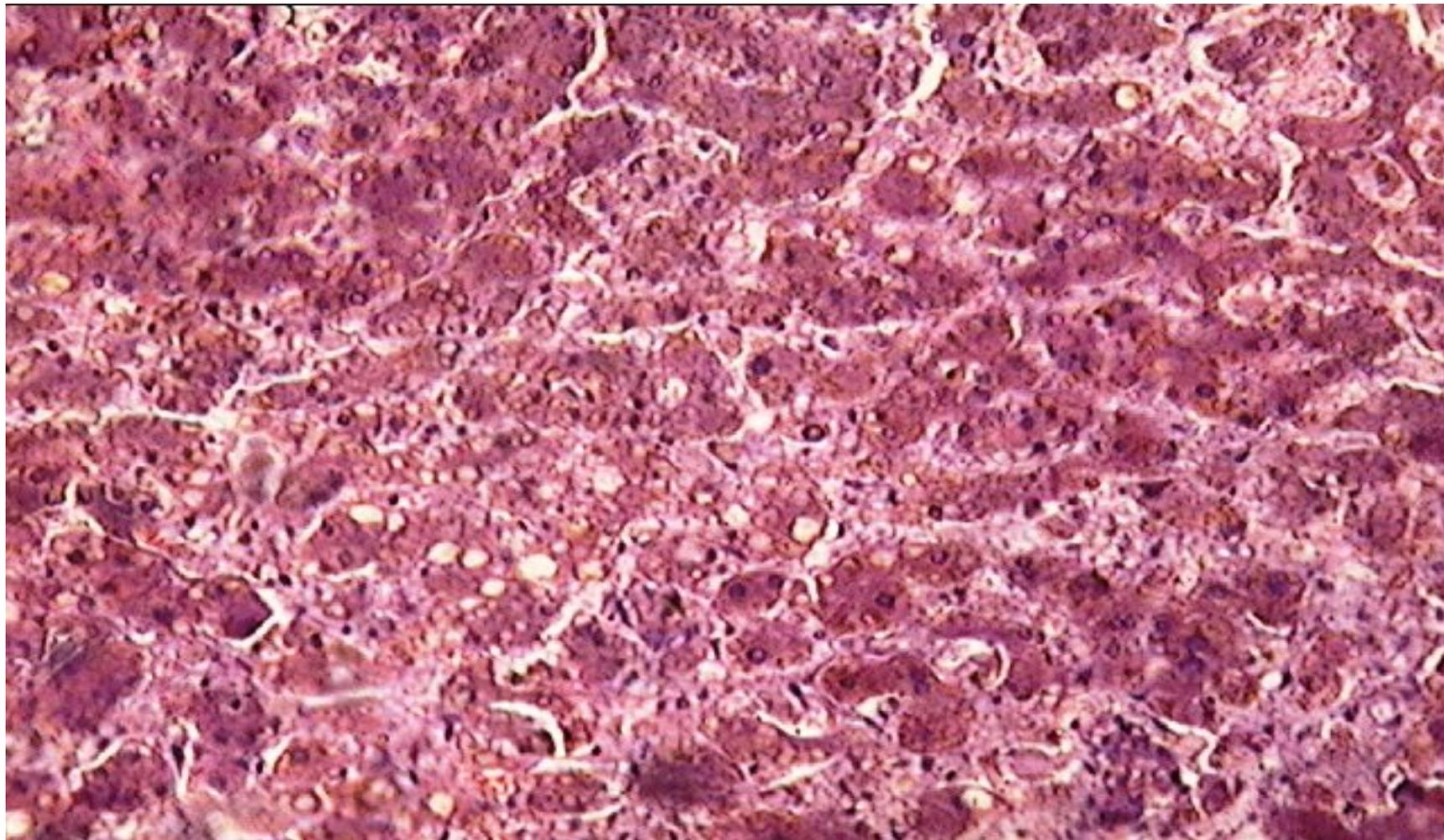
- **Экстренное кесарево сечение** в 1-е часы поступления и на 3-е от начала заболевания (по поводу тяжелой преэклампсии).
- **Через 12 час.** перевод в реанимационное отделение многопрофильной больницы.
- **Гистерэктомия** (экстирпация матки) на 2-е сутки после КС (коагулопатическое позднее послеродовое кровотечение).
- Кровопотеря – **2400** мл.
- **Релапаротомия** по поводу гнойно-септических осложнений – дважды (перитонит).
- **Умерла на 16-е сутки.**

# Заключение о смерти

- **Патологоанатомический диагноз:** Преэклампсия. Острая жировая дистрофия печени.
- **Осложнения:** ДВС-синдром. Массивная постгеморрагическая анемия. Массивный прогрессирующий некроз печени с выраженным холестазом. Жировой панкреонекроз. Полиорганная недостаточность. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

