



Казанский
Государственный
Медицинский
Университет



Поражение ЖКТ и печени при беременности

Абдулганиева Диана Ильдаровна

Зав. кафедрой госпитальной терапии,
профессор

Казань, 2025



Что надо знать терапевту?

- Физиологические изменения со стороны внутренних органов и систем, наступающие (развивающиеся) у здоровых беременных
- Заболевания, обусловленные (вызываемые) самой беременностью, т.е. возникающие только во время беременности и исчезающие в ближайшее время после родов:
 - особенности их течения, их влияние на течение беременности, их влияние на плод.
- Заболевания, предшествовавшие беременности. Особенности их течения, влияние на них беременности.

Что надо знать терапевту?

- Физиологические изменения со стороны внутренних органов и систем, наступающие (развивающиеся) у здоровых беременных
- Заболевания, обусловленные (вызываемые) самой беременностью, т.е. возникающие только во время беременности и исчезающие в ближайшее время после родов:
 - особенности их течения, их влияние на течение беременности, их влияние на плод.
- Заболевания, предшествовавшие беременности. Особенности их течения, влияние на них беременности.

Физиологические изменения во время беременности: hepatic

- Размер печени не увеличивается во время нормальной беременности
- Увеличение прогестерона и эстрогена во время беременности является фактором риска обострения хронических заболеваний печени и возникновения поражений печени, ассоциированных с беременностью («уникальных» для беременности)
- В III триместре мб пальмарная эритема, «сосудистые звездочки»

Физиологические изменения во время беременности: желчевыводящие протоки

- Эстрогены увеличивают насыщение желчи холестерином и ингибируют секрецию печенью желчных кислот
- Прогестерон снижает сократительную активность желчного пузыря
- Совокупность этих факторов приводит к формированию сладжа и желчных камней



Влияние половых гормонов на кишечную моторику

Прогестерон

- Релаксация гладкой мускулатуры *colon*
- ↓ Мотилина
- ↑ Релаксина
- Релаксация желчного пузыря
- ↑ Порога возбудимости *colon*

Эстрадиол

- ↑ Абсорбции жидкости из *colon*



Снижение моторной активности *colon*

Лабораторные изменения: ОАК

Показатели периферической крови здоровых беременных				
Показатели	до 10 нед.	10—20 нед.	21—30 нед.	31—38 нед.
Эритроциты, $10^{12}/л$	$4,2 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,1$	$3,8 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,1$
Гемоглобин, г/л	$124 \pm 1,4$	$120 \pm 1,1$	$114 \pm 1,4$	$112 \pm 0,5$
Гематокрит, %	$38,8 \pm 0,6$	$38,1 \pm 0,5$	$37,2 \pm 0,6$	$36,0 \pm 0,6$
Лейкоциты, $10^9/л$	$6,8 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,2$	$7,6 \pm 0,3$	$7,7 \pm 0,4$
Эозинофилы, %	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,2$
Миелоциты и юные нейтрофилы, %	$0,04 \pm 0,02$	$0,08 \pm 0,04$	$0,18 \pm 0,06$	$0,24 \pm 0,04$
Палочкоядерные нейтрофилы, %	$4,8 \pm 0,3$	$7,5 \pm 0,4$	$8,4 \pm 0,6$	$7,9 \pm 0,3$
Сегментоядерные нейтрофилы, %	$68 \pm 1,1$	$63 \pm 1,0$	$67 \pm 1,2$	$64 \pm 0,8$
Лимфоциты	$28,6 \pm 0,6$	$22,0 \pm 0,6$	$17,0 \pm 0,8$	$21,0 \pm 0,7$
Моноциты, %	$4,7 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2$
Средний объем эритроцитов, мм	$87 \pm 0,9$	$89 \pm 1,0$	$93 \pm 2,0$	$92 \pm 1,0$
Среднее содержание гемоглобина в эритроците, пг	$30,0 \pm 0,2$	$30,0 \pm 0,2$	$30,6 \pm 0,4$	$27,8 \pm 0,5$
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците, %	$33,8 \pm 0,3$	$33,2 \pm 0,6$	$32,7 \pm 0,5$	$31,2 \pm 0,4$
СОЭ, мм/ч	$13 \pm 0,6$	$21 \pm 1,1$	$25 \pm 1,5$	$34 \pm 1,3$

