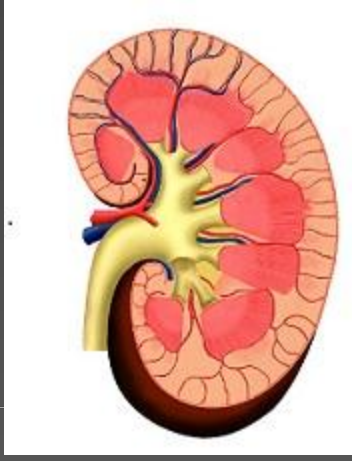
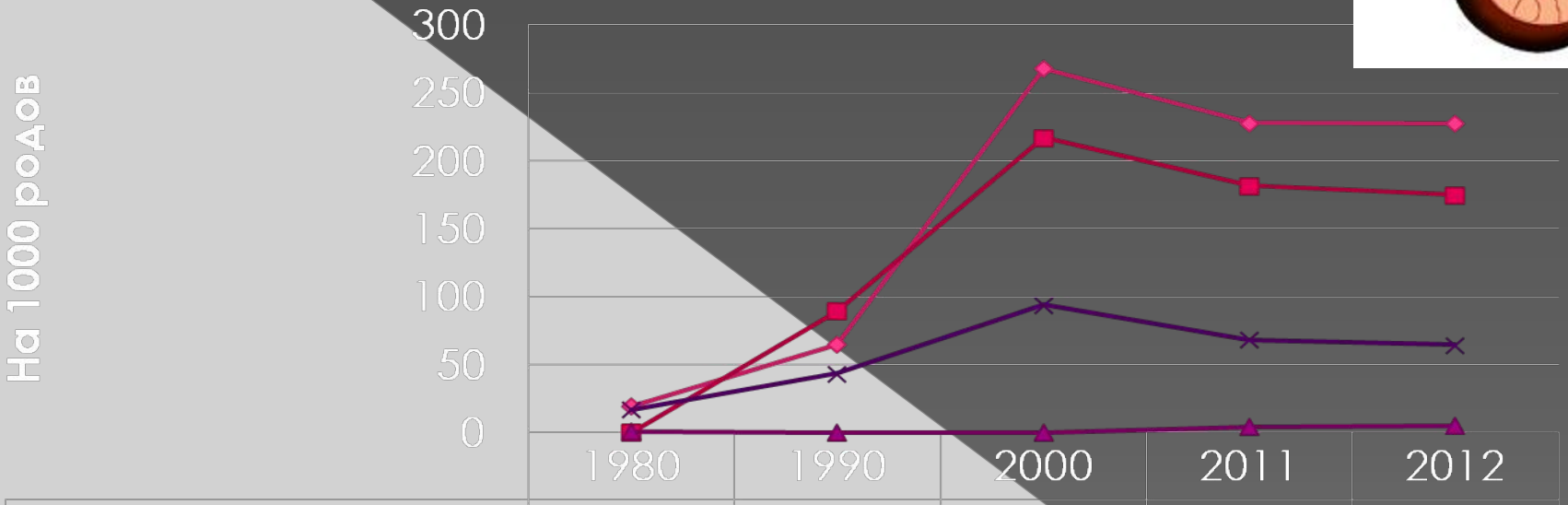
ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила Канта»
Министерства образования и науки РФ
Медицинский институт

Заболевания органов мочевыводящей системы

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

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





	1980	1990	2000	2011	2012
анемия	19,6	65,1	267,9	228,1	227,5
отеки, протеинурия, гиперт. Расстройства	0	89,6	217	181,9	175
сахарный диабет	1	0	0	4,3	5,1
б-ни мочеполовой системы	17	43,5	94,3	68,5	64,5

Особенности функционирования мочевыводящих путей во время беременности

- почечный кровоток возрастает на 50-80%
- скорость клубочковой фильтрации увеличивается на 50%
- увеличение PH мочи

прогестерон

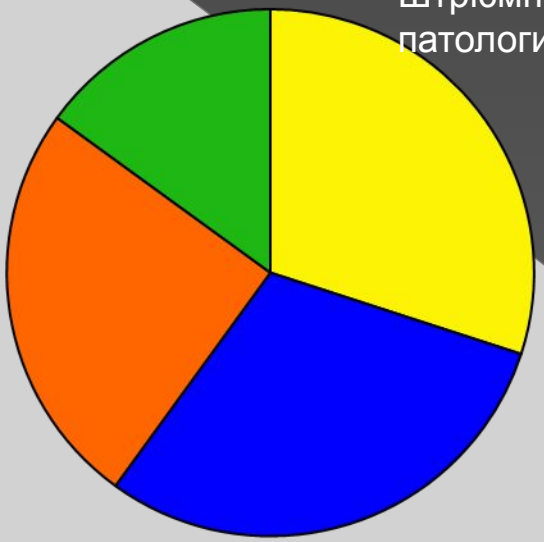
- ослабление связочного аппарата почек
- нарушение уродинамики
- увеличения частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса
- снижение перистальтики мочеточников и тонус мочевого пузыря
- иммуносупрессия

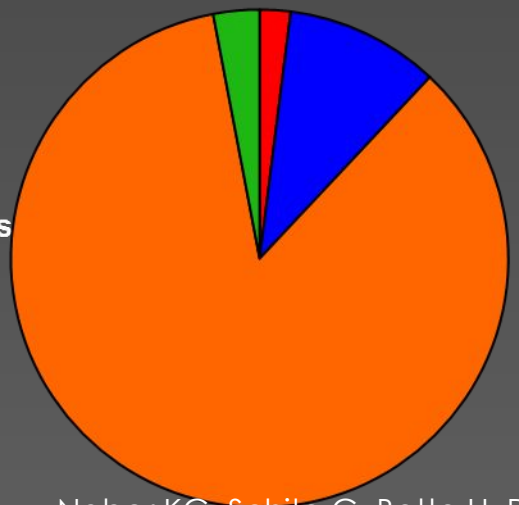
Клинические проявления у беременных и родильниц

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

Основные возбудители ИМП

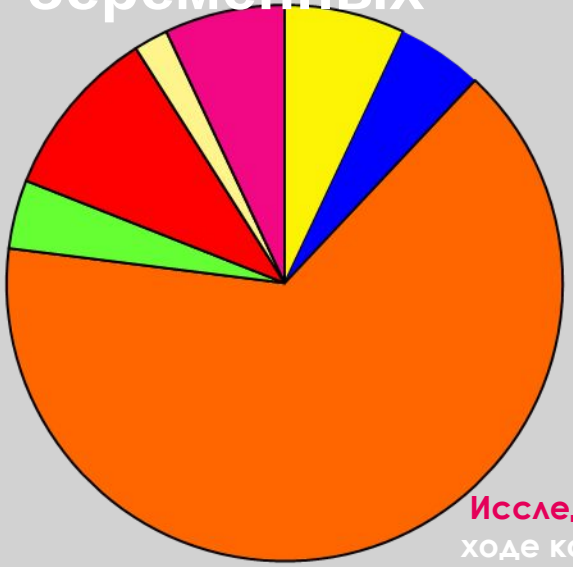
Штрюмпель. Частная патология и терапия, 1907 г.





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



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

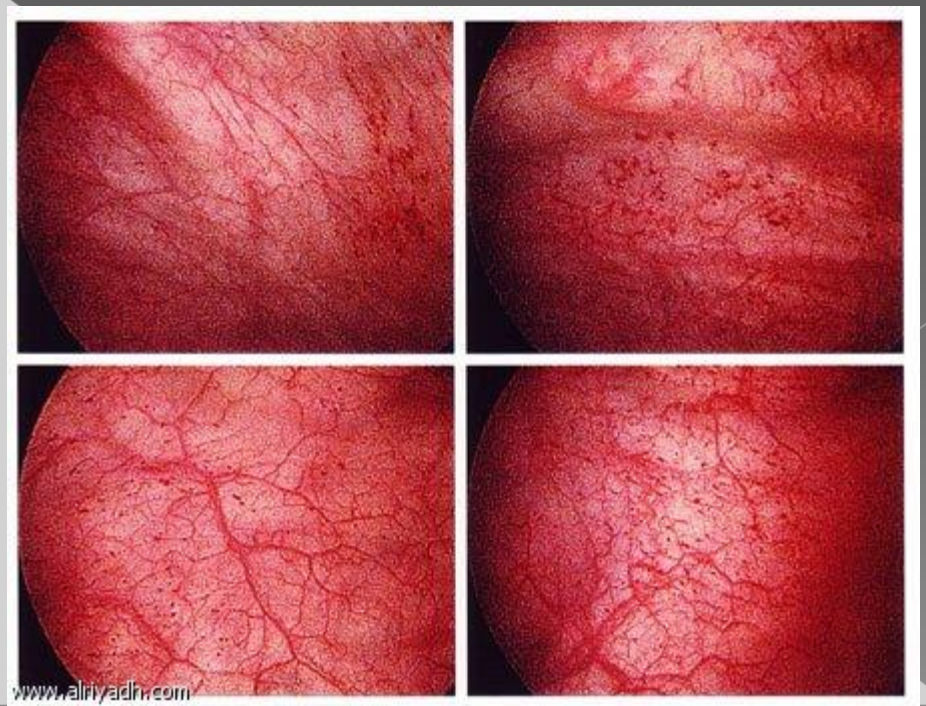
- Бессимптомная бактериурия у беременных женщин является показанием к назначению антибактериальных препаратов **с 9-10 нед** беременности. При выборе антимикробного препарата следует учитывать его безопасность для плода.
- ***Препараты выбора:***
- • **амоксициллин** внутрь **по 500 мг 3 раза** в сутки 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:

O30 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

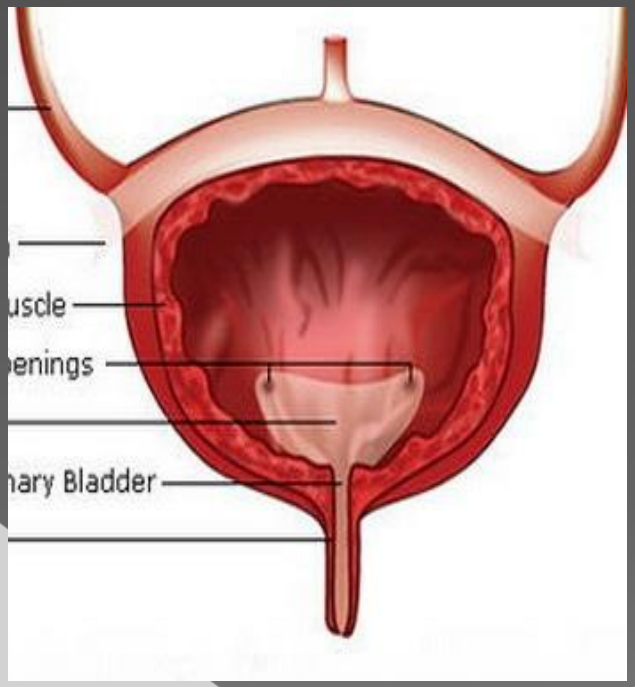
Классификация

По локализации и распространённости:

- диффузный
- шеечный
- тригонит (треугольник Льето)

По характеру морфологических изменений:

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



Факторы риска ИМП

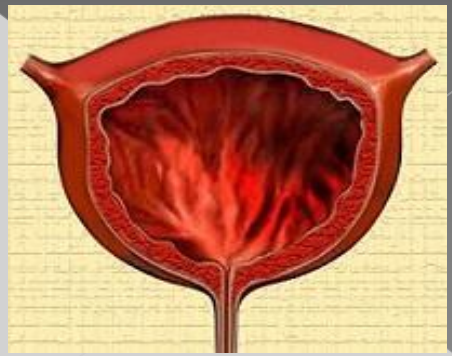
- ✔ Отсутствие барьерных методов контрацепции: дефлорационные циститы - 58% (НИИ Урологии РАМН, 2009) [1]
- ✔ Внутриматочная контрацепция[2]
- ✔ Устойчивость к противомикробным препаратам (бесконтрольное применение антибиотиков)[2]
- ✔ Бактериальная вирулентность[3]

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 nfect. 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, гросептол, 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 А-1а.**

ЛЕЧЕНИЕ

- ***Препараты выбора:***
- • **амоксициллин** 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:***
- • **амоксициллин/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
- протеи
- стафило- и стрептококки