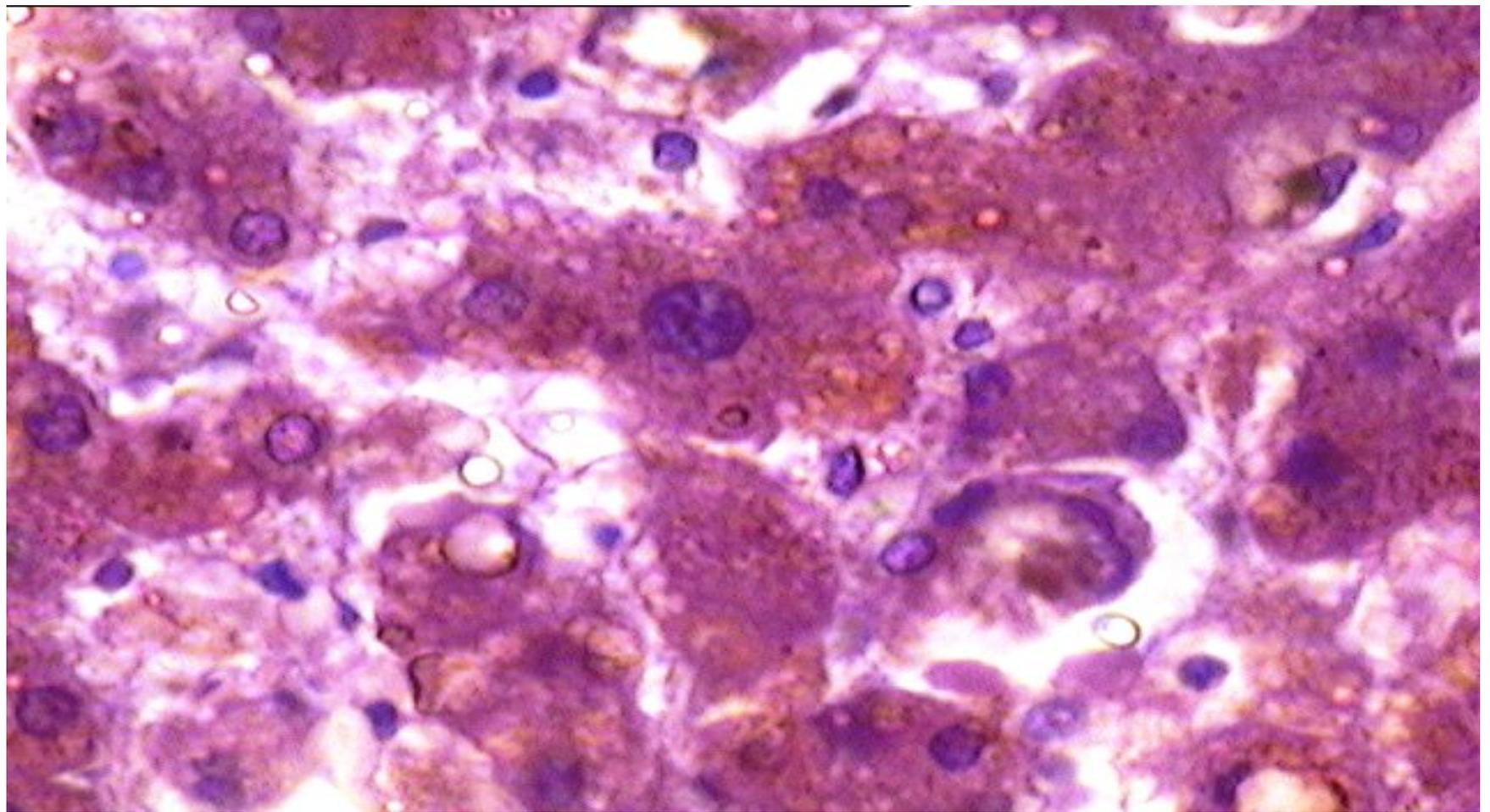


**Центрлобулярный некроз гепатоцитов и их жировая дистрофия (оптически пустые вакуоли в цитоплазме печеночных клеток)**



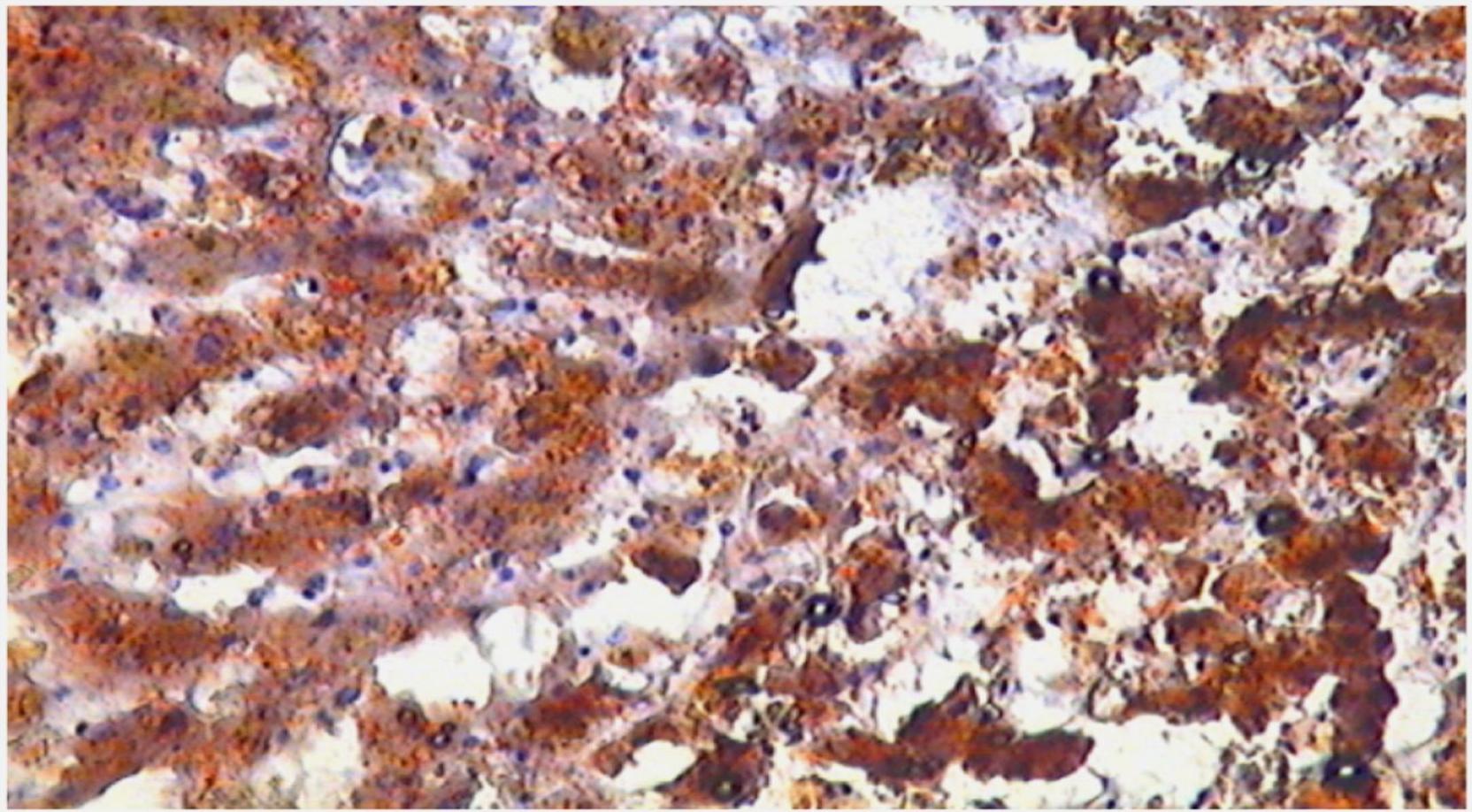
**Окраска гематоксилином и эозином**

**Центрлобулярный некроз гепатоцитов и их жировая дистрофия (оптически пустые вакуоли в цитоплазме печеночных клеток )**



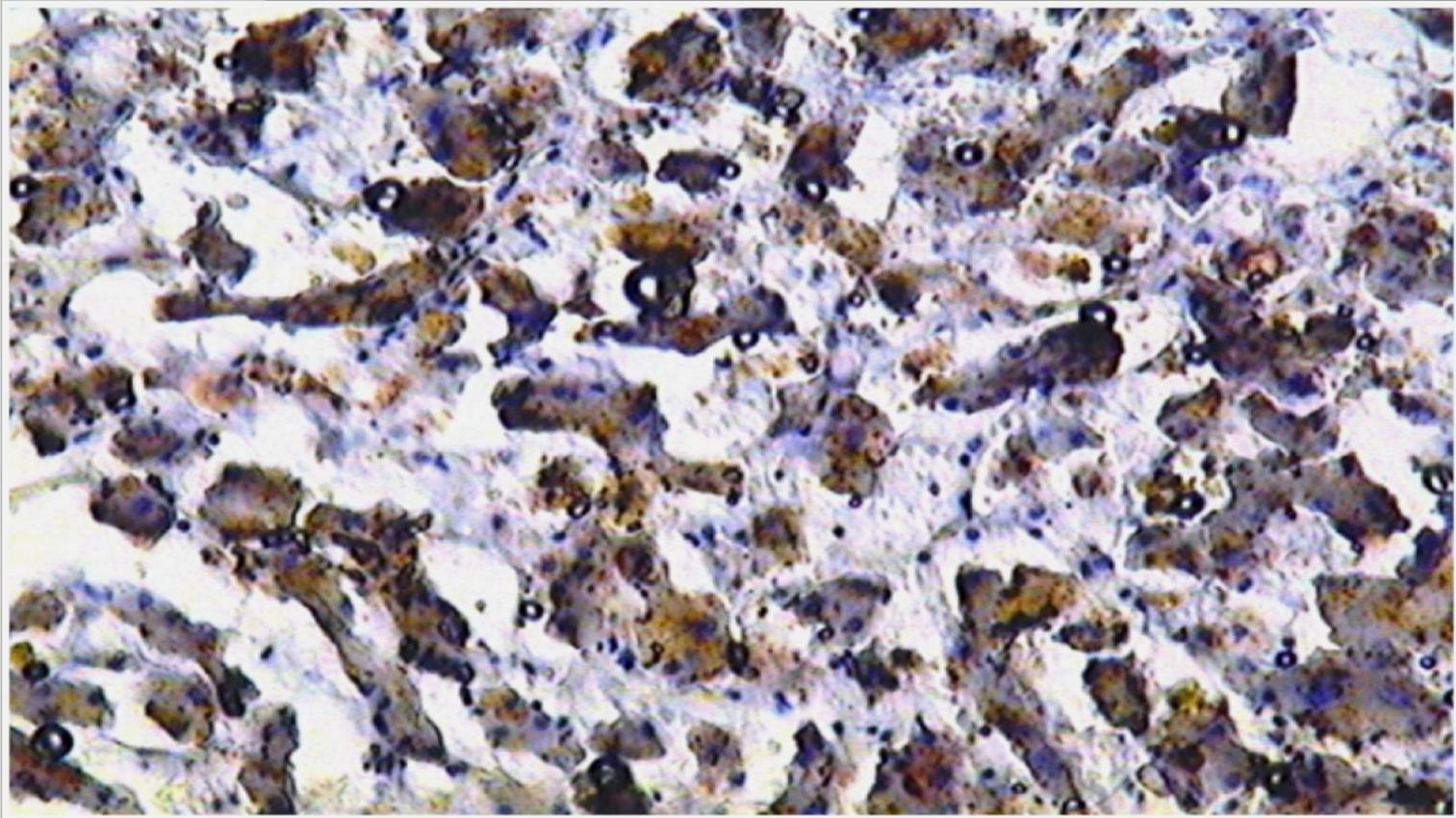