- Тромбоциты находятся в пределах нормы или слегка понижены
- СОЭ может быть повышена начиная с I триместра беременности

Лабораторные изменения: биохимический анализ крови

- Из-за гемодилюции **снижаются**:
 - Альбумин
 - Общий белок
 - Мочевая кислота
 - Гематокрит
- За счет увеличения ОЦК и клубочковой гиперfiltrации происходит **снижение**:
 - Мочевины
 - Креатинина

Функциональные пробы печени

- Bilirubin
 - В норме (или даже несколько снижен – за счет гемодилюции и снижения уровня альбумина – альбумин является белком-транспортером билирубина) во время всей беременности
- АЛТ/АСТ
 - В норме во время всей беременности
 - Может быть повышение АЛТ и АСТ во время родов, вероятно, за счет схваток и сокращения матки
- ГГТП
 - В норме во время всей беременности
- ЩФ может быть повышена в 3-4 раза (особенно в 3 триместре) за счет:
 - Продукции ЩФ плацентой
 - Усиленного распада костной ткани у беременной женщины

Липидный обмен

- Уровень холестерина, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП увеличивается во время беременности. Это позволяет создать депо жира и служит источником энергии растущему плоду.
- На поздних сроках беременности потребности в питательных продуктах у плода увеличиваются – у матери уменьшается запасы жира и показатели жирового обмена снижаются к концу беременности, нормализуясь сразу после нее, особенно если женщина кормит грудью

Table 1 Normal physiological alterations in liver tests in pregnancy

Test	First trimester	Second/third trimesters
Albumin	↓	↓
ALT	N	N
AST	N	N
Total bilirubin	↓	↓
Alkaline phosphatase	N	↑
GGT	N	↓
5'-nucleotidase	N	May increase in second and third trimesters
Fasting total bile acids	N	N
Prothrombin time	N	N

N: No change; ↑: Increase; ↓: Decrease; AST: Aspartate aminotransferase; ALT: Alanine aminotransferase; GGT: Gamma-glutamyl transpeptidase.

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/esps/bpgoffice@wjgnet.com>
doi:10.3748/wjg.v19.i43.7630

World J Gastroenterol 2013 November 21; 19(43): 7630-7638
ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
© 2013 Baishideng Publishing Group Co., Limited. All rights reserved.

MINIREVIEWS

Liver diseases in pregnancy: Diseases not unique to pregnancy

Table 2. Normal physiologic changes in lab tests during pregnancy

Test	Change in pregnancy
AST/ALT	↔
Bilirubin	↔
Prothrombin/INR	↔
Albumin	↓
Alkaline phosphatase	↑
Hemoglobin	↓
Alpha fetoprotein	↑
5' nucleotidase	↔
Gamma glutamyl transpeptidase	↔

ALT, alanine transaminase; AST, aspartate transaminase; INR, international normalized ratio.

INVITRO

ООО "ИНВИТРО"

Казань, ул. Проспект Победы, д. 56

Пол: Жен
Возраст: 33 года
ИНЗ: 233659861

Дата печати результатов

Исследование	Результат	Единицы	Референсные значения	Комментарий
АлАТ	11	Ед/л	< 31	
АсАТ	16	Ед/л	< 31	
Билирубин общий	4.39	мкмоль/л	3.4 - 20.5	
Билирубин прямой	< 1.80	мкмоль/л	< 8.6	
Гамма-ГТ	11	Ед/л	< 32	
Мочевая кислота	233	мкмоль/л	150 - 350	
Общий белок	64	г/л	64 - 83	
Холестерин	8.00*	ммоль/л	3.37 - 5.96	Рекомендации экспертов NCEP/ATPIII: желательные значения общего холестерина < 5,18 ммол
Фосфатаза щелочная	152*	Ед/л	40 - 150	
Желчные кислоты	4.1	мкмоль/л	< 10	

* Результат, выходящий за пределы референсных значений

Кальпротектин

- Данных очень мало
- В 2017 г было проведено исследование:
- 150 здоровых беременных сдавали кал на кальпротектин 3 раза – I, II, III триместры
- Показатели не отличались от нормы
- Кальпротектин мб использован как динамический маркер кишечного воспаления во время беременности

Что надо знать терапевту?

