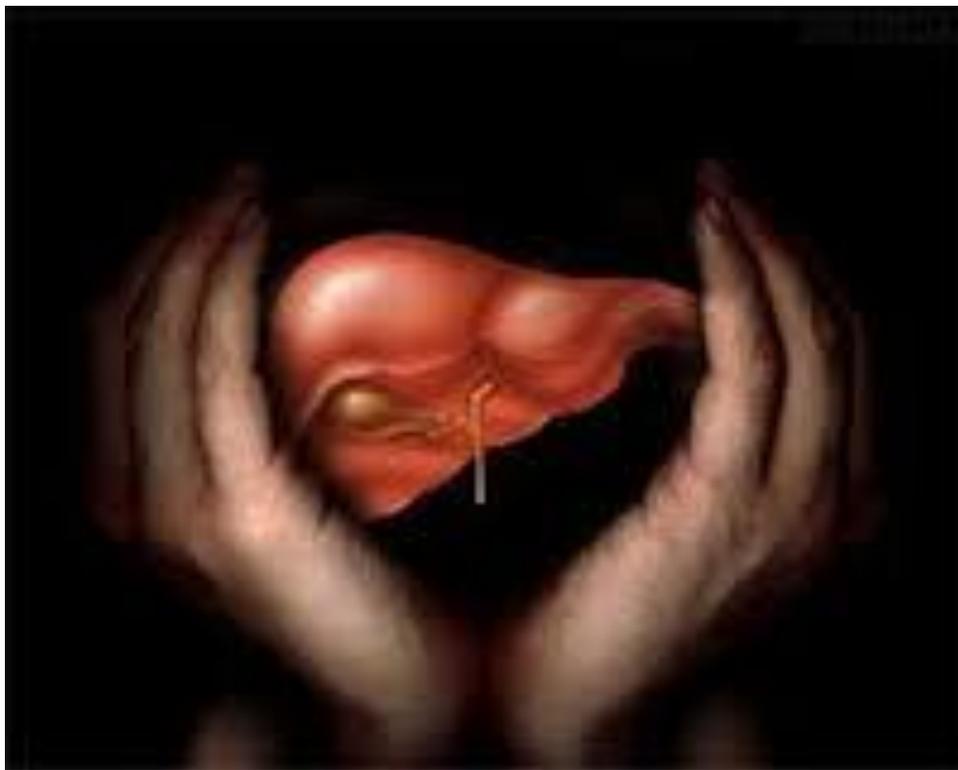


ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ



- Доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета к.м.н.
- Турлупова Т.И.

ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ.

Однако печеночные пробы при беременности могут отличаться от таковых у небеременных женщин, что связано с

- увеличением нагрузки в связи с необходимостью детоксикации продуктов метаболизма плода
- увеличением синтеза альбуминов увеличением продукции эстрогенов и прогестерона, которые метаболизируются печенью

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Повышаюся активность щелочной фосфотазы и уровень холестерина.
Уровень аминотрансфераз и билирубина обычно не меняются.
Пробы нормализуются спустя 2-6 недель после родов.

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Обусловленные патологией беременности

- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острая жировая дистрофия печени беременных(острый жировой гепатоз)
- HELLP-синдром
- Поражение печени при тяжелых формах преэклампсии
- Поражение печени при чрезмерной рвоте беременных

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

2.Связанные с сопутствующими заболеваниями

- Остро возникшие на фоне беременности: острые вирусные гепатиты (А,С,Д, Е, а также ЦМВ, ВПГ, ЭБВ и др.), лекарственные, токсические (алкоголь, наркотики и др.), обструкция общего желчного протока (механическая желтуха), некоторые бактериальные и паразитарные инфекции, сепсис.
- Предшествовавшие беременности: хронические заболевания печени различной этиологии, гемолитические анемии, семейные негемолитические гипербилирубинемии и т.д.

**ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
БЕРЕМЕННОСТЬЮ, НАЧИНАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В 3
ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Это относительно доброкачественное заболевание, этиология и патогенез которого до сих пор обсуждаются.

Предполагается, что существенную роль в его развитии играют генетические факторы – генетически обусловленная повышенная чувствительность к эстрогенам.