**Окраска гематоксилином и эозином**

## Накопление нейтрального жира (кирпично-красный цвет) в цитоплазме гепатоцитов



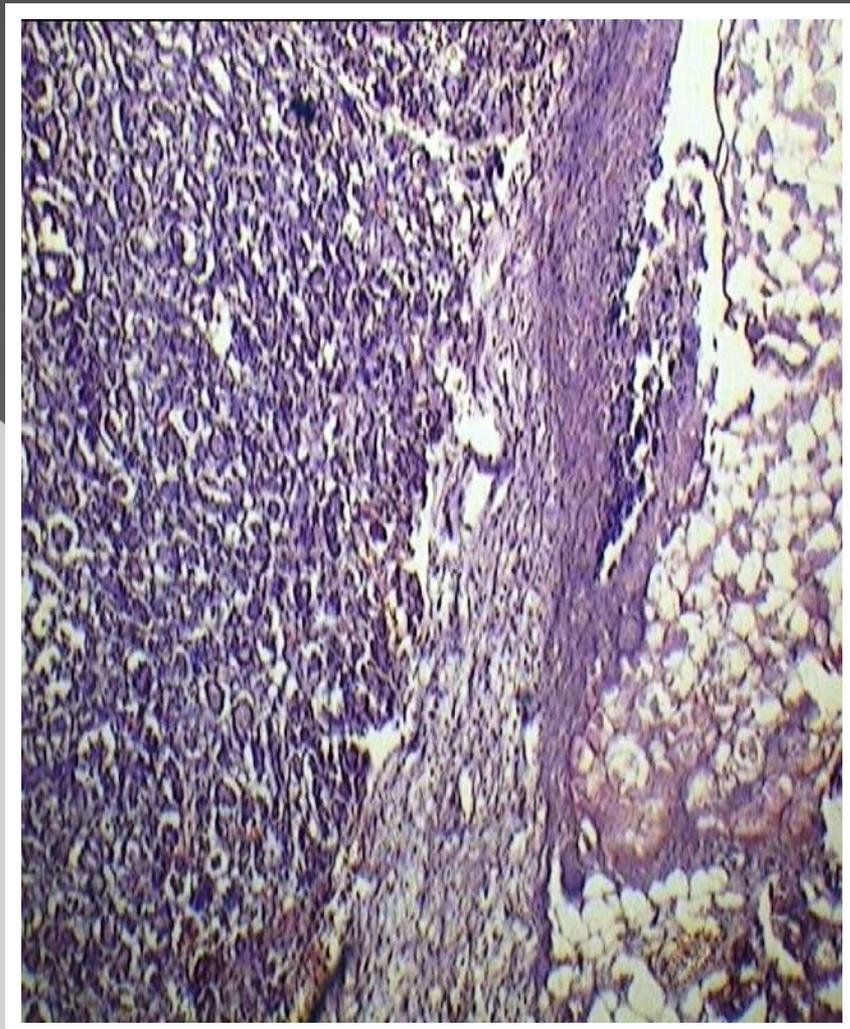
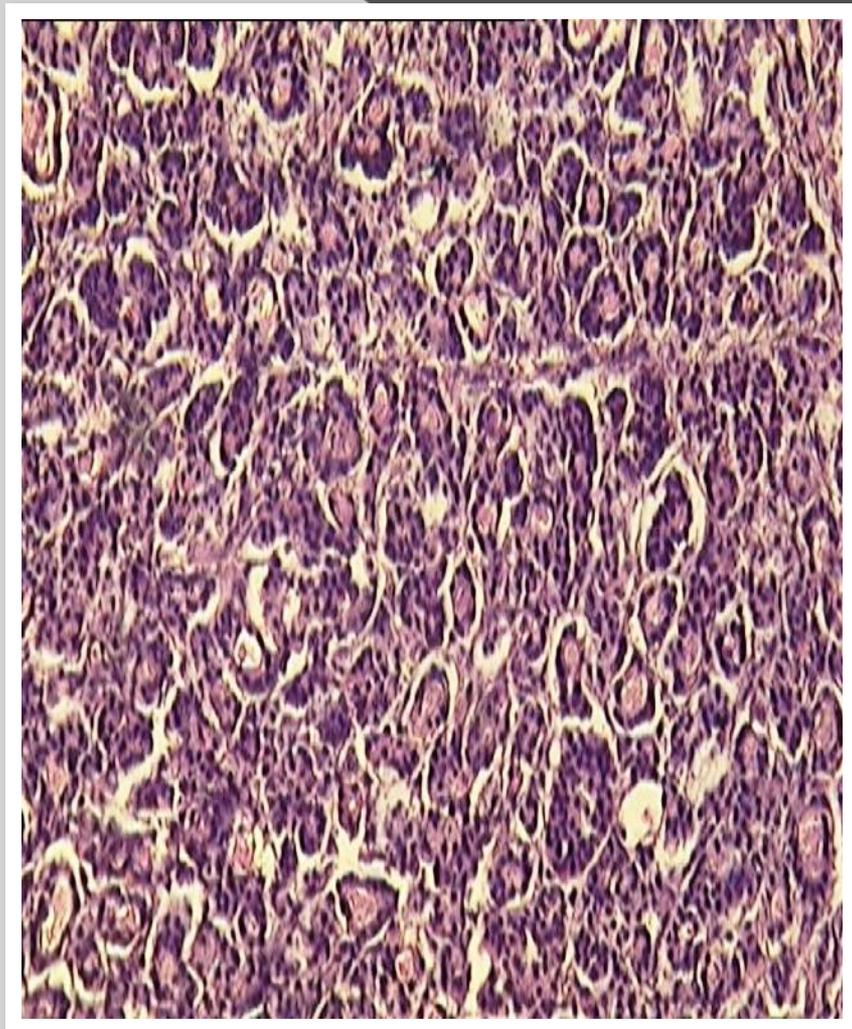
Окраска суданом III на жир

# Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



**Окраска Судан IV на жир**

**Слева относительно неизменённая ткань поджелудочной железы, справа жировой некроз**



При аутопсии часто обнаруживают острый панкреатит (М. Уильямс, 1999).