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

Патогенез

Анатомическое строение
Функциональное состояние МПС
Бессимптомная бактериурия
Комплекс факторов
Хр. воспалительные заболевания мочеполовых органов
Нарушение уродинамики
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

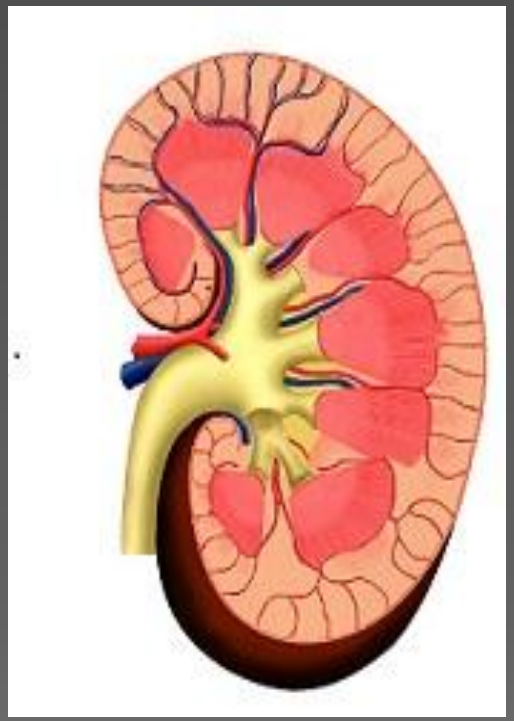
Классификация

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
Бессимптомная бактериурия **O23.0 Инфекция почек при беременности** **P00.1 Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнью почек и мочевых путей у матери**	Диагностика бессимптомной бактериурии более 10^5 КОЕ/мл Мазок на флору и степень чистоты (при выявлении бактериурии) Посев средней порции мочи и отделяемого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам Клинический анализ крови. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга Биохимический анализ крови	**Позиционная терапия** **Инфузионная терапия** **Антибактериальная терапия (деэскалационный подход)** **Спазмолитическая терапия** ***фитотерапия*** **Стентирование почки / микростома** **Питьевой режим**

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);***
- • **амоксициллин/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 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:***
- • **амоксициллин/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

Позиционная терапия

Выявление предрасполагающих факторов

Диета

Соблюдение питьевого режима

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

Бактериальная («зеленящий» стрептококк, сальмонелла
Вакцинарный и сывороточный гломеруло-нефрит
Этиология
Вирусная (Вирус гепатита В)
Лекарственная (НПВС, антибиотикотерапия)

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, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия и отеки. АД умеренно повышенно.

- *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

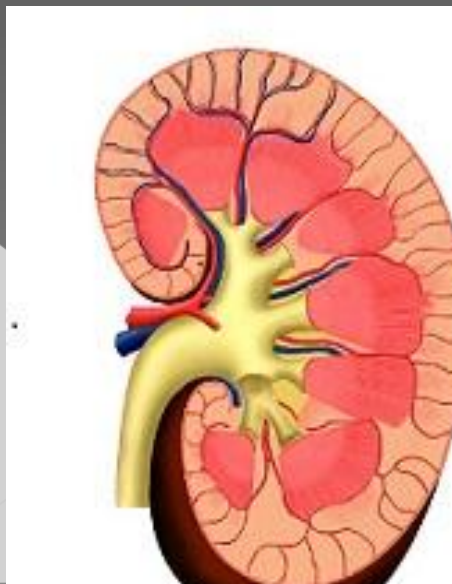
- Лечебно-охранительный режим
- Санация очагов хронической инфекции
- Диетотерапия с ограничением в пищевом рационе поваренной соли (до 5 г в сутки), и воды, с повышенным содержанием белка (120 -160 г в сутки)
- Иммуносупресивная терапия (преднизолон 40-60 мг/сут в течение 2 недель)
- Антикоагулянтная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

Лечение

Гипотензивная терапия

- Центральные α-агонисты: допегит, 0,25- 2,0 г/сут в 2-3 приема;
- Кардиоселективные β-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.

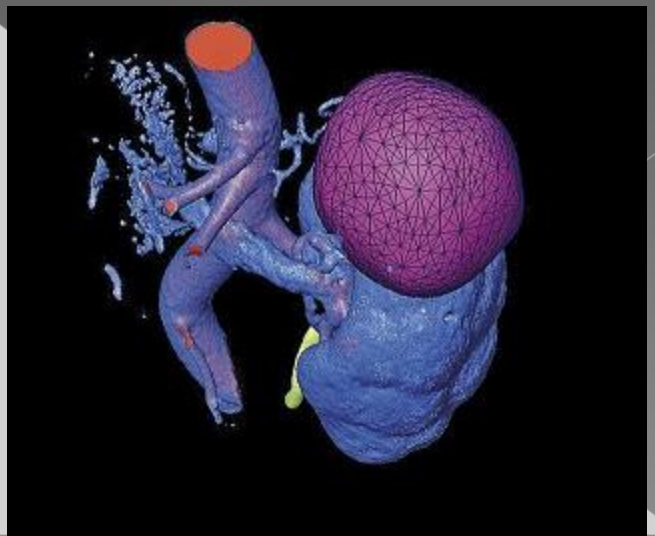
3. • Присоединение тяжелых форм преэклампсии.
• Ухудшение состояния плода.

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 фильтрациифильтрации (мл/мин) и канальцевой реабсорбции (%) по клиренсуфильтрации (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»

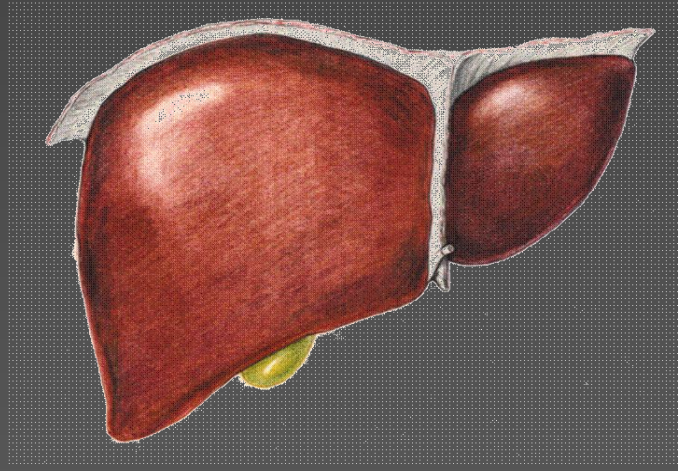
ИЗ ЗАКОНОВ МЕРФИ

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

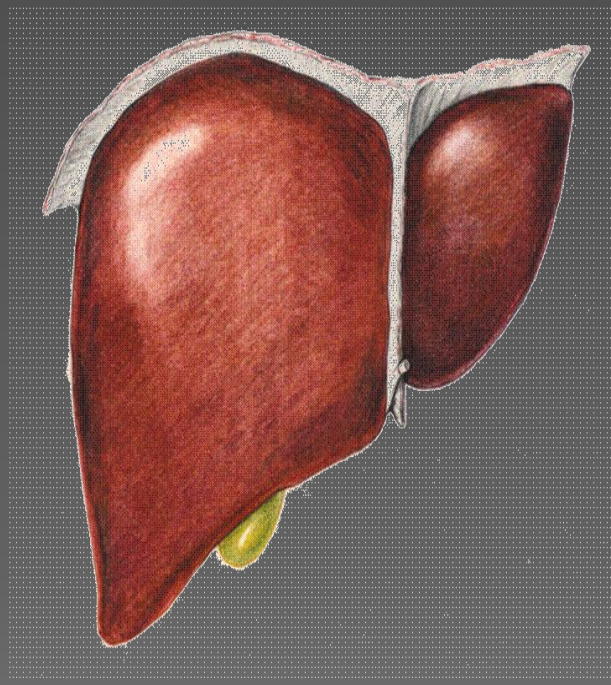
Цель: *Предоставить информацию студентам о тяжелых аутоиммунных заболеваниях печени у беременных*

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%.

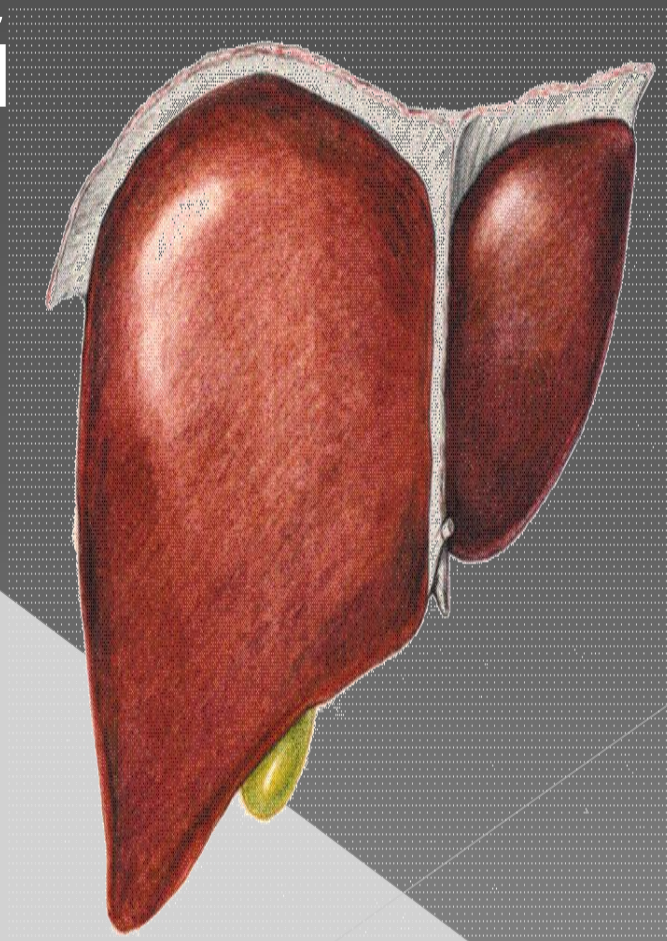


Заболевания печени при беременности

Обусловленные беременностью:

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

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

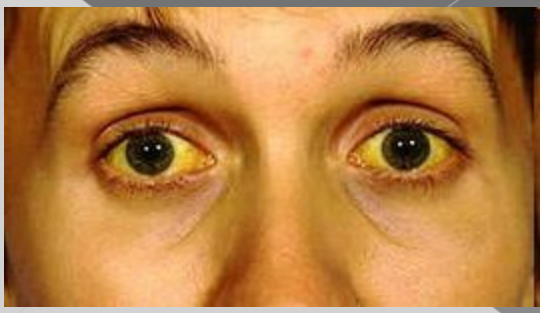


Холестатический гепатоз беременных (Внутрипеченочный холестаз)