Беременность играет роль триггерного фактора, поскольку к концу нормальной гестации содержание эстрогенов в организме увеличивается в 1000 раз

КЛИНИКА

- - Кожный зуд в любой части тела, особенно выраженный по ночам
 - Бессонница, раздражительность, слабость, снижение аппетита
 - Желтуха, появляющаяся через 1-2 недели после начала зуда
 - Потемнение мочи
 - Повышение уровня сывороточного билирубина (обычно, прямого), чаще не выше 50 ммоль\л

- Повышение уровня щелочной фосфатазы, холестерина и желчных кислот
- Биопсия печени выявляет депонирование желчи непосредственно в гепатоцитах или застой в канальцах. Некроз гепатоцитов отсутствует.
- Концентрация желчных кислот повышена не только в крови матери, но и в амниотической жидкости и в крови пуповины, что повышает риск плохого исхода для плода

ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА, ПОСКОЛЬКУ ХОЛЕСТАЗ НЕ ОТЯГОЩАЕТ СЕРЬЕЗНО СОСТОЯНИЕ МАТЕРИ

Чаще лечение направлено на симптоматическое купирование зуда и тщательный мониторинг состояния плода.

Назначаются седативные и антигистаминные препараты, препараты урсодиоксихолиевой кислоты

Эффективным является холестирамин., который образует в кишечнике невсасывающиеся комплексы с желчными кислотами , тем самым усиливая их выведение и снижая их концентрацию. Может облегчить зуд на 1-2 недели.

Дексаметазон, угнетая выработку плацентой эстрогенов, участвующих в патогенезе холестаза, тоже может дать положительный терапевтический эффект

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ (ОЖГБ)

Одно из самых тяжелых осложнений
беременности с материнской летальностью до
60-85% по данным отечественных авторов

Синонимы ОЖГБ: острая жировая
инфильтрация печени беременных, острая
жировая дистрофия печени беременных, острая
желтая дистрофия печени беременных, острая
жировая печень беременных

ОЖГБ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ МЕЖДУ 32 И 36 НЕДЕЛЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ

- Чаще бывает у первородящих.
- Чаще – у беременных, вынашивающих плод мужского пола
- Иногда встречается наследственная предрасположенность
- Отмечены случаи определенных генетических аномалий – трансмутаций по альфа-субъединице белка, отвечающего за окисление липидов

- **Макроскопически печень имеет ярко-желтую окраску, при микроскопическом исследовании гепатоциты выглядят набухшими, с каплями жира в цитоплазме. Печеночная архитектоника не нарушена. Некроза гепатоцитов и воспалительной инфильтрации стромы нет, что позволяет дифференцировать ОЖДП от других заболеваний и прежде всего от острого вирусного гепатита.**

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ (ОЖГБ)

Этиология до конца не известна, не установлена и связь с географическими или этническими особенностями

Жир в печени накапливается вследствие избыточного поступления в печень свободных жирных кислот, нарушения скорости окисления жирных кислот в митохондриях гепатоцитов, избыточного образования и всасывания свободных жирных кислот в кишечнике. Нормальное содержание жира в печени не превышает 5%, а при ОЖГ увеличивается до 13-19%.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ

Есть мнение, что ОЖГБ и преэклампсия могут быть проявлениями одной и той же болезни – в 30-40% случаев ОЖДП есть клинические признаки тяжелой преэклампсии.

При ОЖГБ очень низок уровень антитромбина III , что отличает этот процесс от других заболеваний

При преэклампсии уровень антитромбина III нормальный или слегка понижен, при HELLP-синдроме он не ниже 66%.

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ ОЖГБ

1 стадия - дожелтушная
(может длиться несколько недель)

2 стадия - желтушная
(развивается быстро)

3 стадия - заключительная
(обычно спустя несколько дней после развития желтухи)

КЛИНИКА ОЖДП (ДОЖЕЛТУШНАЯ СТАДИЯ)

Иногда развивается после перенесенной ОРВИ

- Появляется слабость, головокружение, отсутствие аппетита, головная боль, тошнота, рвота(при тяжелой рвоте –рвотные массы типа «кофейной гущи»)
- Беспокоит боль в эпигастральной области, что может симулировать холецистит
- Умеренная гипертензия
- Иногда-кожный зуд
- Позже появляется желтуха
- Симптомы преэклампсии в 50% случаев
Лабораторных изменений на этой стадии еще нет, либо они незначительны.