# Клинический пример (№3):

- Беременная Б., 38 лет, повторнородящая
- В 31 - 32 нед. ОРВИ
- В 32 нед. ухудшение состояния (жалобы на повышение температуры, ознобы, слабость, тошноту, рвоту, головокружение, иктеричность кожных покровов и склер).
- Первоначальный диагноз в ЦРБ: Вирусный гепатит.
- Лечение в условиях инфекционного отделения
- Срок установления диагноза ОЖДП – на 4-е сутки
- Лабораторные данные .....

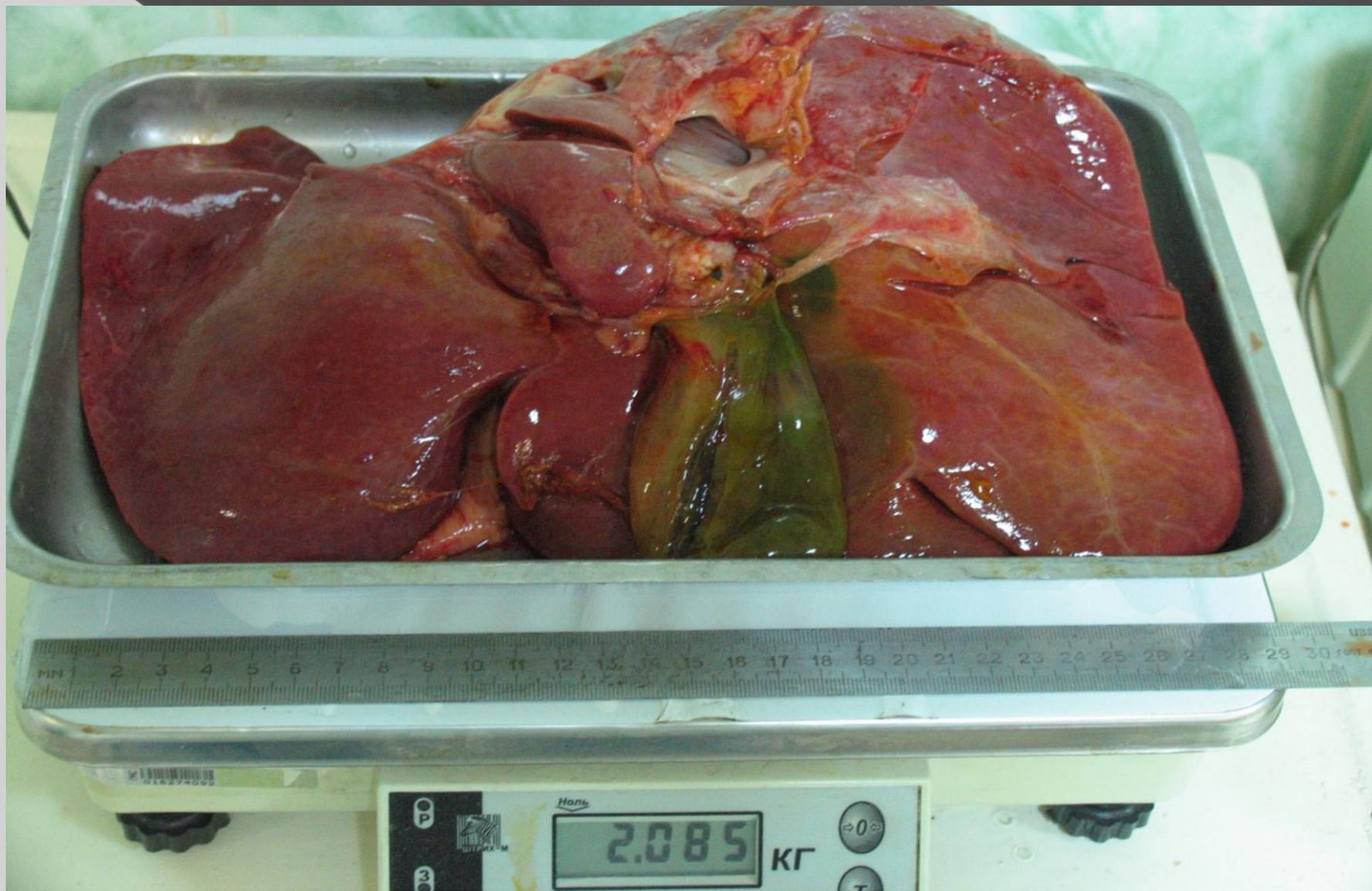
# Исход беременности

- Экстренное кесарево сечение – на 4-е сутки от поступления и на 18 от начала заболевания (по поводу ОЖДП).
- Гистерэктомия.
- Кровопотеря – более 2000 мл.
- Релапаротомия по поводу внутреннего коагулопатического кровотечения.
- Умерла на 6-е сутки после родоразрешения; на 20-е сутки от начала заболевания.