- Физиологические изменения со стороны внутренних органов и систем, наступающие (развивающиеся) у здоровых беременных
- Заболевания, обусловленные (вызываемые) самой беременностью, т.е. возникающие только во время беременности и исчезающие в ближайшее время после родов:
 - особенности их течения, их влияние на течение беременности, их влияние на плод.
- Заболевания, предшествовавшие беременности. Особенности их течения, влияние на них беременности.

«Уникальные» для беременности заболевания

- Гестационная артериальная гипертензия
 - Преэклампсия, эклампсия
- Гестационный сахарный диабет
- *Hyperemesis gravidarum*
- Заболевания печени
 - Внутривеночный холестаз беременных
 - Острый жировой гепатоз
 - HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

Ранний токсикоз

- Рвота беременных, возникающая более 2–3 раз сутки, – осложнение преимущественно первой половины беременности, характеризующееся диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена в тяжелых случаях, снижающее качество жизни женщины
- Чрезмерная рвота беременных – крайняя степень тошноты и рвоты беременных, характеризующаяся:
 - длительным течением
 - потерей массы тела более 5% исходной
 - сопровождающаяся выраженными электролитными нарушениями и
 - обезвоживанием

Ранний токсикоз (*hyperemesis gravidarum*)

- Встречается в первом триместре, к 20 неделе проходит
- Не оставляет последствий для плода и матери
- Крайне редко – внезапная гибель плода
- Факторы риска развития:
 - Увеличенная масса плаценты (многоплодная беременность, трофобластическая болезнь).
 - Наследственность (генетическая предрасположенность).
 - Мигрень.
 - Рвота в предыдущие беременности. Однако частота повторной рвоты снижается при смене партнера.
 - Дочери и сестры женщин, у которых была чрезмерная рвота, относятся к группе риска ее развития, а также те, которые вынашивают плод женского пола

Ранний токсикоз (hyperemesis gravidarum)

- При нормально протекающей беременности тошнота и рвота могут иметь место у 50–80% женщин, чаще натошак и по утрам, до 2–3 раз в сутки. Общее состояние женщины при этом не ухудшается, медикаментозное лечение не требуется.
- Чрезмерная рвота встречается у 0,3–3,6% беременных.
- *У 3% пациенток рвота может сохраняться и в III триместре беременности. У 10% женщин с чрезмерной рвотой симптомы наблюдаются на протяжении всей беременности???*
- Частота рецидивов при чрезмерной рвоте в последующую беременность составляет 8–81%

Осложнения со стороны матери и плода обычно развиваются при длительной и/или чрезмерной рвоте (I)

Материнские.

- Энцефалопатия Гайе–Вернике.
- Повторяющаяся неукротимая рвота может привести к желудочно-пищеводному рефлюксу, эзофагиту или гастриту.
- Тяжелые электролитные нарушения, в первую очередь – гипокалиемия, которые могут существенным образом осложнить состояние женщины.
- Разрыв селезенки, пищевода, пневмоторакс при чрезмерной длительной рвоте.
- Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом.
- Депрессия и психические нарушения

Осложнения со стороны матери и плода обычно развиваются при длительной и/или чрезмерной рвоте (II)

Осложнения со стороны плода.

- Данные, касающиеся частоты рождения недоношенных детей и перинатальной или неонатальной смертности, противоречивы.
- Нет достоверных данных о взаимосвязи между рвотой беременных и частотой врожденных аномалий.
- Имеются исследования, в которых отмечена несколько большая частота рождения маловесных детей

Приложение А3.2. Клиническая классификация рвоты беременных (Акушерство.

Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.).