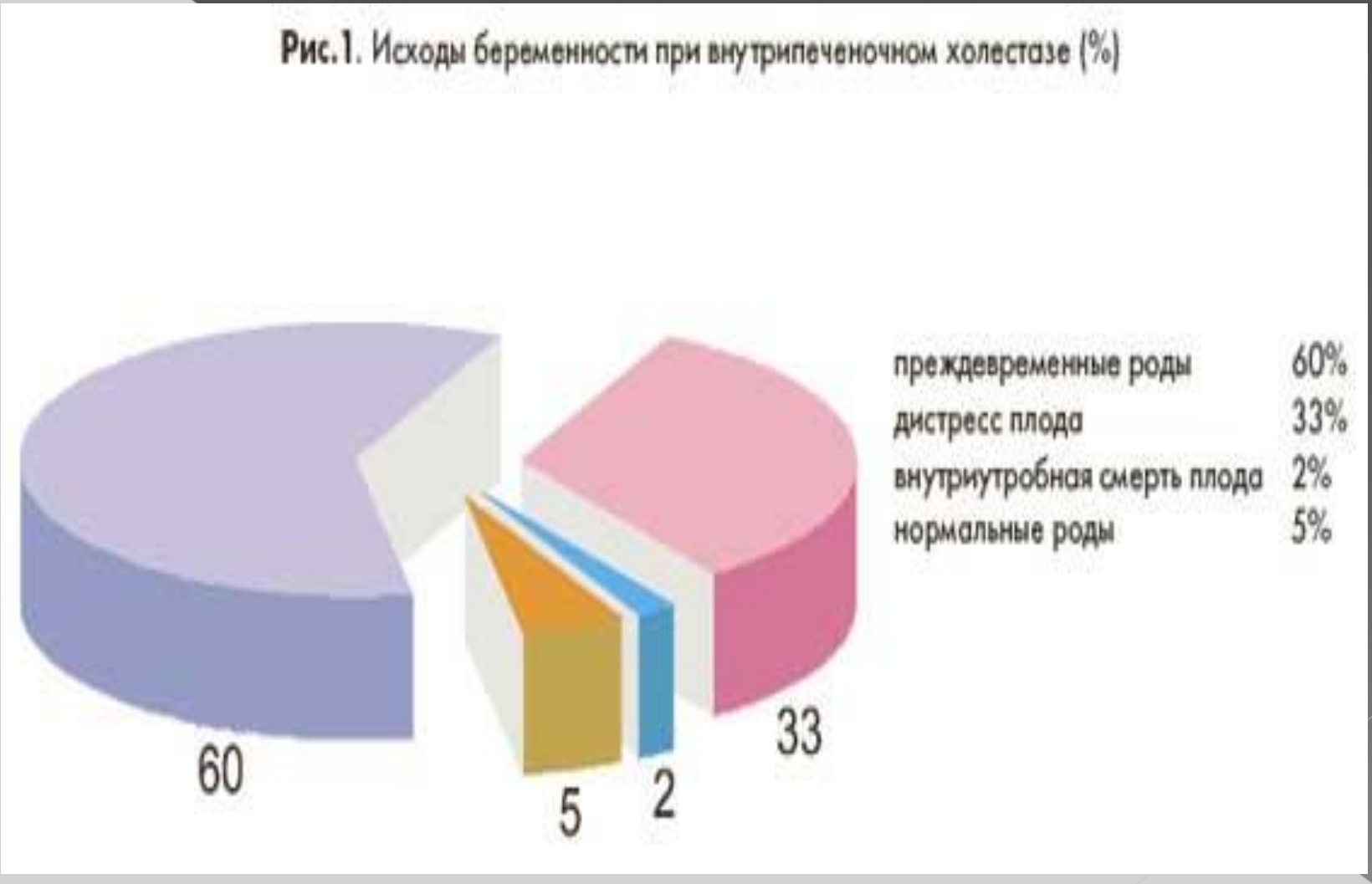
- Этиология неизвестна (генетическая предрасположенность к необычной холестатической реакции на продуцируемые во время беременности аутоиммунные компоненты, эстрогены).
- Анамнестические данные - рецидивирующий характер при повторных беременностях.
- Клинические проявления характеризуются началом во 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 (%)



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

Лабораторные проявления холестаза беременных

- повышение уровня билирубина повышение щелочной фосфатазы и гамма-глютамилтрансферазы (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 холестазе 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.

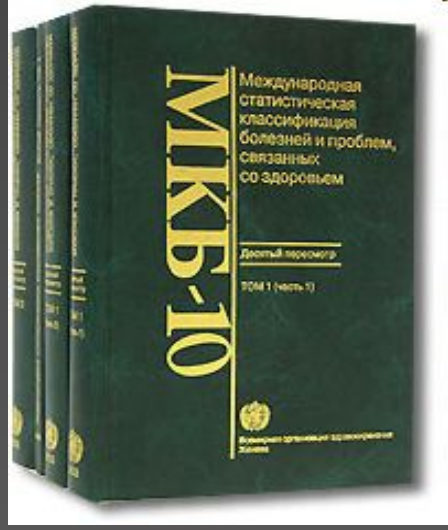
Острый жировой гепатоз беременных

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 К-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 (Pockros 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 (М. Уильямс, 1999)
- 1 случай на 4300 родов в КК в 2007 г. (Цхай В.Б., 2007)

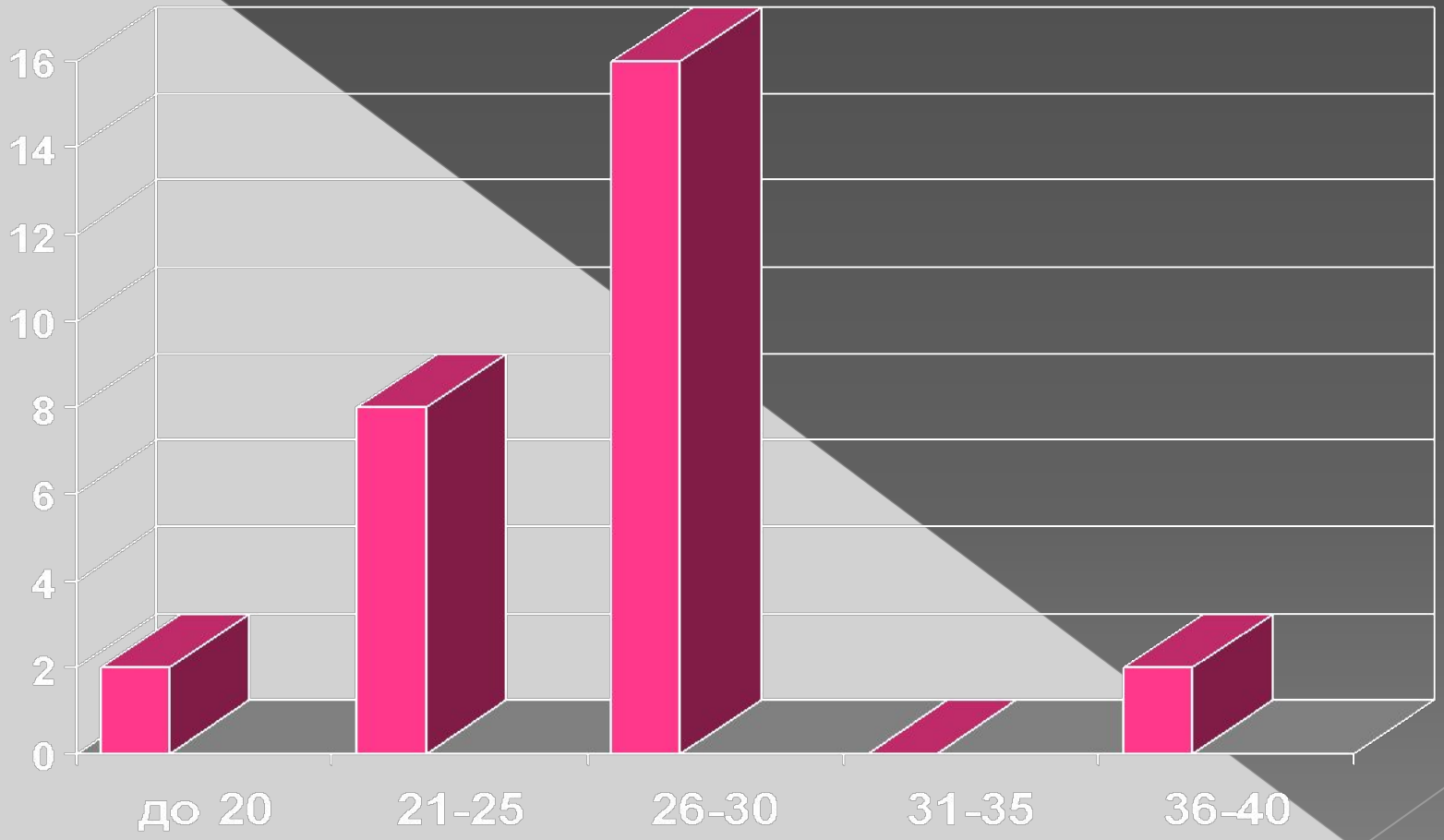
Этиология и патогенез

- 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 гипертония, протеинурия и отеки (50%);
- Асцит (40%);
- Лихорадка (45%);
- Головная боль (10%),
- Кожный зуд, тошнота и рвота.

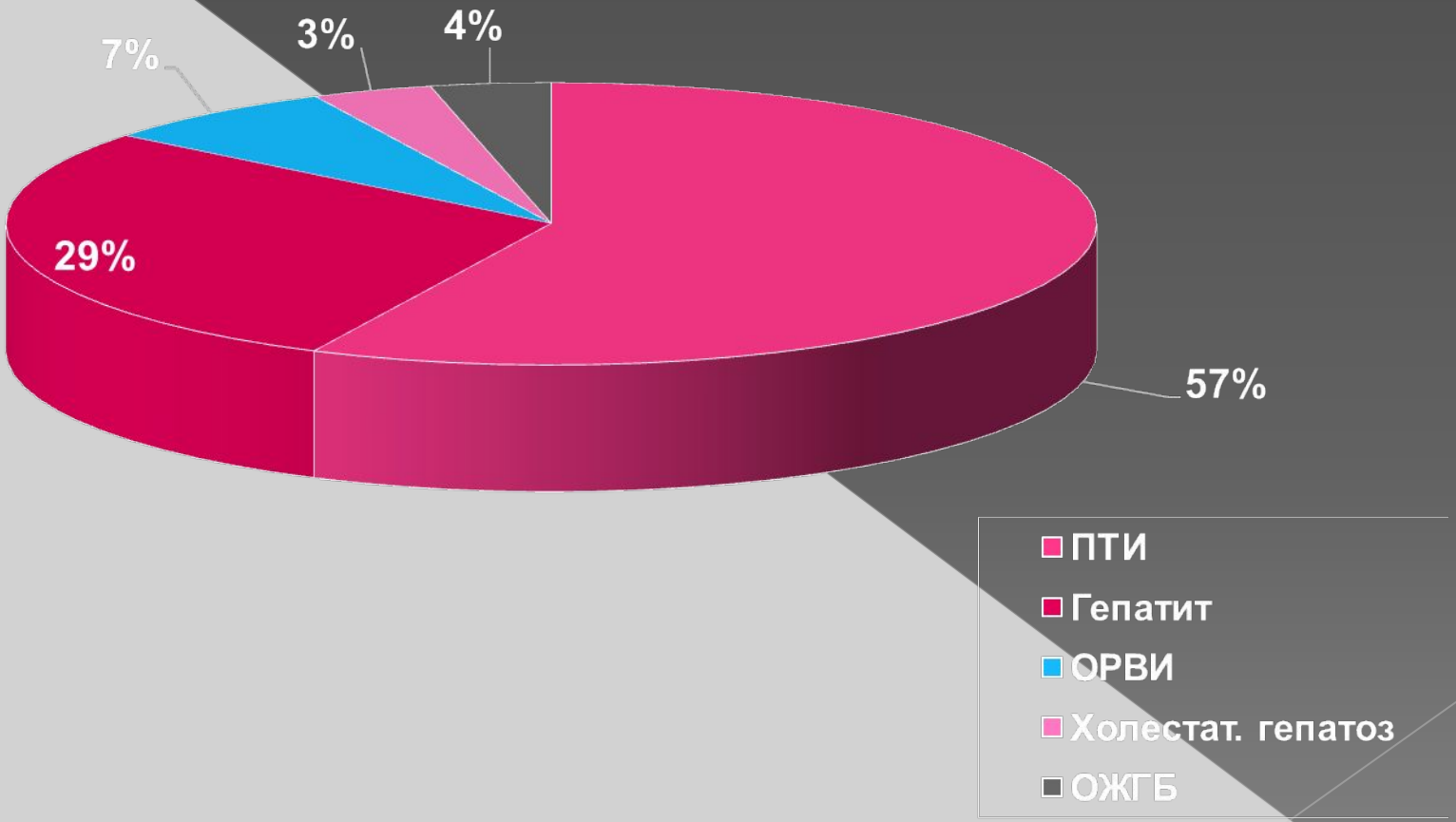
В течении ОЖГБ имеется преджелтушный период

- 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 х 10^9 /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.