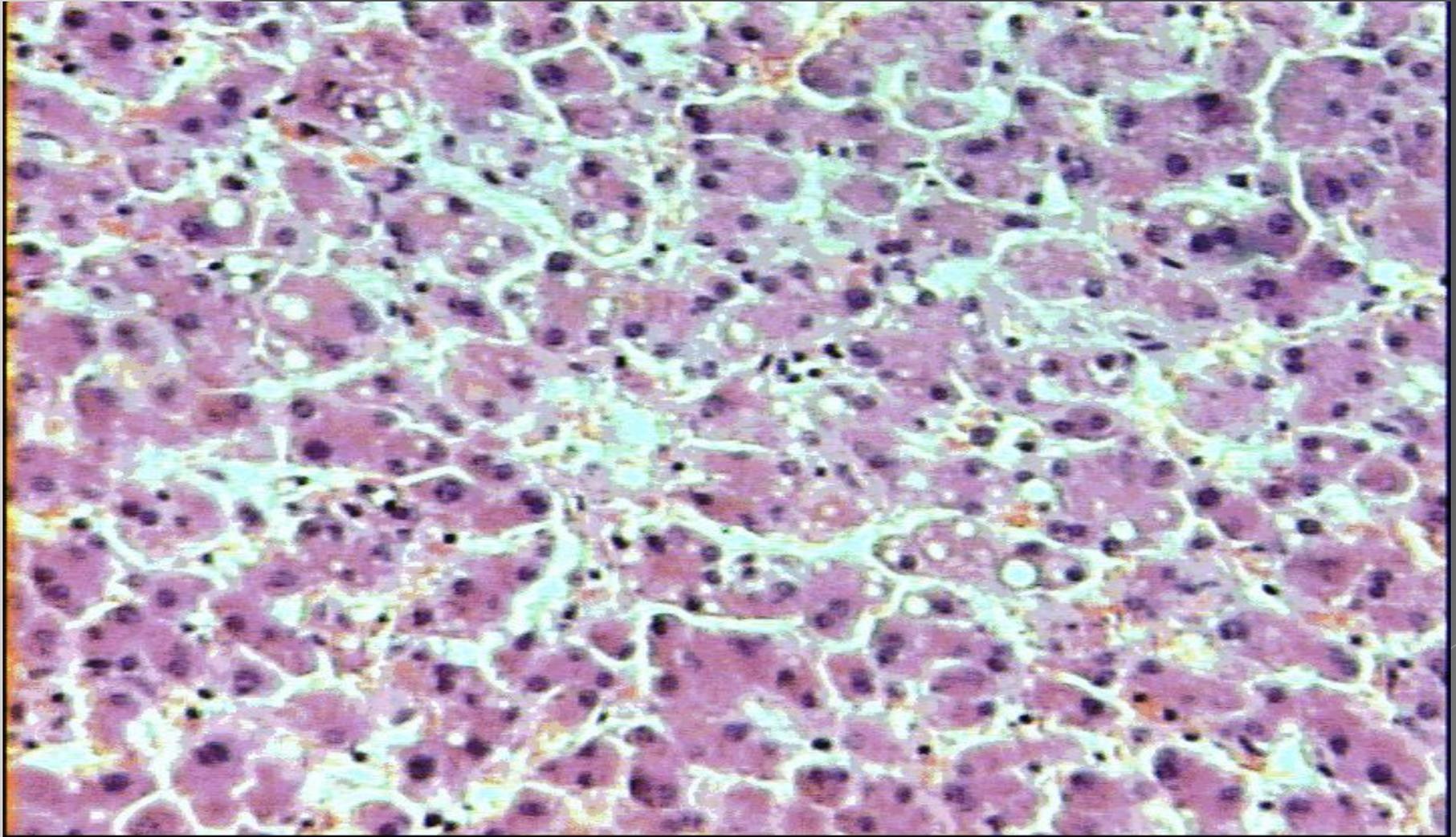
# Патолого-анатомический

## диагноз:

- **ОСНОВНОЙ:** Тяжелый атипичный гестоз, при беременности 33-34 недели. Острый жировая дистрофия печени. Шифр МКБ: XV O 14.1
- **ФОН.:** Множественные интрамуральные лейомиомы матки.
- **ОСЛ.:** ДВС-синдром. Массивное внутрибрюшное кровотечение. Массивная гематома клетчатки малого таза. Геморрагический шок. Отек легких. Отек головного мозга с дислокацией стволовых структур. Двусторонняя долевая фибринозная пневмония.