КЛИНИКА ОЖДП(2-3 СТАДИИ)

- желтуха
- прогрессивное ухудшение состояния
- уменьшение размеров печени
- антенатальная гибель плода (если это происходит, то прогноз для матери ухудшается)
- прогрессирующая печеночная недостаточность с энцефалопатией и коагулопатией
- почечная недостаточность, сопровождающаяся олигурией и уремией
- недостаточность сердечно-сосудистой системы
- гепатопульмональный синдром
- заторможенность, кома





КЛИНИКА ОЖДП

Дифференциальный диагноз при желтушной стадии

проводится со следующими состояниями: острый холецистит и холангит, острый гепатит с фульминантным (молниеносным) течением, холестатический гепатоз беременных.

Дифференциальный диагноз при дожелтушной стадии

проводится с ОРВИ, острой хирургической патологией

- Несоответствие тяжести состояния больной этим диагнозам.
- Прогрессивное ухудшение состояния
- Отсутствие стойкого эффекта от проводимой в этих случаях традиционной терапии.
- Подтверждением правильности диагноза ОЖГБ, можно считать быстрое улучшение состояния пациентки после родоразрешения.

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИ ОЖГБ РАЗВИВАЕТСЯ ДВС-СИНДРОМ

- ведет к отложению фибрина в жизненно важных органах
- усиливает кровоточивость вследствие коагулопатии потребления
- приводит к полиорганной недостаточности

Основная причина коагулопатии-тяжелое нарушение функции печени.

Дополнительным фактором является резкое угнетение синтеза антитромбина III – четкий дифференциальный признак

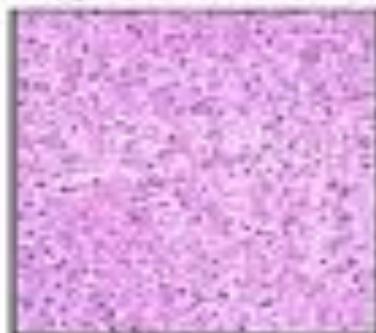
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- Снижение количества тромбоцитов, повышение протромбинового времени и АЧТВ
- Низкий атитромбин-3
- Повышение уровня билирубина
- Умеренное повышение активности щелочной фосфатазы
- Умеренное повышение аминотрансфераз
- Повышение остаточного азота и креатинина

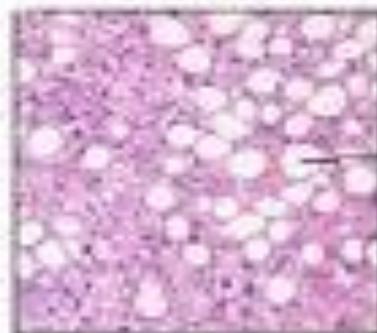
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Компьютерная томография(снижение рентгенологической плотности)
- УЗ-исследование (повышенная эхогенность)
- Биопсия печени –печень инфильтрирована микроскопическими капельками жира. Некроз гепатоцитов встречается очень редко. Это единственный достоверный метод, но с учетом тяжелого ДВС-синдрома очень опасный, поэтому прибегать к нему не рекомендуется.

Здоровая печень



Жировое перерождение
печени



Скопления
жира



СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ

Только при раннем распознавании и интенсивном лечении возможно сохранение жизни матери и ребенка.

-Госпитализация в отделение интенсивной терапии многопрофильного стационара с возможностью протезирования функции органов (дыхание, печень, почки)

-Лекарственная терапия во время беременности и применение плазмафереза неэффективны

-Экстренное абдоминальное родоразрешение

-Посиндромная терапия

Улучшение после родов наступает медленно, полное выздоровление занимает около месяца.

HELLP- СИНДРОМ-HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES, LOW PLATELETS

Термин впервые предложил в 1985 году

L. Weinstein, связывая описанные нарушения с тяжелой преэклампсией и эклампсией.

При тяжелой преэклампсии встречается в 4-12% случаев и характеризуется высокой материнской и перинатальной смертностью.

Чаще встречается среди белой и китайской расы, намного реже среди восточно-индийских популяций.

Тяжелая преэклампсия уже сама по себе является синдромом полиорганной недостаточности, развивающимся при беременности, а присоединение HELLP-синдрома свидетельствует о крайней степени дезадаптации функций организма матери в попытке обеспечить потребности плода

В типичном случае возникает у повторнородящей с преэклампсией, в возрасте старше 25 лет, имеющей осложненный акушерский анамнез.