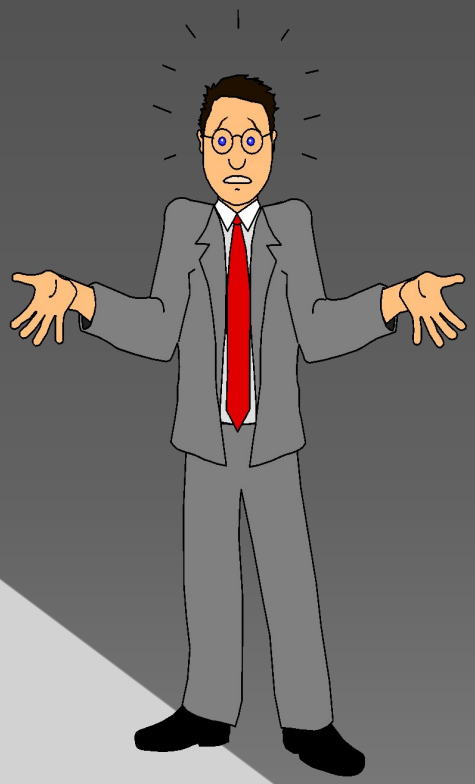
Направительные диагнозы при ОЖДП



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

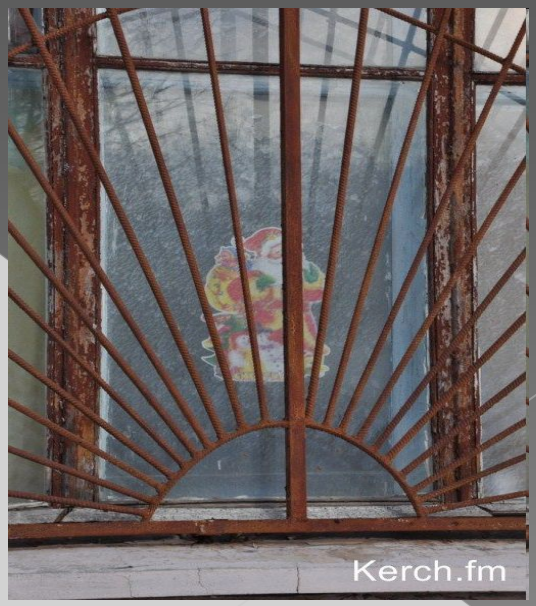
Ошибки при госпитализации

- 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).

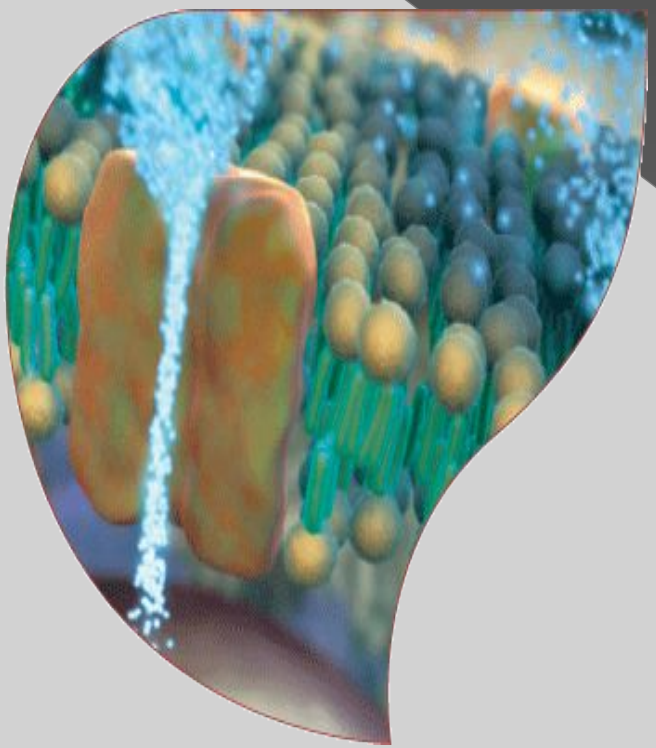
Лечебные мероприятия

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

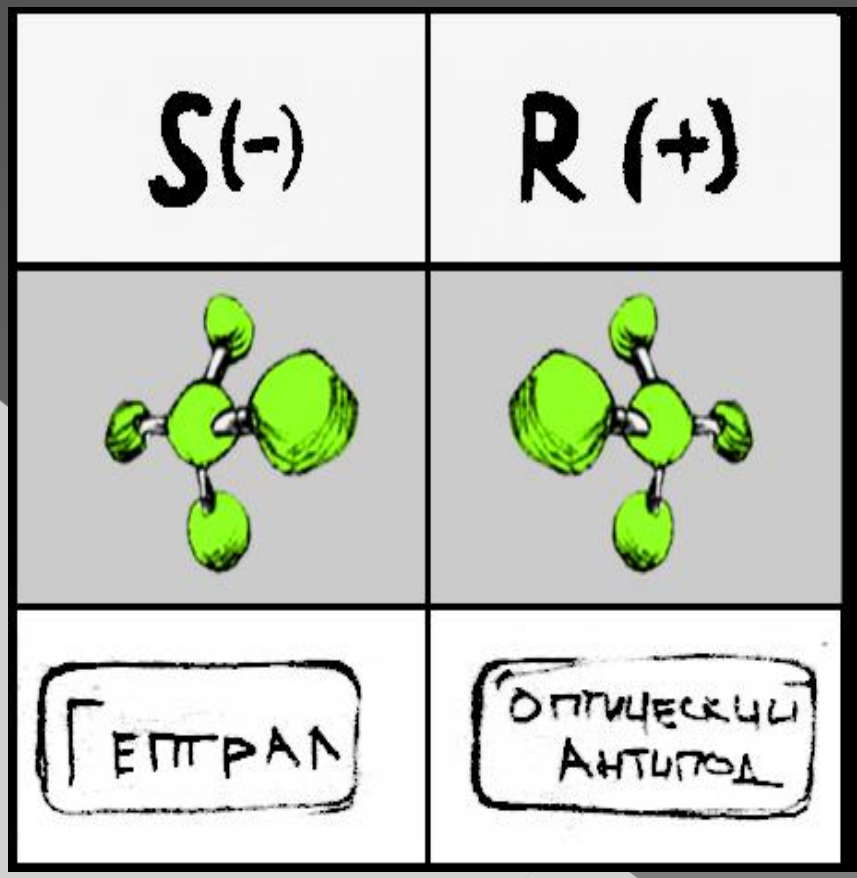


Фосфолипиды (ФЛ) — являются основной поддержкой для структуры клеточной мембраны.
ФЛ необходимы для регуляции и контроля проницаемости и подвижности мембраны, а также выполняют функции носителя и передатчика сигналов с наружной стороны клетки внутрь.
Таким образом, защищая и поддерживая структуру мембраны 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.**



Способ применения и дозирования Гептрала

- **Внутрь 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):

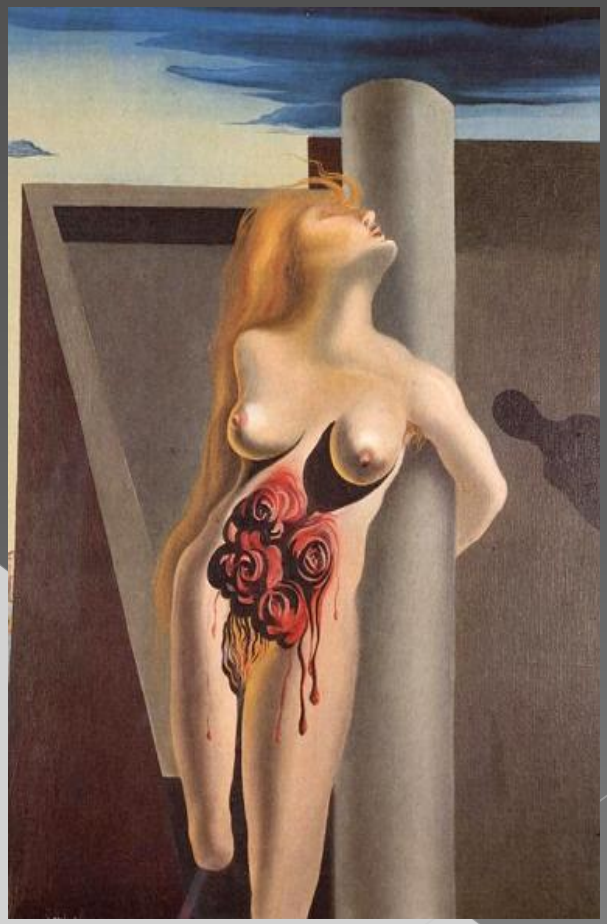
- Беременная Б., 19 лет, первородящая, многоплодная беременность (двойня);
- В 35-36 нед., ОРВИ, острый отит
- В 38 нед. ухудшение состояния (жалобы на слабость, тошноту, рвоту, головокружение, иктеричность кожных покровов и склер).
- Первоначальный диагноз в ЦРБ: Вирусный гепатит.
- Срок установления 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.

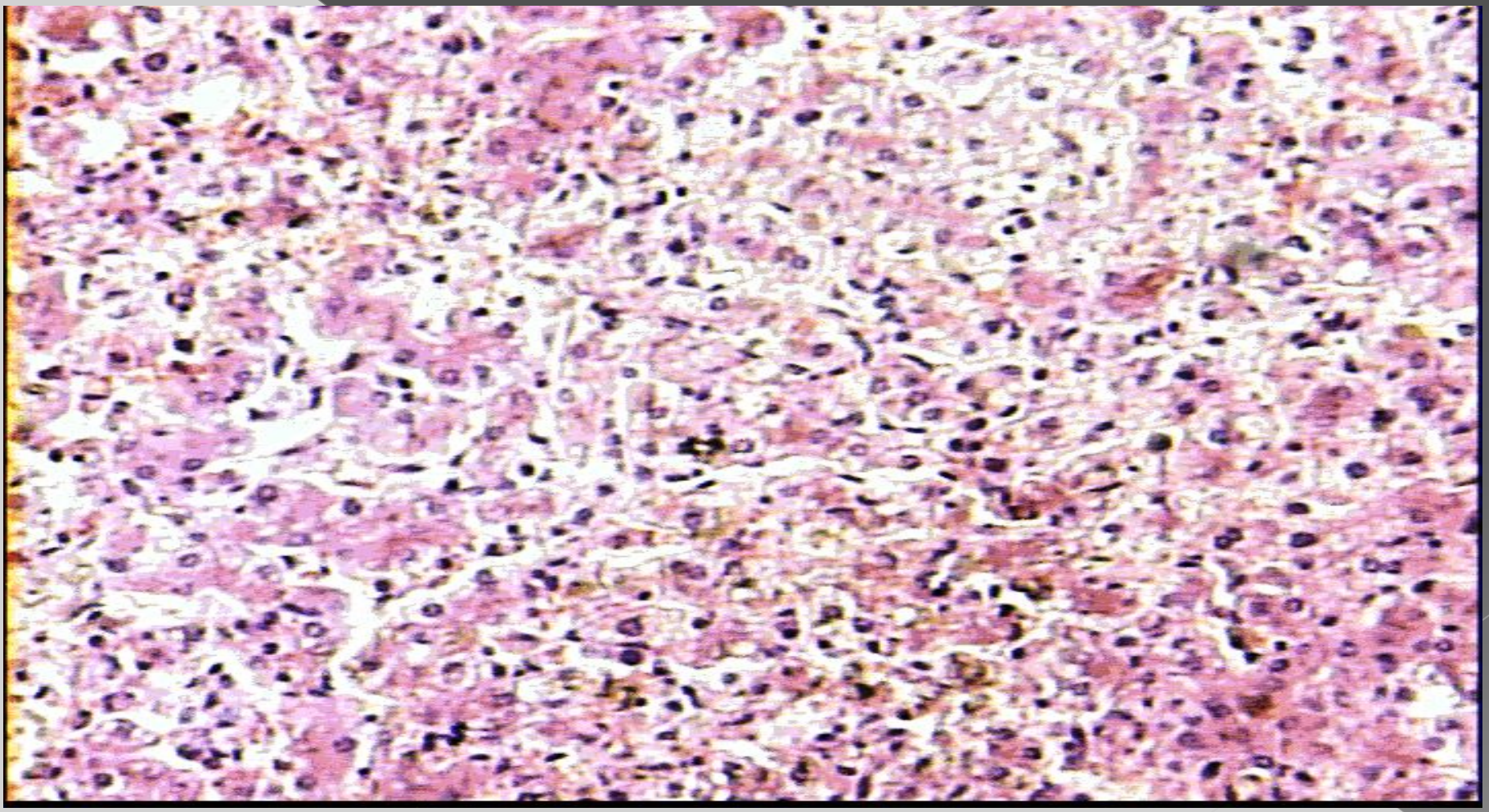
Заключение о смерти

- **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.