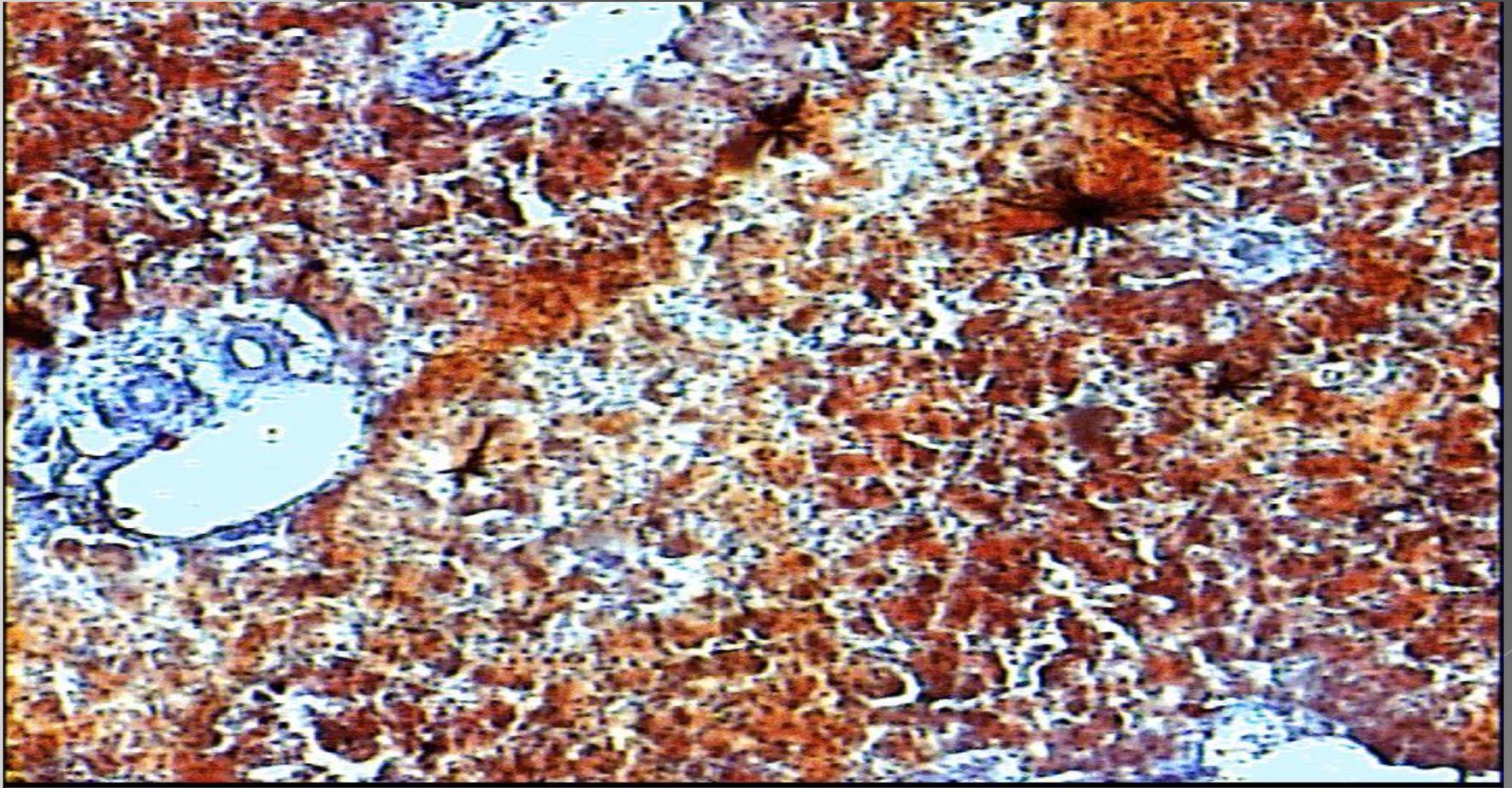


# Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



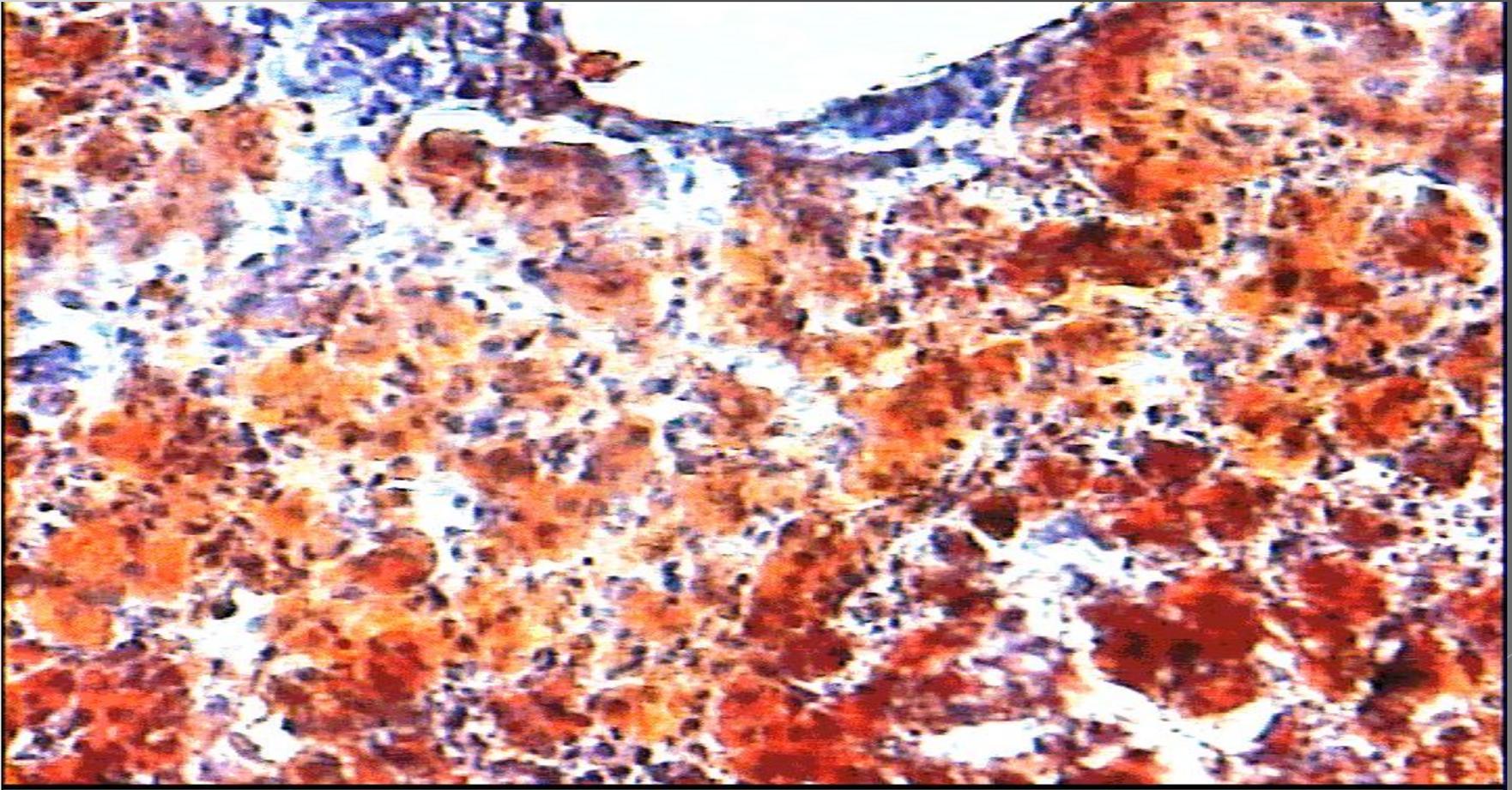
Окраска гематоксилином и эозином

# Накопление нейтрального жира (кирпично-красный цвет) в цитоплазме гепатоцитов

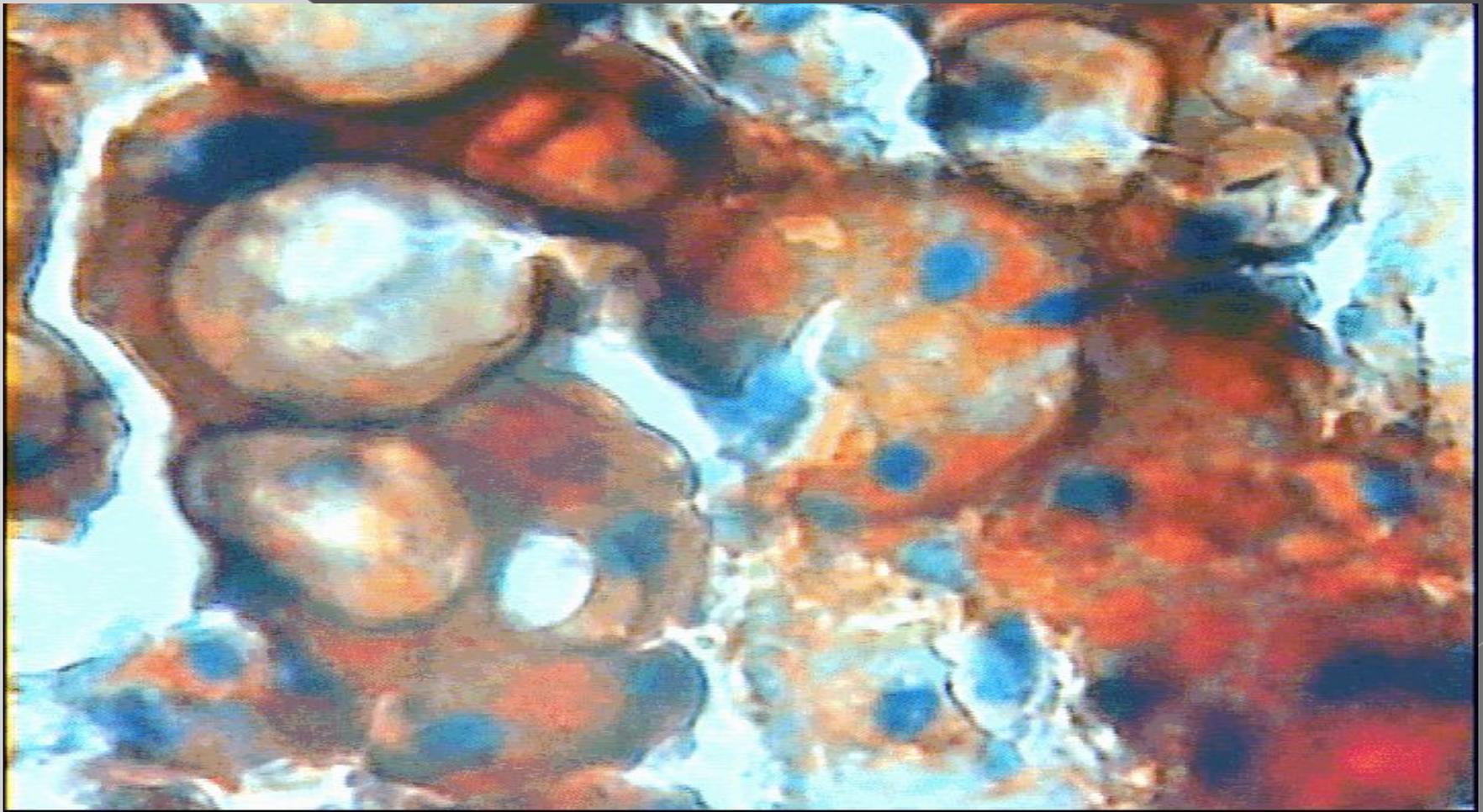


Окраска суданом III на жир

**Накопление нейтрального жира (кирпично-красный цвет) в цитоплазме гепатоцитов**



# Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



# Отек и вклинение головного мозга



# HELLP – синдром



- Термин HELLP (**Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets**) – гемолиз, увеличение активности печеночных энзимов (ферментов) и тромбоцитопения – ассоциируется с крайне тяжелой формой преэклампсии и эклампсии.
- **Hemolysis** - свободный гемоглобин в сыворотке и моче
- **Elevated Liver enzymes** - повышение уровня АСТ, АЛТ
- **Low Platelets** – тромбоцитопения.

