

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного и
стоматологического факультетов

Острая жировая дистрофия печени у беременных

Выполнила: Номоконова К.С.

Острая жировая дистрофия печени

(жировой гепатоз, жировая инфильтрация печени) – редкое, потенциально смертельное осложнение беременности, при котором в гепатоцитах происходит накопление жира, что может быть реакцией печени на различные токсические воздействия.

ОЖДП встречается в 1:7000 – 1:16000 беременностей.

Этиология неизвестна.

МКБ-10

O26.6 Поражение печени во время беременности, родов и послеродовом периоде

K71 Токсическое поражение печени

K72 Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках

K72.0 Острая и подострая печеночная недостаточность

K72.1 Хроническая печеночная недостаточность

K72.9 Печеночная недостаточность неуточненная

K76.0 Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках

Этиологические факторы:

1. Токсические факторы:

- Алкоголь
- Лекарства (ГКС, метотрексат, 5-фторурацил, вальпроевая кислота, амиодарон, нифедипин, тетрациклин, эстрогены, витамин А)
- Токсические вещества (хлорированные углеводороды, фосфор, кокаин, амантин)

Этиологические факторы:

2. Пищевые факторы:

- Ожирение
- Нарушение питания (избыточное питание, дефицит белка, дистрофия на фоне алиментарного дефицита белка, диета с неадекватной пропорцией холина аминокислот и метионина)
- Заболевания поджелудочной железы
- Полное парентеральное питание (TPN)
- Еюно- илеальный анастомоз

Этиологические факторы:

3. Эндокринные факторы и нарушения обмена веществ:

- Сахарный диабет
- Первичная и вторичная гиперлипидемия
- Острая жировая дистрофия беременных
- Ранние стадии гемохроматоза и болезни Вильсона – Коновалова
- Абеталипипротейнемия, гликогенозы, галактоземия, генетические дефекты митохондриального окисления жирных кислот

Этиологические факторы:

4. Другие редкие причины:

- Хроническая воспалительная болезнь кишечника
- Экссудативная энтеропатия
- Синдром Рея (острая печёночная недостаточность и энцефалопатия)

Факторы риска развития ОЖДП

- Врожденный дефицит LCHAD (*длинноцепочной 3-гидроксиацил-СоА-дегидрогеназы*)
- Первая беременность
- Многоплодная беременность
- Преэклампсия
- Беременность плодом мужского пола (в 3 раза чаще)
- Сахарный диабет

Формы поражения печени, связанные с беременностью

Патология

Тактика лечения

1. Чрезмерная рвота беременных

При эффективном консервативном лечении беременность пролонгируется

2. Внутрпечёночный холестаз

3. Жировая дистрофия печени

Специфического лечения нет.
Требуется срочное (часы)
родоразрешение.

4. Преэклампсия и HELLP - синдром

Классификация печёночной недостаточности

Признаки	Гиперострая	Острая	Подострая
Прогноз	Умеренный	Слабый	Слабый
Энцефалопатия	Есть	-	Есть
Длительность желтухи, дни	0-7	8-28	29-72
Отек мозга	Есть	Есть	Умеренный
Протромбиновое время	Удлинено	Удлинено	Умеренно удлинено
Билирубин	Умеренно повышен	Повышен	Повышен

Клиника

«Дожелтушный» этап: слабость, астения, кожный зуд, боль в эпигастрии или правом подреберье, периодическая тошнота и рвота. Артериальная гипертензия и протеинурия в 50% случаев.

Критерии «Swansea»

1. Тошнота и рвота.
2. Боль в животе.
3. Полидипсия и полиурия.
4. Энцефалопатия.
5. Увеличение уровня трансаминаз (в 3-10 раз)
6. Увеличение содержания билирубина.
7. Гипогликемия ($< 4,0$ ммоль/л).
8. Увеличение уровня мочевой кислоты (>340 мкмоль/л).
9. Почечная дисфункция (креатинин >150 мкмоль/л).
10. Увеличение уровня аммиака (>47 мкмоль/л).
11. Лейкоцитоз (умеренный $11 \cdot 10^9$ /л., нередко $20-30 \cdot 10^9$ / л).
12. Коагулопатия (протромбиновое время более 20% от нормы, АПТВ более 30%).
13. Асцит или гиперэхогенная структура печени при УЗИ.
14. Микровезикулярный стеатоз при биопсии печени.

При наличии более 6 критериев – высокая вероятность ОЖДП.

Дифференциальная диагностика

- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Перфорация полого органа
- Кишечная непроходимость

Варианты поражения печени во время беременности

Болезнь	Триместр	Частота	Основные симптомы	Лабораторные результаты
Преэклампсия и эклампсия	2 или 3й	5-10%	Тошнота, рвота, боль в эпигастрии, отёки, гипертензия, заторможенность, желтуха	АЛТ <500 ЕД/л, протеинурия, ДВС
HELLP-синдром	3й	0,1%	Признаки преэклампсии, боль в эпигастрии, тошнота, рвота, гематурия, желтуха	Гемолиз, АЛТ <500 ЕД/л, тромбоциты <100, увеличение ЛДГ, ДВС
ОЖДП	3й	0,01%	Недомогание, боль в верхних отделах живота, тошнота, рвота, желтуха, энцефалопатия	АЛТ <500 ЕД/л, гипербилирубинемия, гипогликемия, увеличенный уровень аммиака, лейкоцитоз, ДВС

продолжение

Внутрипеченочный холестаз беременных	2 или 3й	0,1-0,2 %	Интенсивный зуд, желтуха, стеаторрея	АЛТ <500 ЕД/л, значительно повышенная ЩФ, ГГТП, ур-нь желчных кислот, билирубин <103 мкмоль/л
Вирусный гепатит	Любой	Как в общей популяции	Тошнота, рвота, желтуха, лихорадка	АЛТ <500 ЕД/л, резкое увеличение билирубина > 100 мкмоль/л., положительные серологические тесты
Токсический гепатит	Любой	Неизвестна	Тошнота, рвота, желтуха	Различные

Клинико- лабораторное обследование:

1. УЗИ печени и ЖВП
2. МРТ или КТ печени
3. Биопсия печени
4. Коагуллограмма
5. Б/х крови (глюкоза, билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, амилаза, АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ)
6. Электролиты плазмы
7. Свободный гемоглобин плазмы и мочи
8. Аммиак в плазме
9. Исследование на носительство вирусов гепатита

Тактика лечения:

1. Быстрая реакция (не более одной недели)
2. Лечение должно проводиться в условиях ОРИТ
3. Если нет условий для быстрого родоразрешения *per vias naturales* – кесарево сечение
4. Единственный эффективный метод лечения – родоразрешение

Профилактика

Не существует методов эффективной профилактики.

Женщинам с ОЖДП во время следующей беременности рекомендуется пройти генетическое тестирование длинноцепочной 3- гидроксипил-СоА-дегидрогеназы.

Благодарю за внимание!