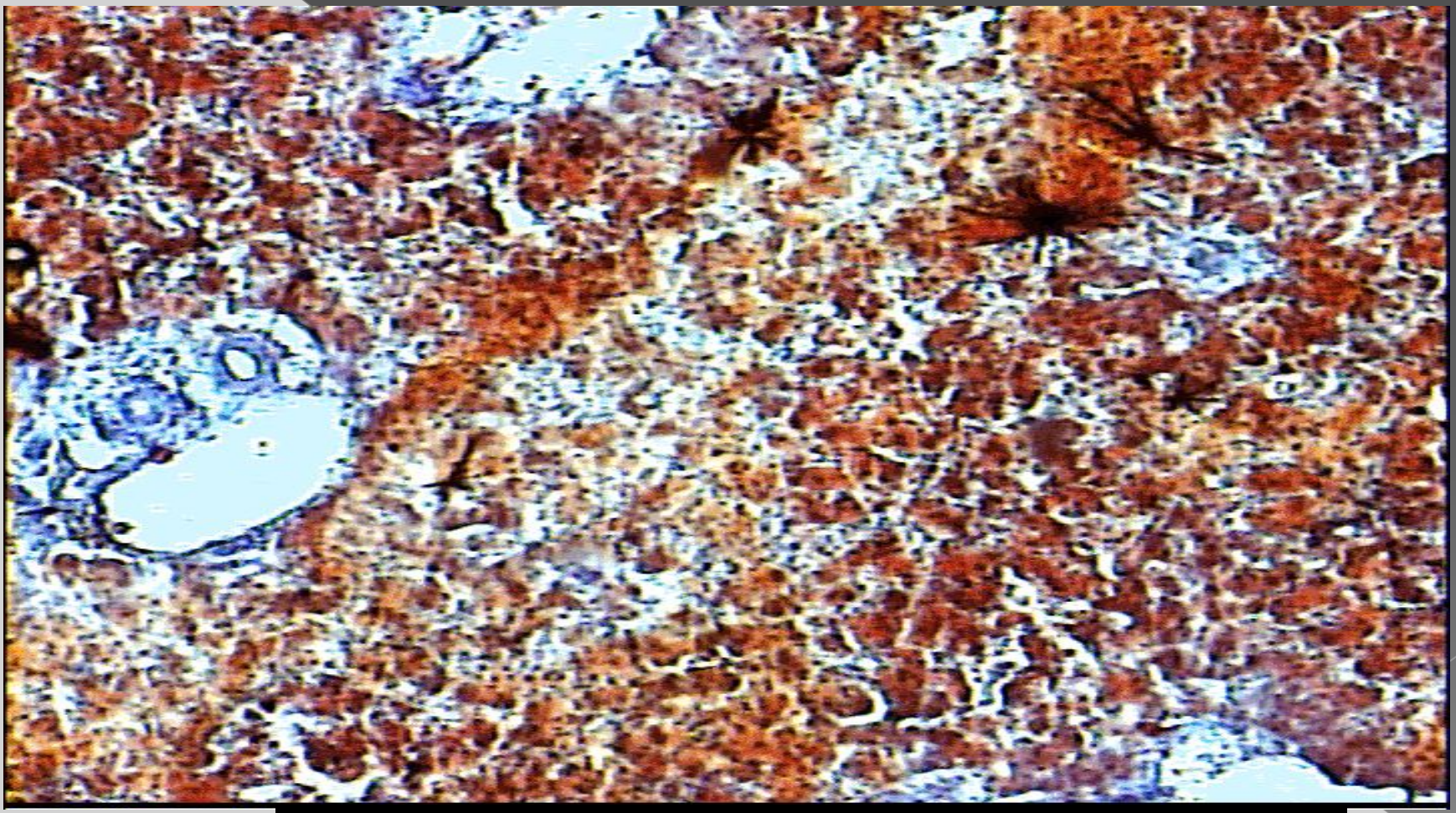
Случай смерти Б., 19 лет (8.03.2007)

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).

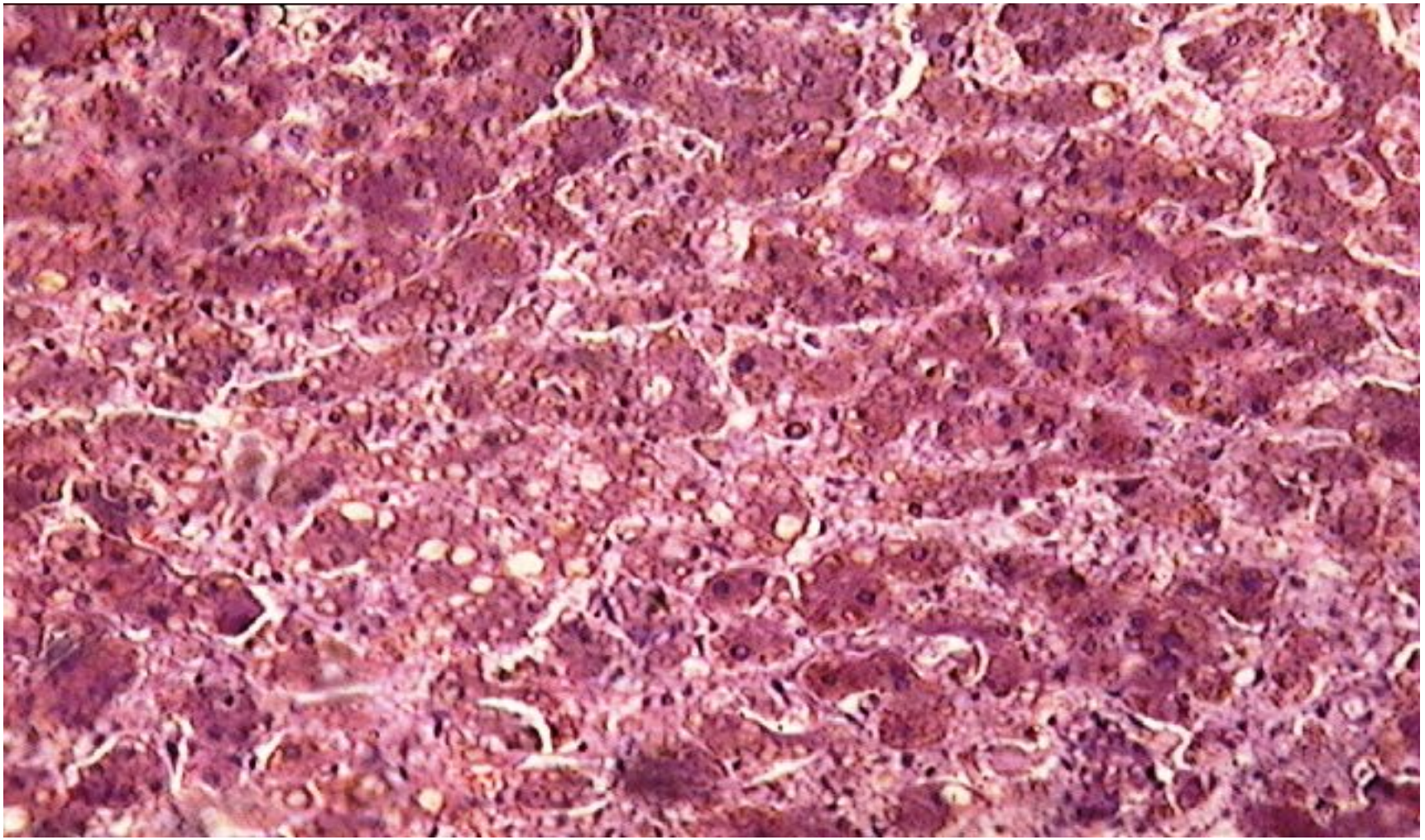
Исход беременности

- **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

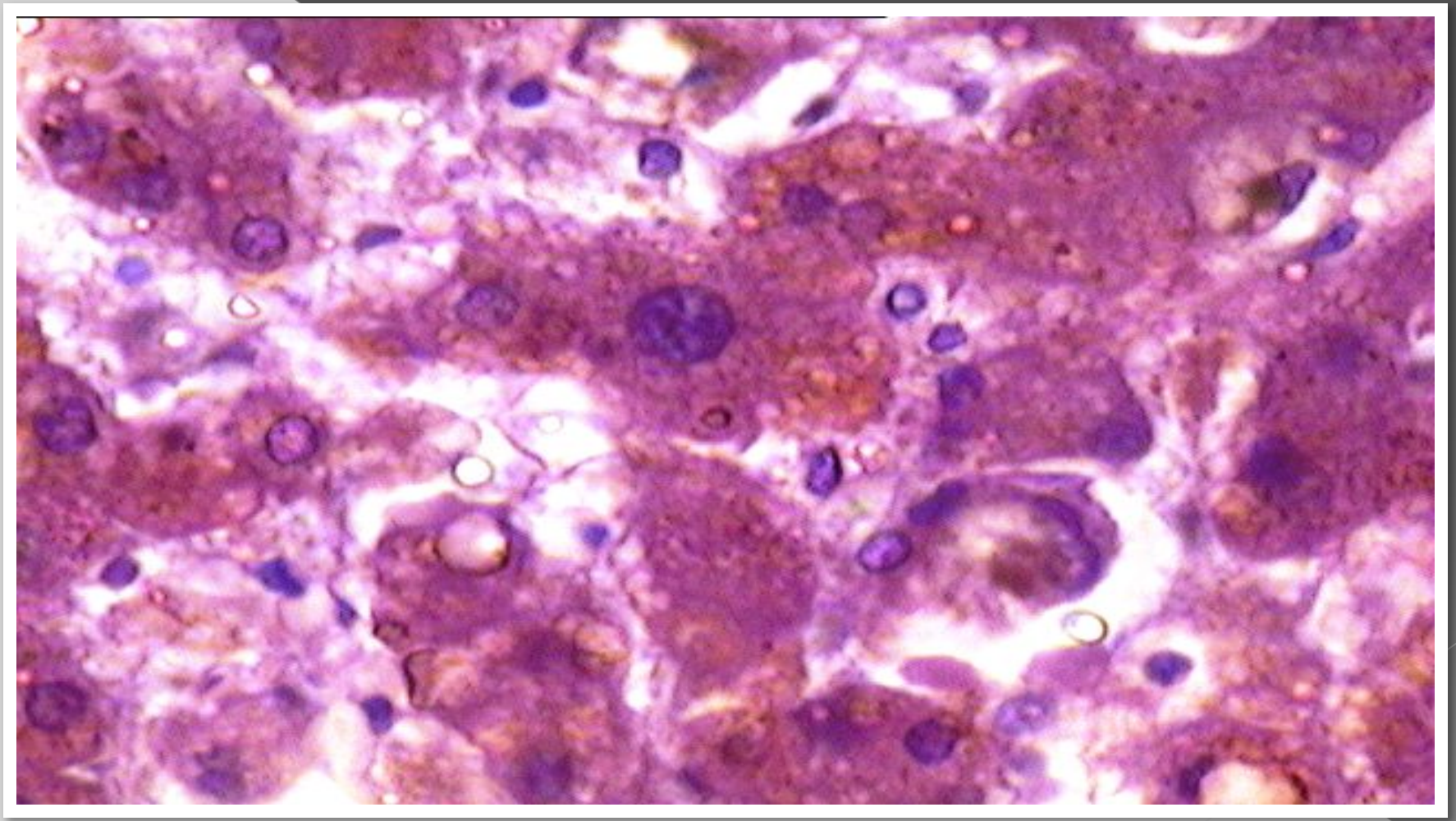
- **Патологоанатомический диагноз:** Преэклампсия. Острая жировая дистрофия печени.
- **Осложнения:** ДВС-синдром. Массивная постгеморрагическая анемия. Массивный прогрессирующий некроз печени с выраженным холестазом. Жировой панкреонекроз. Полиорганная недостаточность. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