**HELLP - синдром: «ночной кошмар» врачей – акушеров**

**(«Что это, отчего это, что делать и что будет»  
(А. П. Зильбер, 1997))**

# Статистика HELLP – синдрома



- При тяжелых формах преэклампсии (гестозов) HELLP-синдром составляет **от 4 до 12% случаев** и характеризуется высокой материнской смертностью (**от 24 до 75% случаев**).
- Частота HELLP-синдрома в ведущих перинатальных центрах составляет **1 на 150-300** родов. При этом материнская смертность достигает **35%**, а перинатальная — **79%**.
- Клинические проявления возникают **в 70% случаев** до родов; в послеродовом периоде – в **30% случаев**.
- Перинатальная смертность достигает **34%**, а летальность у женщин **до 25%** (Куликов А.В., Шифман Е.М., 2013).

# Патогенетические аспекты HELLP – синдрома

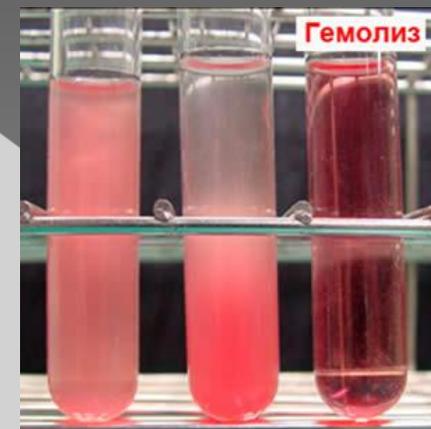
- По одной из многочисленных теорий преэклампсия объясняется гиперреакцией организма матери на антигены плода, что сопровождается появлением иммунных комплексов, поражением почек, сосудов, плаценты с выделением тромбопластина и активацией тромбоза и ДВС.



# Патогенетические аспекты HELLP – синдрома

Патофизиологические изменения, характерные для тяжелой преэклампсии, происходят преимущественно в печени и обусловлены сегментным вазоспазмом, приводящим к нарушению кровотока в синусоидах печени и растяжению глиссоновой капсулы (боли в верхней части живота); гепатоцеллюлярному некрозу, вызывая подъем трансаминаз.

Тромбоцитопения и гемолиз возникают в результате повреждения эндотелия в обструктивно измененных сосудах.



# Патогенетические аспекты HELLP – синдрома



# Патогенетические аспекты HELLP – синдрома

- Если этот порочный круг, состоящий из повреждения эндотелия и внутрисосудистой активации системы свертывания, не прерывается, то в течение **нескольких часов развивается ДВС-синдром со смертельным кровотечением.**
- В некоторых случаях проявляются не все симптомы HELLP-синдрома (отсутствие гемолитического синдрома определяется как ELLP-синдром). При отсутствии или незначительных проявлениях тромбоцитопении заболевание называют HEL-синдромом.



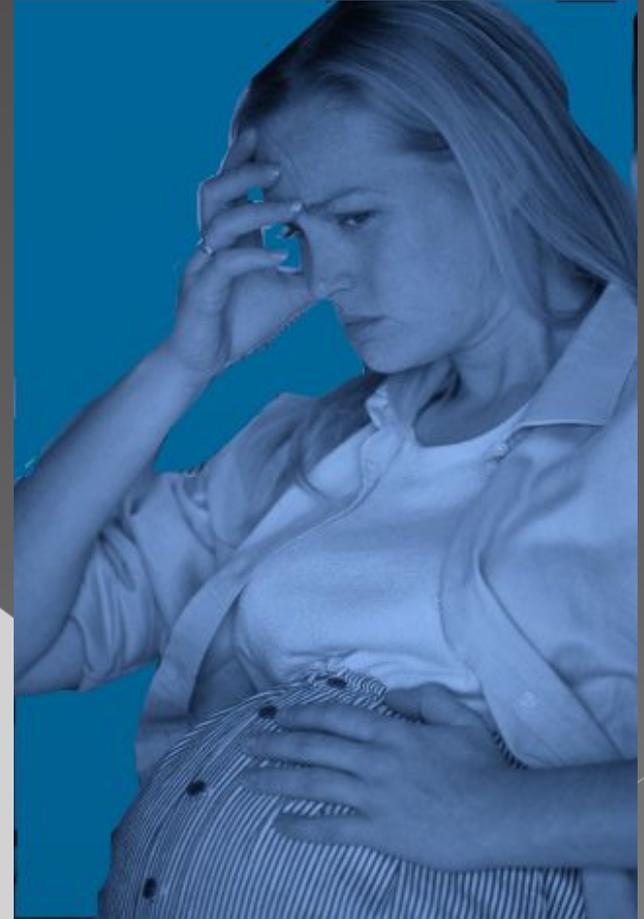
# КЛИНИКА

- Для HELLP-синдрома характерно наличие полиорганных нарушений:
- Центральной нервной системы;
- Дыхательной системы;
- Сердечно-сосудистой системы;
- Системы гемостаза;
- Печени;
- Почек.



# Клинические признаки и симптомы

- жалобы на спонтанные боли и болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье,
- желтуха,
- гипербилирубинемия,
- протеинурия,
- гематурия,
- гипертензия,
- анемия,
- тошнота,
- рвота;
- возможно появление кровоизлияний в местах инъекций.



# Осложнения HELLP-синдрома

- ДВС-синдром и маточное кровотечение;
- отслойка плаценты;
- острая печеночно-почечная недостаточность;
- отек легких;
- плевральный выпот (экссудативный плеврит);
- респираторный дистресс-синдром;
- субкапсулярная гематома печени с ее разрывом и внутрибрюшным кровотечением;
- отслойка сетчатки;
- кровоизлияние в мозг.

**Каждое из этих осложнений может  
быть причиной смерти**

# Необходимый объём обследования

<b>Гематологические</b>	Гематокрит, тромбоциты, ПТВ, АЧТВ, фибриноген, ПДФ, мазок красной крови, кровь и моча на свободный гемоглобин.
<b>Сердечно-сосудистая система</b>	ЭКГ, эхокардиография
<b>Функция печени</b>	АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин (непрямой), глюкоза крови, УЗИ органов брюшной полости, ЯМРТ. (При болях в эпигастральной и в правой подрёберной области.)
<b>Функция поджелудочной железы</b>	Амилаза плазмы крови.
<b>Функция почек</b>	Диурез, мочевины, креатинин, мочевины, мочевая кислота.
<b>Фетоплацентарный комплекс</b>	Мониторинг состояния плода, ультразвуковое исследование.

# Дифференциальный диагноз HELLP-синдрома (В.В. Каминский и соавт., 2005)

- внутрипеченочным холестаазом;
- желчно-каменной болезнью (в любые сроки беременности);
- синдромом Дабина-Джонсона (во II или III триместре);
- острой жировой дистрофией печени беременных;
- вирусным гепатитом;
- лекарственным гепатитом;
- хроническим заболеванием печени (циррозом);
- синдромом Бадда-Киари;
- мочекаменной болезнью;
- гастритом;
- идиопатической тромбоцитопенической пурпурой;
- гемолитическим уремическим синдромом;
- системной красной волчанкой.



# Дифференциальная диагностика HELLP-синдрома и ОЖДП

Признак	HELLP	ОЖДП
Микроангиопатическая гемолитическая анемия	+	+
Тромбоцитопеническая пурпура или кровотечение	+	+
Неврологическая симптоматика	+	±
Гипертермия	±	±
Нарушение функции почек	±	+
Артериальная гипертензия	+	±
Связь с преэклампсией и эклампсией	+++	±

+ - Достоверные симптомы.