Начало клинических проявлений HELLP-синдрома возможно как до так и после родов.

ПАТОГЕНЕЗ

Существует мнение, что беременность является аллотрансплантатом, а HELLP-синдром как аутоиммунная реакция может проявляться не только во время беременности, но и в послеродовом периоде - первые 24-48 часов после родов –это время максимального иммунного ответа после гормональной бури, которую несет в себе сам момент родов. В сыворотке больных обнаруживаются антитромбоцитарные, антиэпителиальные и другие аутоантитела

ПАТОГЕНЕЗ

Основные этапы развития HELLP-синдрома:
аутоиммунное повреждение эндотелия;
гиповолемия со сгущением крови;
образование микротромбов с последующим
фибринолизом.

Образуются иммунные комплексы, повреждающие
эндотелий, что приводит к увеличению агрегации
тромбоцитов.

Высвобождение тромбоксана при разрушении
тромбоцитов ведет к нарушению равновесия в
тромбоксан-простоглициновой системе, итогом
чего является мультисистемная дисфункция

Причиной прогрессирующей тромбоцитопении у больных с HELLP-синдромом является не только повышенное потребление тромбоцитов при генерализованном повреждении эндотелия, но и значительное снижение концентрации тромбопоэтина – цитокина, регулирующего уровень циркулирующих тромбоцитов.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Чаще начинается с неспецифических симптомов, напоминающих вирусную инфекцию.

Ранние клинические признаки –тошнота, рвота, боли в эпигастрии и в правом подреберье, отеки.

В 40-60% случаев имеется классическая триада симптомов преэклампсии –отеки, гипертензия , протеинурия.

Характерна боль в правом подреберье и эпигастральной области

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Возможна гепатомегалия и признаки раздражения брюшины. Раздражение диафрагмального нерва увеличивающейся печенью может вызвать отраженную боль в зоне его иннервации, вплоть до начала корешков С4-С5.

Неврологическая симптоматика –головная боль, возможны судороги

Нарушения зрения , отслойка сетчатки, кровоизлияние в стекловидное тело

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

Изменения часто появляются до развития клинических проявлений.

- увеличение концентрации гиалуроновой кислоты
- увеличение концентрации Д-димера (указывает на активный лизис фибрина вследствие увеличения продукции тромбина в ответ на повреждение тканей)
- снижение количества тромбоцитов (ниже 150-100 тыс)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- внутрисосудистый гемолиз эритроцитов
- повышение активности печеночных ферментов
- повышение активности лактатдегидрогеназы
(отражает повреждение гепатоцитов и тяжесть гемолиза)

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Беременные с HELLP-синдромом родоразрешаются путем операции кесарева сечения в экстренном порядке при поступлении в акушерский стационар после срочного проведения необходимого обследования и подготовки.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- инфузионная терапия (кристаллоидные растворы, гидроксипропилированный крахмал, альбумин, свежезамороженная плазма, криопреципитат)
- гипотензивная терапия, подобранная индивидуально
- трансфузия тромбоцитарной массы (при тромбоцитах ниже 50 тыс)
- глюкокортикоиды
- плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- инфузионная терапия (кристаллоидные растворы, гидроксипропилированный крахмал, альбумин, свежезамороженная плазма, криопреципитат)
- гипотензивная терапия, подобранная индивидуально
- трансфузия тромбоцитарной массы (при тромбоцитах ниже 50 тыс)
- глюкокортикоиды
- плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой

При обезболивании операции кесарева сечения методом выбора является общая анестезия.

Высок риск кровотечения не только во время родоразрешения, но и в последующие 72 часа, что требует тщательного наблюдения и мониторинга свертывающей системы крови.

ОСЛОЖНЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА

- ДВС-синдром
- отслойка плаценты
- острая почечная недостаточность
- отек легких
- субкапсулярные гематомы и разрывы печени
- отслойка сетчатки

ПРОГНОЗ

Риск развития этого же осложнения при последующих беременностях составляет от 5 до 27%.

В 40-50% случаев при последующих беременностях развивается артериальная гипертензия, сахарный диабет или же беременность заканчивается преждевременными родами.

ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ - САМОЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ЖЕЛТУХОЙ, ПРИЧИННО НЕ СВЯЗАННОЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

При одинаковых условиях для заражения в очагах инфекции беременные заболевают в 5 раз чаще чем другие лица.

ПО ЭТИОЛОГИИ РАЗЛИЧАЮТ ГА, ГВ, ГС, ГД И ГЕ

ГА-кишечная инфекция, заражение происходит фекально-оральным путем.

Источник инфекции – только больной человек. Заразен в конце инкубационного периода и в преджелтушной стадии. С появлением желтухи инфекция исчезает Вирусоносительства нет. Относится к самоизлечивающимся инфекциям и не может быть причиной хронического гепатита.

КЛИНИКА ГА

- Диспептические явления (в начальные сроки беременности могут быть приняты за ранний токсикоз)
- Повышение температуры, иногда с ознобом
- Кожный зуд
- Похудание
- Увеличение печени и селезенки
- Повышение уровня трансаминаз (еще до потемнения мочи и появления желтухи)

ГЕПАТИТ А НЕ ОКАЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННОГО, ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Роды протекают без особенностей, однако, отягощают течение болезни, в связи с чем желательно пролонгировать беременность до окончания желтухи.

Прерывание беременности независимо от срока в остром периоде заболевания может способствовать нарастанию тяжести болезни, затяжному волнообразному ее течению,

ГЕПАТИТ А

При необходимости прерывания беременности его целесообразнее производить в период реконвалесценции.

Ребенок не подвержен инфицированию и в специальной профилактике не нуждается.

В МИРЕ ИМЕЕТСЯ 1 МЛРД

ИНФИЦИРОВАННЫХ И 300 МЛН НОСИТЕЛЕЙ **ВИРУСА ГВ**,
ОКОЛО 25% ИЗ НИХ ИМЕЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА И
ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ.

Возбудитель ГВ передается от больного или
вирусоносителя с кровью и всеми
биологическими жидкостями.

Заболееваемость ГВ не имеет сезонности

Вирус ГВ устойчив во внешней среде.

Гепатит В опасен для жизни женщины и ее
плода

ГВ нередко переходит в хроническую форму

ВИРУС ГЕПАТИТА В ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ, ВОЗМОЖНО ЗАРАЖЕНИЕ ПЛОДА

В 90-95% случаев заражение плода происходит интранатально. Если ГВ завершается в течение первых 2-х триместров беременности, инфицирование ребенка не происходит, так же как и в случаях, когда к моменту родов HBsAg в крови беременной не определяется.

У инфицированных детей может возникнуть пожизненная персистенция вируса, в результате чего к 20 годам такие люди умирают от цирроза или рака печени

У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕПАТИТОМ В ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА.

Проявления печеночной недостаточности:

- Прогрессирующая желтуха
- Энцефалопатия
- Желудочно-кишечные кровотечения
- Коагулопатия
- Гипогликемия
- Почечная недостаточность
- Нарушения электролитного баланса

К РАЗВИТИЮ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ III ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ, ЗАПОЗДАЛАЯ ДИАГНОСТИКА

В стадии нарастания желтухи и интоксикации может наступить гибель плода. Если в этот период происходят преждевременные роды, то их следствием может стать массивный некроз печени и смерть женщины. Нужно максимально отсрочить роды. Прогноз благоприятнее, если роды происходят в период реконвалесценции.

ПРЕРВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГВ В **ЛЮБОМ СРОКЕ** МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К УХУДШЕНИЮ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ.

Аборты при ГВ отягощают течение болезни, особенно, если имеются признаки цитолитического синдрома с повышением уровня АЛТ(аланинаминотрансферазы). При необходимости прервать беременность можно при нормализации клинико-биохимических показателей. В послеродовом периоде течение ГВ обычно ухудшается независимо оттого, каким путем беременность прекращена. ГВ во время лактации протекает еще более тяжело.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГВ

Угроза прерывания (54%)

Преждевременные роды(47%)

Ранний токсикоз(35%)

Преэклампсия(22%)

Кровотечения(12%)

Гипотрофия плода(22%)

Перинатальная смертность(14%)

Врожденные уродства не отмечены –
тератогенность вируса не доказана

ПРОФИЛАКТИКА ВГ У БЕРЕМЕННЫХ

- Скриннинг всех беременных на носительство HBsAg
- Госпитализация не только больных, но и вирусносителей, в инфекционную больницу с акушерскими койками
- Выделение для беременных с ВГ отдельного белья и инструментов
- Использование только одноразовых шприцов и игл

ПРОФИЛАКТИКА

Для профилактики гепатита В используют рекомбинантную вакцину (вакцина Энджерикс).