Симптомы	Степень тяжести рвоты		
	легкая	умеренная	тяжелая (чрезмерная)
Частота рвоты в сутки	3–5 раз	6–10 раз	11–20 раз и чаще (вплоть до непрерывной)
Общее состояние	Удовлетворительное	Удовлетворительное	Средней тяжести/тяжелое
Частота пульса в минуту	80–90	90–100	Свыше 100
Систолическое АД	120–110 мм рт.ст.	110–100 мм рт.ст.	Ниже 100 мм рт.ст.
Снижение массы тела в неделю	1–3 кг (до 5% исходной массы)	3–5 кг (1–1,5 кг в неделю, 6–10% исходной массы)	Свыше 5 кг (2–3 кг в неделю, свыше 10% исходной массы)
Повышение температуры тела до 38° С	Отсутствует	Наблюдается редко	Наблюдается часто (у 35% больных)
Иктеричность склер и кожных покровов	Отсутствует	У 5–7% больных	У 20–30% больных
Анемия	-	+	++
Гипербилирубинемия	Отсутствует	21–40 мкмоль/л	21–60 мкмоль/л
Гиперферментемия (АЛАТ, АСАТ)	-	++	До 300 ЕД/л
Сухость кожных покровов	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2–3 дня	Задержка стула
Диурез	900–800 мл	800–700 мл	Менее 700 мл
Поражение ЦНС	Головная боль, головокружение, слабость +	Головная боль, головокружение, слабость, сонливость, раздражительность ++	Бред, кома, эйфория +++

Примечание: +, ++, +++ – степень выраженности.

- До 50% беременных госпитализируют
- У 25% госпитализированных беременных - изменения в ФПП!
 - Билирубин – максимум до 6 норм (преимущественно неконъюгированный)
 - АЛТ и АСТ могут повышаться до 200 Е/л
 - ЩФ до 2 норм
 - Амилаза – может быть повышена – но это амилаза слюнных желез, не pancreas!

Ранний токсикоз

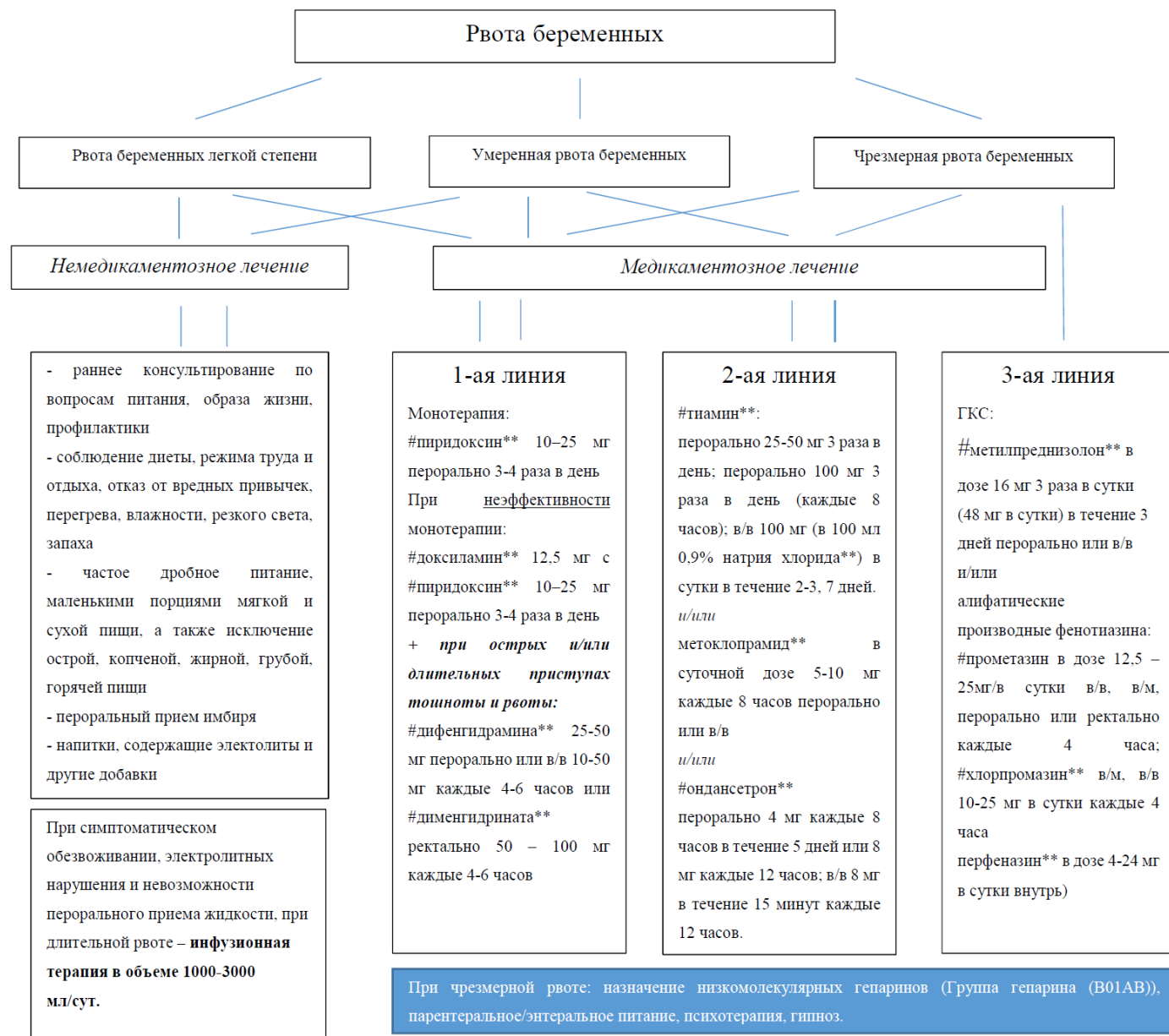
Дифференциальная диагностика:

- Панкреатит!
 - Клиника – начало с тошноты, гиперсаливации, без температуры
 - В отсутствие рвоты – хорошее самочувствие
 - УЗИ

Ранний токсикоз

- Все изменения связаны с тошнотой, многократной рвотой и дегидратацией!!!
- Задача – остановить рвоту и восполнить потерю жидкости
- В гепатопротекторах не нуждаются!
- В/в – физ. раствор, глюкозу – до 1000-3000 (под контролем клиники)
- Лимон, яблоко – уменьшают тошноту
- Хорошо идут пероральные питательные смеси

Приложение Б. Алгоритмы действия врача.



- ФПП напрямую связаны с тяжестью рвоты
- Рвота заканчивается – через 4-5-10 дней начинается положительная динамика анализов
- Контроль ФПП и наблюдение

«ФПП никогда не лгут»

- АСТ
- АЛТ
- Щелочная фосфатаза
- ГГТП
- Билирубин
- ПТИ (МНО)
- Альбумин
- Холинэстераза

паренхиматозное
повреждение

маркеры холестаза

синтетическая
функция

Аланиновая трансаминаза

- ▶ АЛТ - цитозольный фермент
- ▶ АЛТ преимущественно находится в печени и почках
- ▶ Значительно меньше в сердечной мышце и скелетных мышцах
- ▶ Имеются суточные колебания уровня АЛТ – минимальное содержание в ночное время, максимальное - после полудня.
- ▶ Аланиновая трансаминаза – катализирует перенос аминокислоты с аминокислоты L-аланина.

Аспарагиновая трансаминаза

- ▶ АСТ содержится в печени, сердечной мышце и скелетной мускулатуре
- ▶ Менее высокая концентрация – почки, головной мозг, pancreas, легкие, эритроциты и лейкоциты Несколько меньшая в печени и почках
- ▶ Аспарагиновая трансаминаза (АСТ) – катализирует перенос аминокислоты с аминокислоты L-аспарагина