± - Слабо-достоверные симптомы

# Интенсивная терапия HELLP-синдрома

- Цели интенсивной терапии:
- Устранение гемолиза и тромботической микроангиопатии.
- Профилактика синдрома мультисистемной дисфункции.
- Оптимизация неврологического статуса и экскреторной функции почек (креатинин плазмы и клиренс креатинина).
- Нормализация артериального давления.



Следует помнить, что единственный патогенетический метод лечения – прерывание беременности, т.е. родоразрешение.

# Протокол интенсивной терапии:

- **Госпитализация в палату интенсивной терапии.**
- Инфузионная терапия (кристаллоиды, гидроксипроксиэтилированный крахмал, альбумин, свежзамороженная плазма, криопреципитат).
- Индивидуально ориентированная антигипертензивная терапия.
- Плазмаферез с замещением свежзамороженной плазмой желательнее провести до родоразрешения.
- Трансфузии тромбоцитарной массы при тромбоцитопении  $J 50 \cdot 10^9 / \text{л}$ .
- Медикаментозная терапия: дипиридамола (курантил), аспирин, преднизолон, иммуносупрессоры (цитостатики - после родоразрешения).
- Антибактериальная терапия с учетом нефротоксичности препаратов.
- Антитромбин III. (С целью профилактики вводят 1000-1500 МЕ/сут. При лечении начальная доза составляет 1000-2000 МЕ/сут, затем 2000-3000 МЕ/сут.)

**При установлении диагноза «HELLP-синдром» беременность следует прервать в течение 24 ч независимо от ее срока. Все лечебные мероприятия являются подготовкой к родоразрешению, которое должно быть неотложным .**

# Показания к экстренному родоразрешению

- прогрессирующая тромбоцитопения;
- признаки резкого ухудшения клинического течения преэклампсии;
- нарушения сознания и грубая неврологическая симптоматика;
- прогрессирующее ухудшение функции печени и почек;
- беременность 34 недели и более;
- дистресс плода.

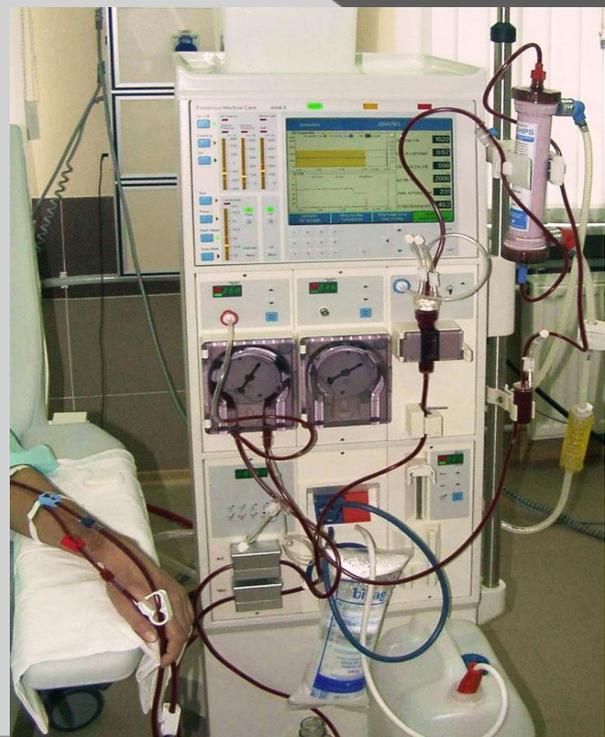


# Интенсивная предоперационная подготовка и интенсивная терапия после родоразрешения включают:

- **ЭФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ** – плазмаферез, ультрагемофильтрацию, гемодиализ.
- строго индивидуализированную антигипертензивную терапию;
- уменьшение гиповолемии, гипопротейнемии, внутрисосудистого гемолиза;
- коррекцию метаболического ацидоза;
- соответствующую инфузионно-трансфузионную терапию;
- спазмолитики, дезагреганты;
- стабилизацию показателей гемостаза;
- реокоррекцию крови (антикоагулянты и дезагреганты, в частности низкомолекулярные гепарины **[КЛЕКСАН, фраксипарин]**, пентоксифиллин **[трентал]** и др.

# Эфферентные методы лечения в акушерстве:

- Эфферентные или экстракорпоральные методы лечения в настоящее время широко применяются в различных областях медицины, прежде всего для восстановления нарушенного гомеостаза.



# Эффективные методы лечения в акушерстве



- — профилактика и лечение ранних токсикозов
- и преэклампсии;
- — заболевания печени и почек при беременности;
- — HELLP-синдром;
- — ГСО послеродового и послеоперационного периодов;
- — купировании синдрома ПОН, развившегося вследствие массивного кровотечения, гнойно-септических осложнений, тромбофилических состояний (кардиогенный шок, тромбоэмболия легочной артерии, антифосфолипидный синдром и др.);
- — профилактике и терапии резус-конфликта между матерью и плодом;
- — невынашивании беременности, обусловленной АФС синдромом
- — лечении цитомегаловирусной и герпетической инфекции.

# Основные ошибки во время ведения беременности и родов

- **несвоевременное** выявление преэклампсии в амбулаторных условиях;
- **поздняя** госпитализация беременных;
- **недооценка** степени тяжести преэклампсии в условиях стационара;
- **неадекватная** терапия;
- **необоснованное** пролонгирование беременности при отсутствии положительного эффекта от лечения;
- **нерациональное** родоразрешение (запоздалое и не адекватное).



# Заключение:

- При любом нарушении функции печени, развившемся в III триместре беременности, врач обязан **заподозрить ОЖДП**.
- Дифференциальная диагностика – **должна проводиться в экстренном режиме** (вирусный гепатит, HELP- синдром, холестаза беременных, гепатотоксичность).
- Беременные с ОЖДП нуждаются в экстренном родоразрешении, **операция выбора – кесарево сечение**.
- Дальнейшее лечение проводится **в условиях реанимационного отделения** (АРКЦ или многопрофильной больницы) **совместно реаниматологами, акушерами-гинекологами, гепатологами** (с привлечением необходимых специалистов).

## Специальная литература по теме лекции:

- Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
- В.Н. Серов, Г.Т. Сухих и др. Неотложные состояния в акушерстве – М., 2011.
- Хилькевич Е.Г. Акушерство и гинекология. Схемы лечения / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М., 2013
- Шифман Е. М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP – синдром, Петрозаводск, 2002.
- Куликов А.В., Шифман Е.М. и др. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром) Клинические рекомендации – Тольяттинский мед. консилиум – 2013 – С.84-107.
- Грицан Г.В., Грицан А.И. и др. HELLP-синдром и острый жировой гепатоз беременных : метод. рекомендации для ИПО // Красноярск, Тип. КрасГМУ.- 2013.- 41 с.
- Грицан А.И., Грицан Г.В., Колесниченко и др. Особенности анестезии и интенсивной терапии критических состояний в акушерстве и гинекологии // Красноярск, ООО Электробыттехника.- 2013.- 382 с.

# Спасибо за внимание!



**«Сложные  
проблемы всегда  
имеют простые,  
легкие для  
понимания, но  
неправильные  
решения»**

**ИЗ ЗАКОНОВ МЕРФИ**