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



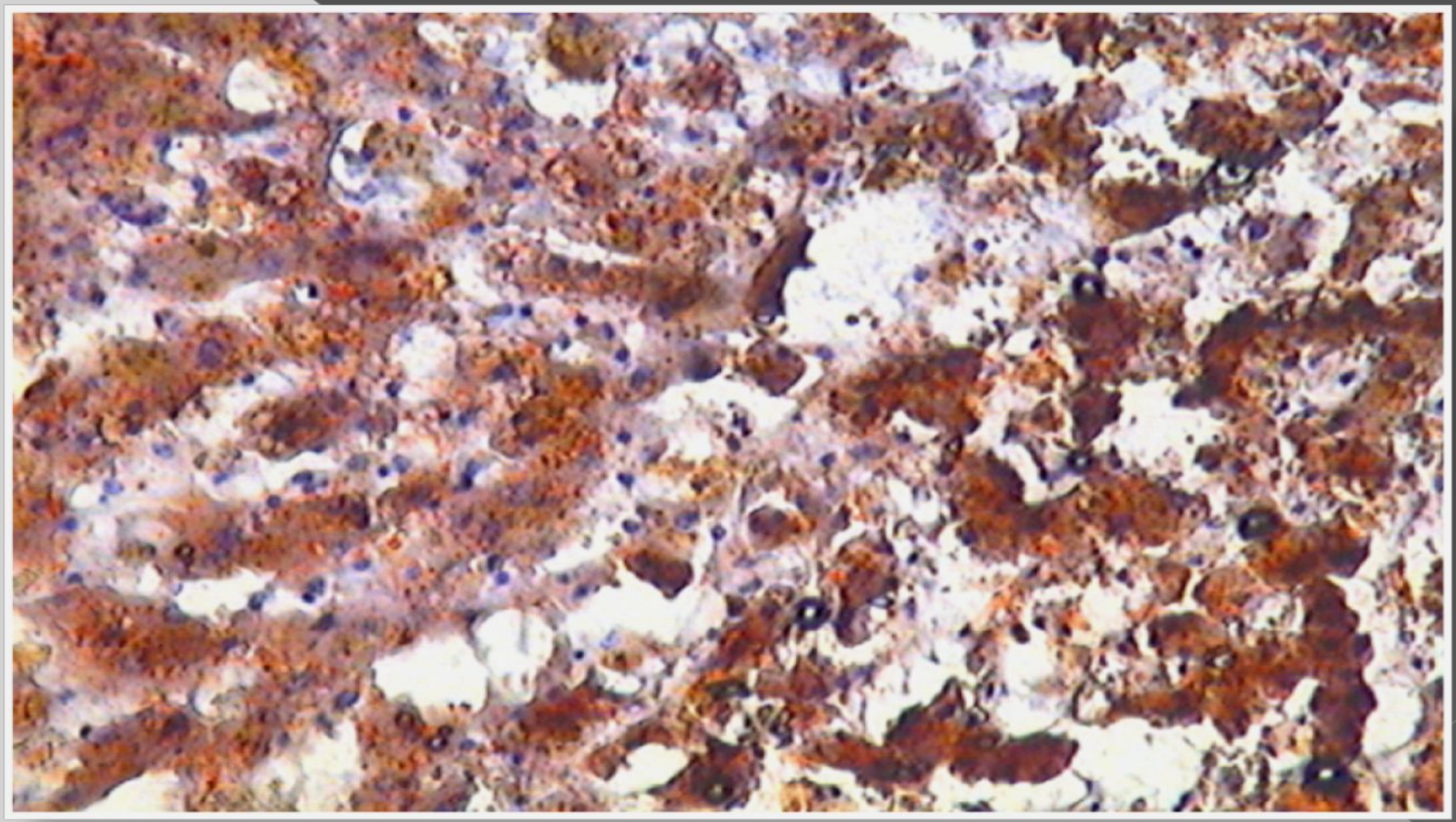
Окраска гематоксилином и эозином

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



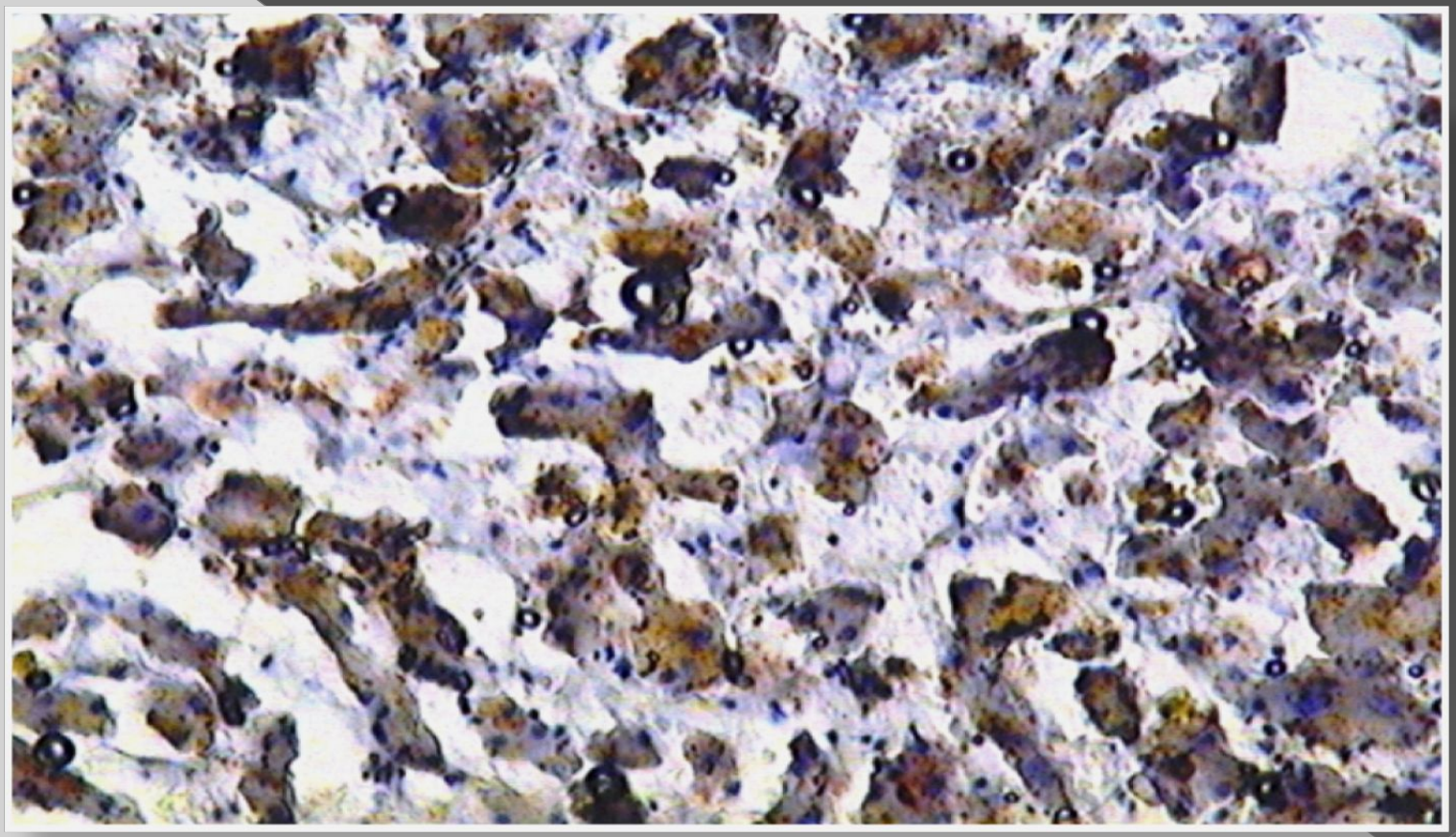
Окраска гематоксилином и эозином

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



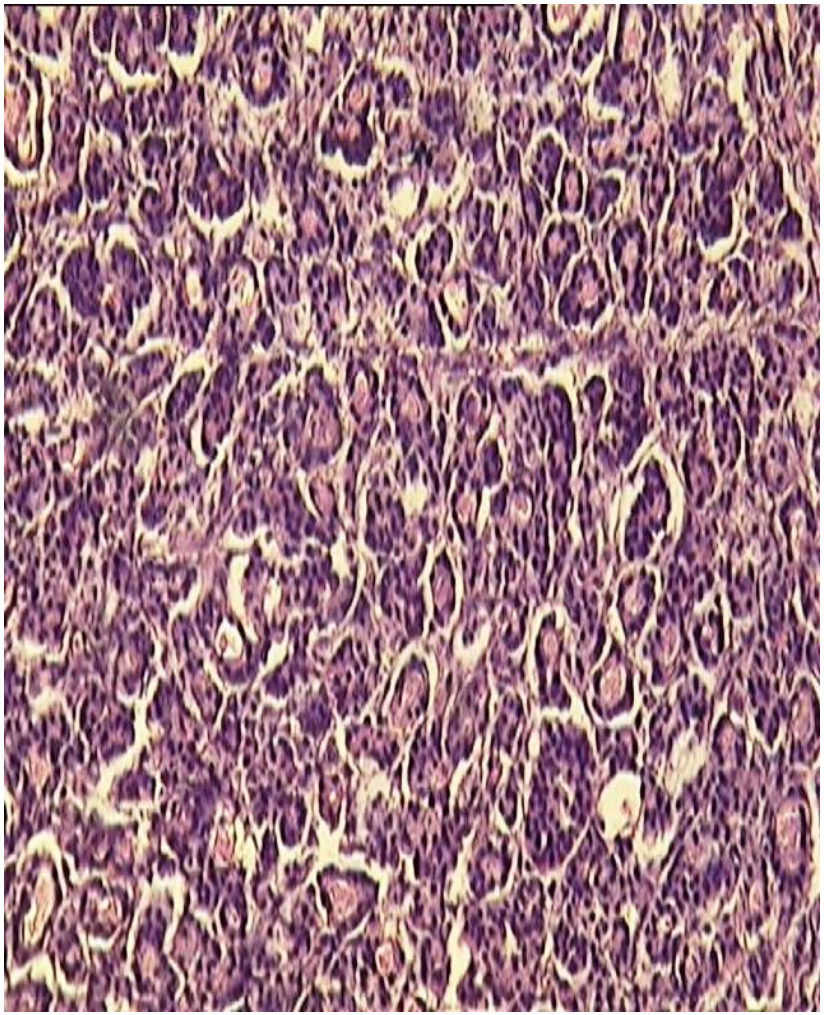
Окраска суданом III на жир

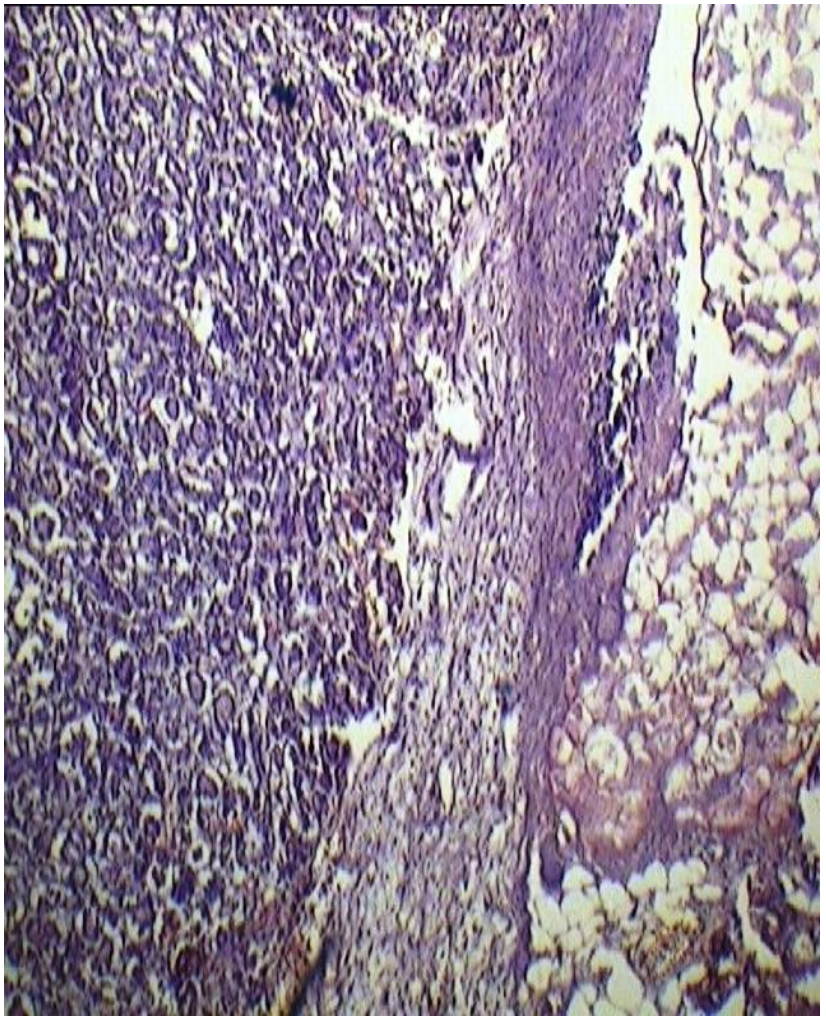
Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