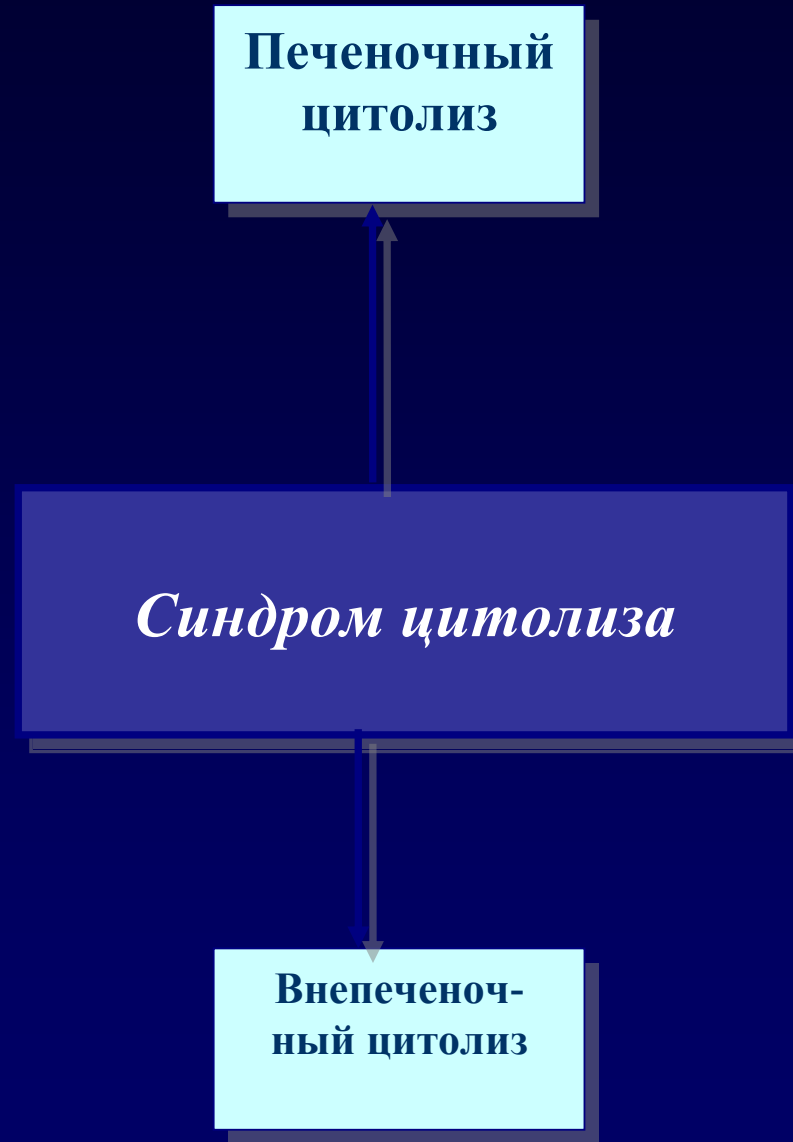
Классификация цитолиза (трансаминита)

- ▶ Легкий – повышение АЛТ/АСТ до 3 норм
 - ▶ Острый и хронический процесс – НАЖБП, лекарства, АБП, АИЗП, вирусы, болезни накопления
- ▶ Средний – 3-15 норм
- ▶ Тяжелый – выше 15 норм (обычно выше 600 Ед/Л)
 - ▶ острый вирусный гепатит (А-Е, вирус простого герпеса)
 - ▶ лекарственные препараты, токсины
 - ▶ ишемическая или «шоковая» печень
- ▶ Повышение более 100 норм:
 - ▶ Токсины (ацетаминофен)
 - ▶ Ишемическая печень
- ▶ Вирусы- крайне редко

**Печеночный
цитолиз**

Синдром цитолиза

**Внепеченоч-
ный цитолиз**



Печеночные причины повышения АЛТ/АСТ

Частые причины	Менее частые причины
Неалкогольная жировая болезнь печени Алкоголь Вирусные гепатиты (В, С и др.) Лекарства/токсины	Аутоиммунный гепатит Гемохроматоз Болезнь Вильсона Дефицит альфа1-антитрипсина Поражение сосудов печени Инфильтративные процессы (саркоидоз и др.)