Согласно национальному календарю первая вакцинация должна проводиться здоровым новорожденным в первые 12 ч жизни ребенка, вторая - через месяц, третья - в 6 месяцев жизни ребенка (вместе с прививкой против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита).

Детям, родившимся от матерей, носителей вируса гепатита В или больных вирусным гепатитом В в третьем триместре беременности, вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0-1-2-12 мес.

**ВИРУСОМ ГС ИНФИЦИРОВАН 1%
НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМЛИ.**

Риск инфицирования ГС:

- При переливании крови 55%
- При введении наркотиков в вену 20%
- При гемодиализе 12%
- При половых контактах 7%
- У медицинских работников 6%

Возможен «семейный» путь заражения – слюна,
моча

ГС ПРОТЕКАЕТ ЛЕГЧЕ ЧЕМ ГВ - В 75% СЛУЧАЕВ В СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ.

ГС опасен из-за высокой частоты носительства вируса и хронизации заболевания печени с исходом в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному.

Особого влияния на течение беременности не оказывает. Возможность инфицирования плода точно не установлена –литературные данные очень противоречивы и указывают на частоту вертикальной передачи вируса от 5% до 90%.

Печень при гепатите С



Пораженная
ткань

Цирроз

Цирроз и рак

ВИРУС ГД ОТКРЫТ В 1977 ГОДУ. ЭТОТ «ДЕФЕКТНЫЙ» ВИРУС НЕ МОЖЕТ СУЩЕСТВОВАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО, ДЛЯ РЕПРОДУКЦИИ ОН ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ ПОД ОБОЛОЧКОЙ ВИРУСА ГВ

Инфекция передается половым и парентеральным путем. Достаточно высока частота бессимптомного вирусоносительства.

Присоединение ГД к ГВ вызывает увеличение тяжелых форм заболевания в 3 раза. При этом фульминантная (молниеносная) форма заболевания регистрируется у 25% больных

У заболевших при беременности высок % преждевременных родов и мертворождения

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ ВОДНЫМ ПУТЕМ

У беременных течение ГЕ очень тяжелое- умирает 22% беременных, а при возникновении во второй половине беременности летальность возрастает до 40-70%

Молниеносное развитие печеночной недостаточности происходит у 10-30% заболевших беременных

ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЕТ ГЕ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- Развитие почечно-печеночного синдрома-некроз печени, острая печеночная энцефалопатия, гемолиз крови, гемоглобинурия, повреждение канальцев почек, олигурия, уремия
- Геморрагические осложнения в родах
- Желудочно-кишечные, легочные, носовые кровотечения
- Невынашивание беременности

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е

Острая печеночная недостаточность, энцефалопатия и кома особенно быстро развиваются после прерывания беременности - 65% материнской летальности при ГЕ связаны с прекращением беременности

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е

Заболеваемость новорожденных и перинатальная смертность высоки

Из детей, родившихся живыми, половина умирает в течение 1 месяца жизни

У новорожденных – низкая масса тела, стойкая анемия и лейкопения, нарушение печеночных функций

Перенесшие ГЕ приобретают прочный иммунитет. Вирусоносительство не известно.

ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

○ Методом ИФА:

- 1) гепатит А – анти-HAV IgM – даже однократное выявление является абсолютным доказательством заболевания (появляется в крови за 4-5 дней до выявления симптомов заболевания и исчезает через 6-8 мес.);
- 2) гепатит В:
 - – HBsAg (основной маркер инфицирования HB-вирусом, выявляется с 3-5-й недели заболевания, в течение 70-80 дней);
 - – HBeAg (маркер эпидемиологического риска, активной репликации вируса и трансмиссии от матери к плоду; риск заражения плода повышается до 90 %);
- 3) гепатит С – анти-HCV IgM (диагностическое значение при хроническом гепатите);
- 4) гепатит D:
 - – HBsAg (маркер активной репликации вируса при остром гепатите);
 - – анти-HDV IgM (появляется на 10-15-й день заболевания и сохраняется 2,5-3 мес.);
- 5) гепатит Е – анти-HEV IgM.
- Возможна диагностика гепатитов и методом ПЦР

МОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ



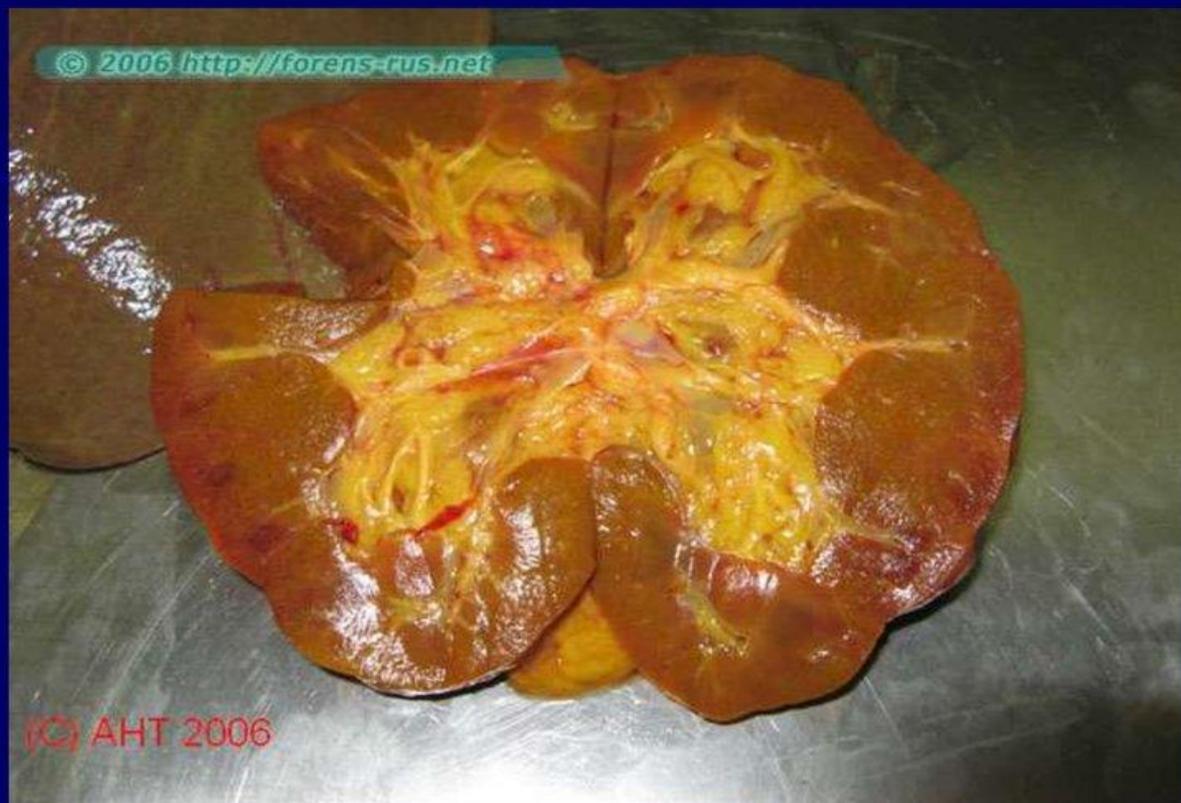


Рис. 10 Печень на разрезе при вирусном гепатите

НЕКРОЗ ПЕЧЕНИ



ВЫВОДЫ:

- Беременность не влияет существенным отрицательным образом на течение вирусных ГА и ГС
- Вирусный ГВ при беременности протекает крайне тяжело, с высоким риском серьезных осложнений, особенно на поздних сроках гестации
- Основная акушерская задача в острой стадии вирусного гепатита любой этиологии-сохранить беременность, предупредить самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды

ВЫВОДЫ:

В случае начала родов в острой стадии гепатита:

- тщательный контроль за состоянием плода и своевременная профилактика его гипоксии
- широкое использование обезболивающих и спазмолитических препаратов
- максимальное сокращение 2-го периода родов
- готовность к геморрагическим осложнениям

Оральная контрацепция нежелательна, в крайних случаях возможна не раньше чем через 8-12 месяцев после болезни с предварительным клинико-лабораторным обследованием.

Предпочтительнее другие виды контрацепции

Благодарю

за внимание