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):

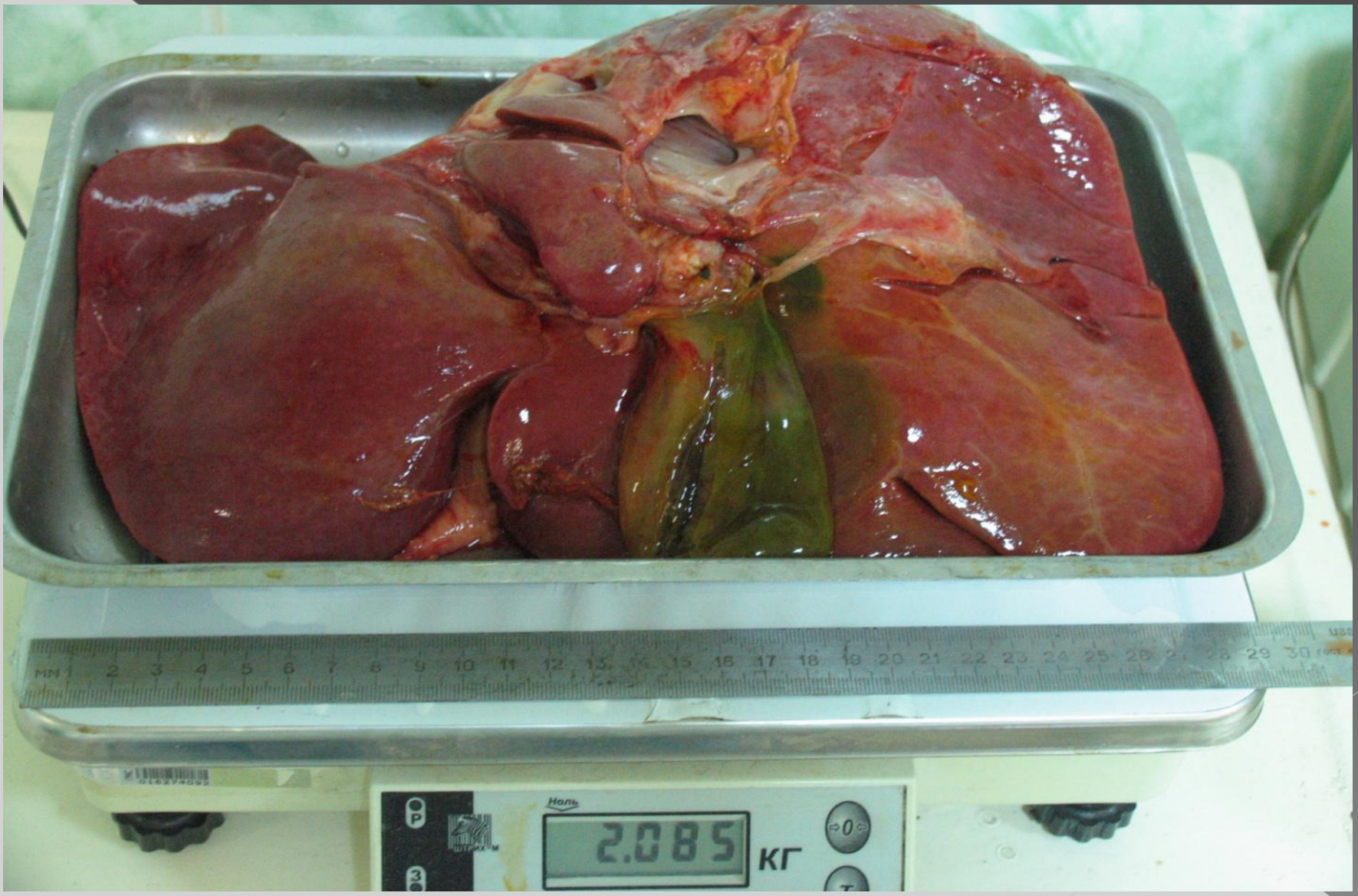
- Беременная Б., 38 лет, повторнородящая
- В 31 - 32 нед. ОРВИ
- В 32 нед. ухудшение состояния (жалобы на повышение температуры, ознобы, слабость, тошноту, рвоту, головокружение, иктеричность кожных покровов и склер).
- Первоначальный диагноз в ЦРБ: Вирусный гепатит.
- Лечение в условиях инфекционного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

Исход беременности

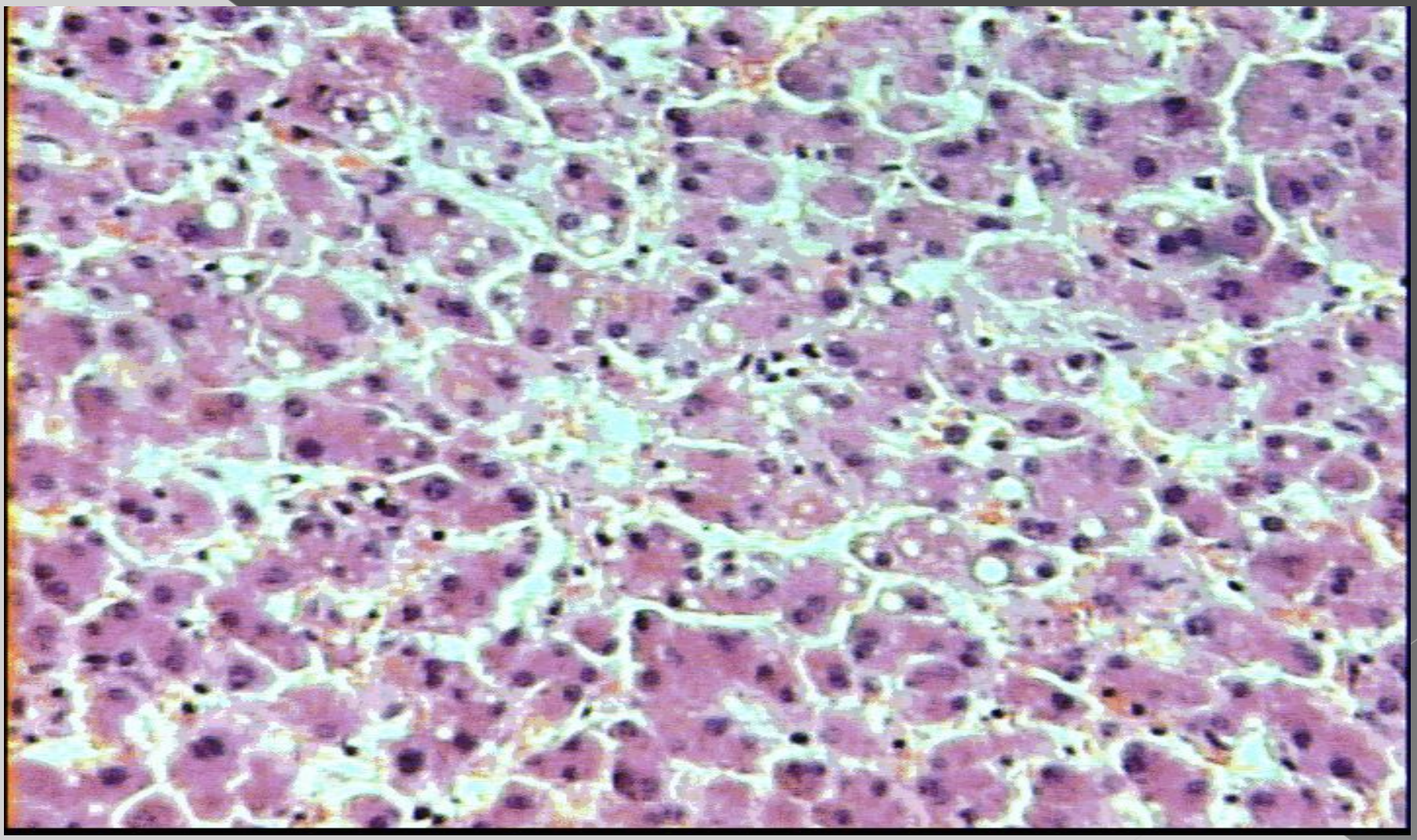
- Экстренное кесарево сечение – на 4-е сутки от поступления и на 18 от начала заболевания (по поводу ОЖДП).
- Гистерэктомия.
- Кровопотеря – более 2000 мл.
- Релапаротомия по поводу внутреннего коагулопатического кровотечения.
- Умерла на 6-е сутки после родоразрешения; на 20-е сутки от начала заболевания.

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 фибринозно-гнойная пневмония.