Внепеченочные причины повышения АЛТ, АСТ

- Поражение щитовидной железы
- *Anorexia nervosa*
- Поражение миокарда
- Миопатия
- Чрезмерные физические упражнения
- Целиакия
- Макро АСТ
- Надпочечниковая недостаточность

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Частота – 6,5%-1% у всех беременных
- ВХБ обычно дебютирует во II-III триместрах, чаще на 30-32-й неделе беременности
- Может манифестировать с 22-26 недели беременности
- Является одной из наиболее частых причин развития зуда и желтухи у беременных!

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Этиология – неизвестна
- Предположение – генетическая мутация белка MDR3 (Multi Drug Resistance), расположенного в мембране гепатоцита и участвующего в переносе желчных кислот и фосфолипидов
- Повышение в крови эстрогенов и прогестерона приводит к изменению функции этого транспортера

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Для матери - относительно доброкачественное состояние
- Для плода – прогрессирование холестаза (нарастание зуда) может привести к
 - гипотрофии,
 - иногда внутриутробной гибели
 - риску кровотечений (длительный холестаз приводит к снижению уровня витамина К)

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Клиника – У ВСЕХ КОЖНЫЙ ЗУД!!!
- Может начинаться с ладошек, стоп, затем распространяется на все тело
- Кожа не изменена, объективно - следы расчесов
- Краевая желтуха присоединяется через 2-4 недели от начала зуда, встречается у 10-25% женщин
- Общее самочувствие не страдает!!!

Критерии установления диагноза

- кожный зуд;
- повышение уровня общих желчных кислот в крови >19 мкмоль/л
- диагноз считается подтвержденным при соответствии регламентированным критериям послепроведенного лечения в антенатальном периоде и нормализации печеночных проб в послеродовом периоде.

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Легкая степень. Кожный зуд выражен незначительно. АЛТ/АСТ повышены в 2-3 раза, увеличено содержание ЩФ и ГГТП. Другие клинические и лабораторные признаки расстройства отсутствуют. Риск акушерских осложнений минимален
- Средняя степень. Выраженный зуд кожи. Активность АЛТ, АСТ увеличена в 3-6 раз, повышены концентрации холестерина, ЩФ, ГТП, нарушены показатели гемостаза. По УЗИ может определяться взвесь в просвете желчного пузыря. Наиболее частая форма заболевания с возможной задержкой роста плода.
- Тяжелая степень. Выраженный зуд кожи. Значительное повышение активности ферментов, лабораторные признаки нарастающей коагулопатии, клиника гастроэнтерологических нарушений. Дистресс плода. Пролонгирование беременности опасно для матери и плода.

ВХБ, легкая степень	19-39
ВХБ, средняя/умеренная степень	40-99
ВХБ, тяжелая степень	>100

Контроль уровня желчных кислот крови

- При легком течении ВХБ и значением уровня ж.к. в крови в пределах 19-39 мкмоль/л следует проводить еженедельное тестирование по мере приближения к 38-й неделе.
- Уровень ж.к. - 40-99 мкмоль/л и по достижении срока беременности 35 недель, необходимо еженедельное их определение.
- Повышение уровня ж.к. более 100 мкмоль/л требует госпитализации и решения вопроса о проведении экстракорпоральных методов коррекции и/или родоразрешения

ВХБ, легкая степень	19-39
ВХБ, средняя/умеренная степень	40-99
ВХБ, тяжелая степень	>100

Прогностическая роль желчных кислот

- В группе пациенток с уровнем общих желчных кислот > 100 мкмоль/л внутриутробная гибель плода встречалась в 10-15% случаев и чаще всего - после 37 недель
- Риск осложнений при ВХБ статистически увеличивается при раннем (до 33 недель) развитии заболевания
- Наиболее неблагоприятный прогноз течения ВХБ отмечают при выраженном желтушном и цитолитическом синдромах, при раннем (25-27 недель) развитии заболевания

Ведение больных

- Наша задача – довести до 34, лучше до 37 недель беременности!
- Рекомендовано лечение ВХБ, которое направлено на купирование симптомов у матери, с использованием урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -1).**
- Рекомендована комбинация УДХК и адеметионина в дозе 1000 мг/сутки в случаях неэффективности УДХК в стандартных дозах. **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -1).**
 - *Комментарий: Режим комбинированного применения: адеметионин 500 мг 2 раза в сутки, УДХК 250 мг 3 раза в сутки до родоразрешения*
- Контроль ПТИ, возмещение витамина К
- Если не лечить – смертность плода 10-20%