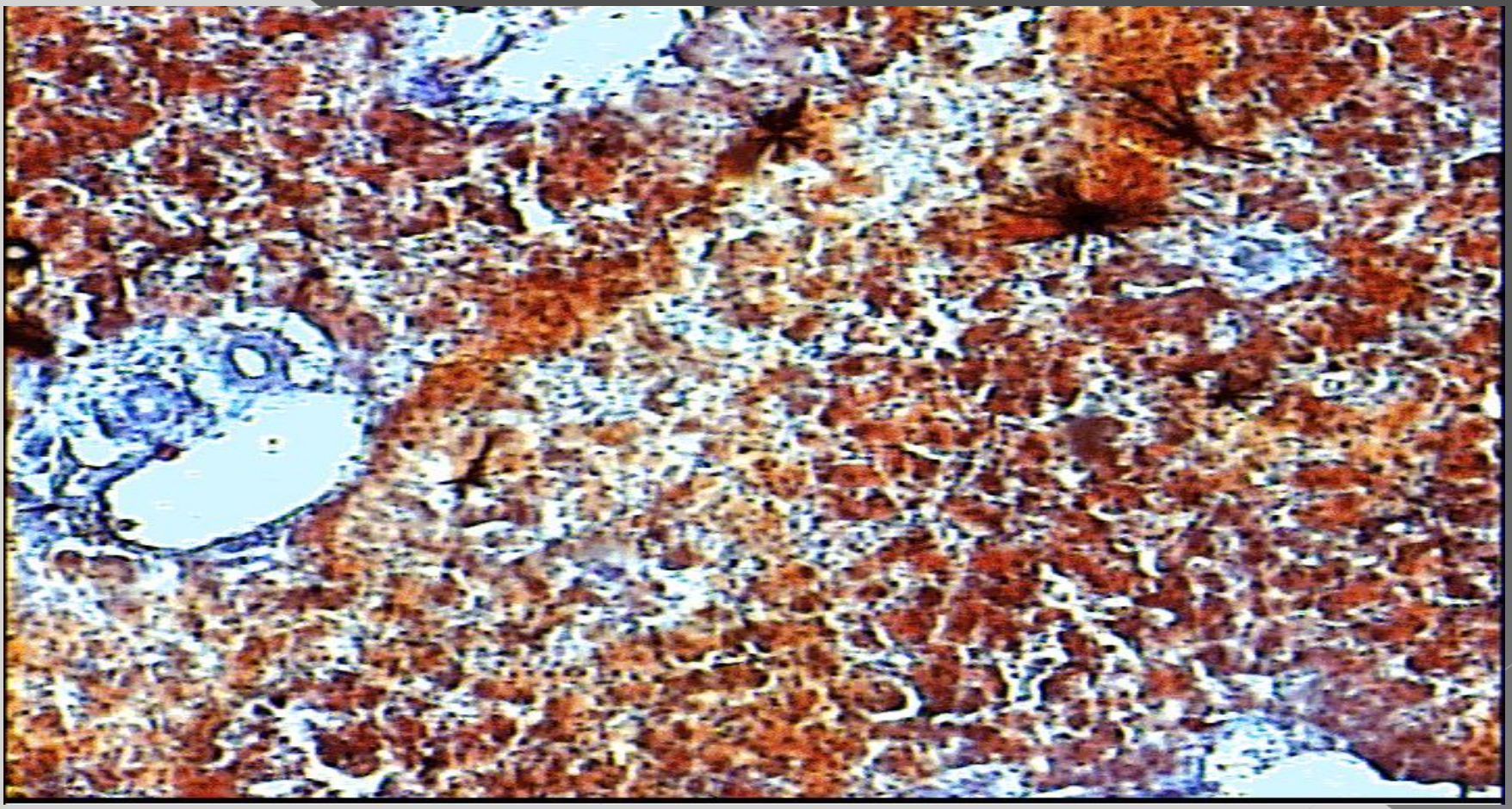

2.085
КГ

Множественные жировые включения в цитоплазме гепатоцитов



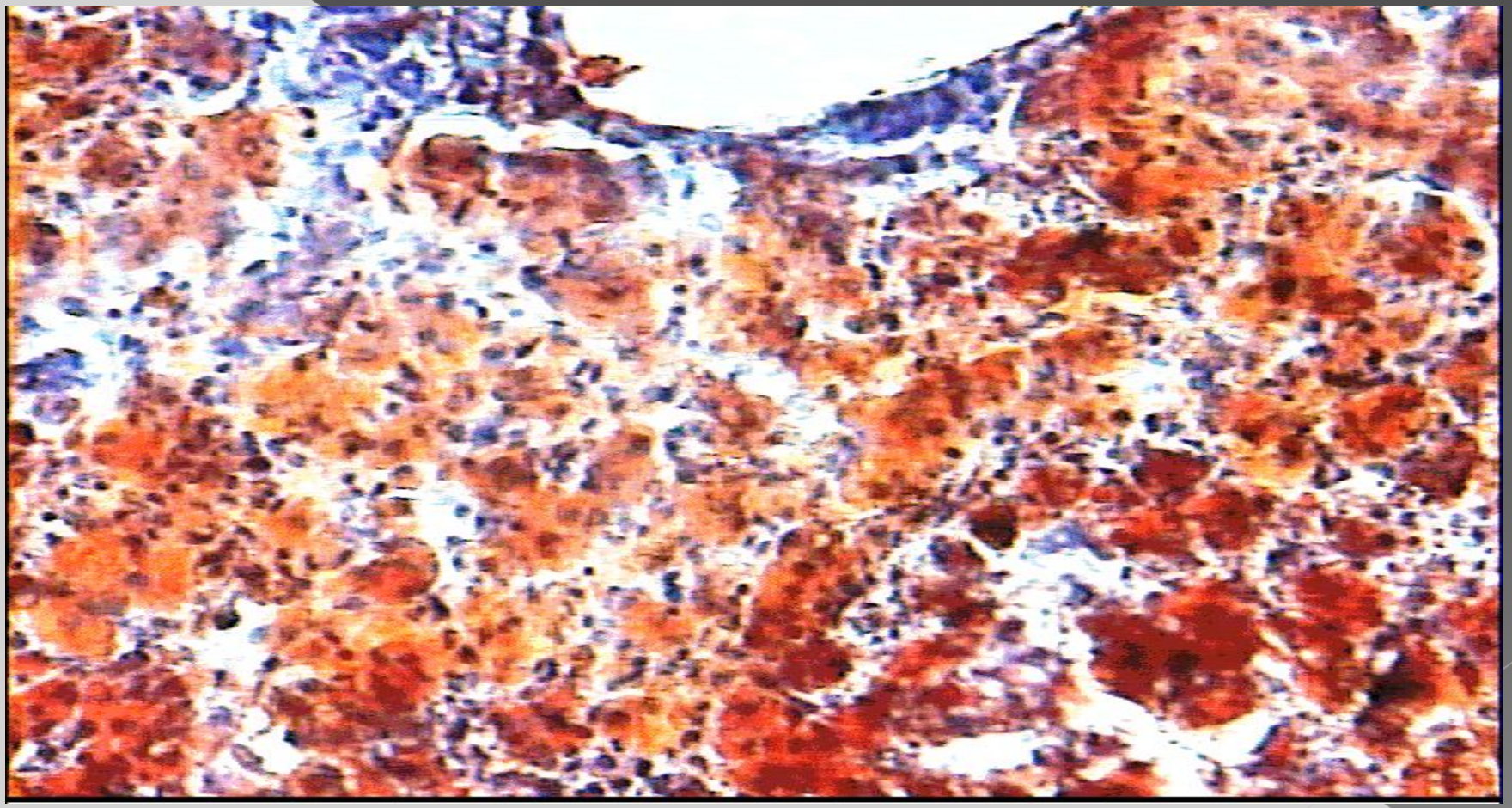
Окраска гематоксилином и эозином

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

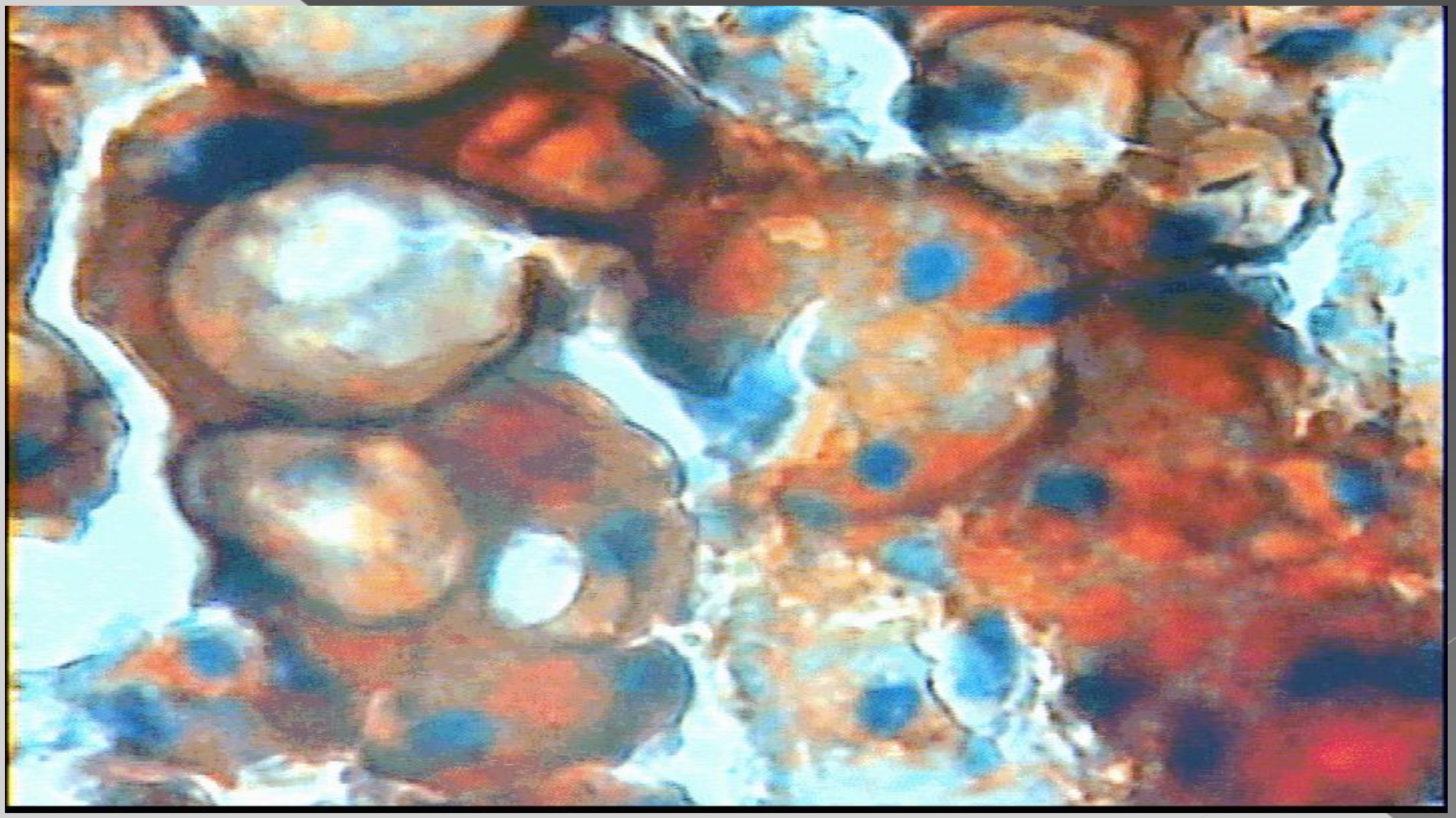


Окраска суданом III на жир

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 enzimes - 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).

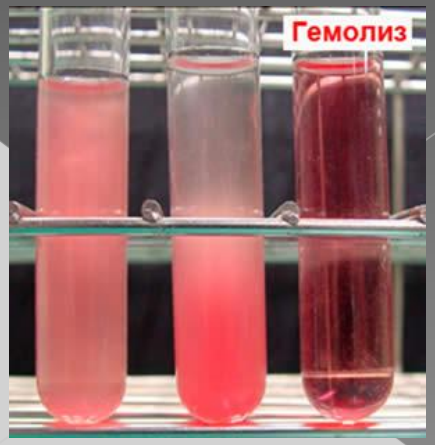
Патогенетические аспекты HELLP – синдрома

- 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 глисоновой 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

Воздействие этиологического фактора

Снижение продукции простациклина

Вазоконстрикция, ишемия в области расположения плаценты

Микроангиопатические изменения эндотелия

Высвобождение плацентарного тромбопластина и поступление его в материнский кровоток

Механический и гипоксический гемолиз эритроцитов при пассаже их через измененные микрососуды; воздействие антиэритроцитарных антител; развитие хронического ДВС-синдрома

Адгезия, агрегация тромбоцитов, воздействие антитромбоцитарных антител, тромбоцитопения

Нарушение перфузии в печени

Развитие токсического гепатоза (некрозы паренхимы, субкапсулярные гематомы, повышение уровня ферментов в крови)

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

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

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

- внутрипеченочным холестазом;
- 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, гидроксиэтилированный крахмал, альбумин, свежезамороженная плазма, криопреципитат).
- Индивидуально ориентированная антигипертензивная терапия.
- Плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой желательно провести до родоразрешения.
- Трансфузии тромбоцитарной массы при тромбоцитопении J 50*10^9 /л.
- Медикаментозная терапия: дипиридамол (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

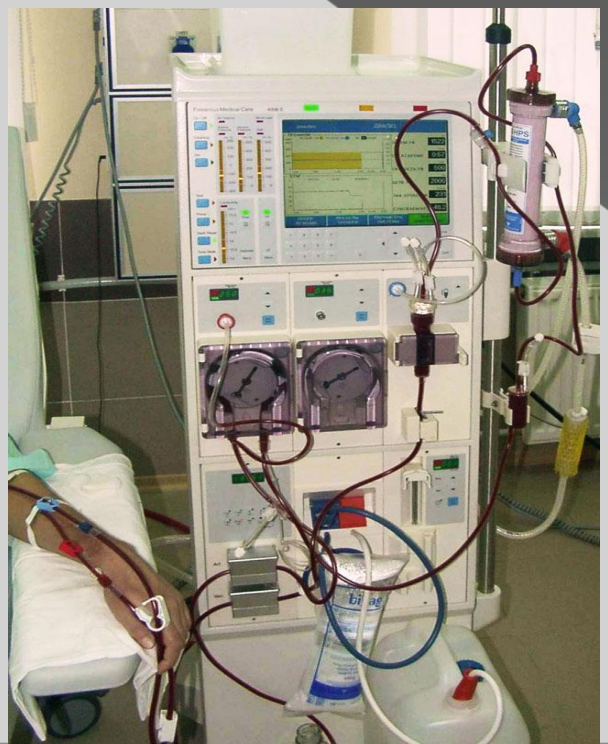
- прогрессирующая тромбоцитопения;
- признаки резкого ухудшения клинического течения преэклампсии;
- нарушения сознания и грубая неврологическая симптоматика;
- прогрессирующее ухудшение функции печени и почек;
- беременность 34 недели и более;
- дистресс плода.

Интенсивная предоперационная подготовка и интенсивная терапия после родоразрешения включают:

- ЭФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ – плазмоферез, ультрагемофильтрацию, гемодиализ.
- строго индивидуализированную антигипертензивную терапию;
- уменьшение гиповолемии, гипопротеинемии, 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.



Эфферентные 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 проводится в экстренном режиме (вирусный гепатит, HELP- синдром, холестаз 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