Внутрипеченочный холестаз беременных

- Присоединение тошноты, рвоты, болей в животе и/или в сочетании увеличение в динамике билирубина, АЛТ и АСТ – дифференциальная диагностика с осложненной ЖКБ, острым жировым гепатозом беременных, HELLP-синдромом!!!
- Поднимать вопрос о родоразрешении!!!

Внутрипеченочный холестаз беременных

- После родов зуд проходит:
 - На столе
 - В течение суток
 - Через 48 часов
- ФПП нормализуются в течении нескольких недель

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутрипеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

Острый жировой гепатоз

- Потенциально смертельное состояние для матери и плода
- Встречается в 3 триместре беременности, редко, 1 случай на 13000 беременностей
- Факторы риска:
 - Плод – мальчик
 - Возраст старше 30 лет
 - Многоплодная беременность

Острый жировой гепатоз

- Клиника – начало с НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ симптомов – слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, боль в эпигастрии, правом подреберье
- Зуд не характерен!
- Желтуха – через 1 -2 недели от начала симптомов

Острый жировой гепатоз

- Анализы:
- АЛТ, АСТ повышены
- Билирубин повышен
- Повышение креатинина и мочевины
- Через 2 недели от момента начала симптомов – может быть печеночная кома, ДВС синдром

Острый жировой гепатоз

- Началом часто бывает преэклампсия:
- АД выше 140/90 после 20 недель беременности
- Протеинурия более 0,3гр/24 часа

Острый жировой гепатоз

- Тактика – немедленное родоразрешение!

«Уникальные» для беременности

- Ранний токсикоз беременных
- Внутривеночный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

«Уникальные» для беременности со стороны ЖКТ

- Ранний токсикоз беременных (*hyperemesis gravidarum*)
- Внутripеченочный холестаз беременных
- Острый жировой гепатоз
- HELLP Syndrome – (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome) – Гемолиз, Цитолиз, Тромбоцитопения

HELLP Syndrome

- Потенциально смертельное для ПЛОДА и матери
- Вторая половина беременности, обычно 3 триместр

HELLP Syndrome

- Ранняя клиника – НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ симптомы:
- тошнота, рвота
- боль в эпигастрии и правом подреберьи
- печень чувствительна при пальпации
- У 15% женщин - прееклампсия
- редко -асцит

HELLP Syndrome

- Анализы:
- АЛТ-АСТ – 200-700 Е/л, иногда до 6 000
- Билирубин повышается – и как следствие гемолиза тоже
- Тромбоцитопения – ниже 100 000
- Мочевина, креатинин повышаются

HELLP Syndrome

- Немедленное родоразрешение

Что надо знать терапевту?

- Физиологические изменения со стороны внутренних органов и систем, наступающие (развивающиеся) у здоровых беременных
- Заболевания, обусловленные (вызываемые) самой беременностью, т.е. возникающие только во время беременности и исчезающие в ближайшее время после родов:
 - особенности их течения, их влияние на течение беременности, их влияние на плод.
- Заболевания, предшествовавшие беременности. Особенности их течения, влияние на них беременности.

Заболевания, предшествовавшие беременности. Особенности их течения, влияние на них беременности.

Три варианта изменения в течении основного заболевания:

- **ухудшение** течения основного заболевания - обострение заболевания или декомпенсация органов и систем (цирроз, гепатит, язвенный колит, ЖКБ, ГЭРБ и др.),
- **облегчение** течения основного заболевания (язвенная болезнь, болезнь Крона и др.),
- возможно основное заболевание будет протекать **без существенных изменений** (язвенная болезнь, язвенный колит, болезнь Крона и др.).

Заболевание печени, имеющееся до беременности

- Вирусный гепатит В,С
- АИГ
- ПБЦ
- ЖКБ
- АБП

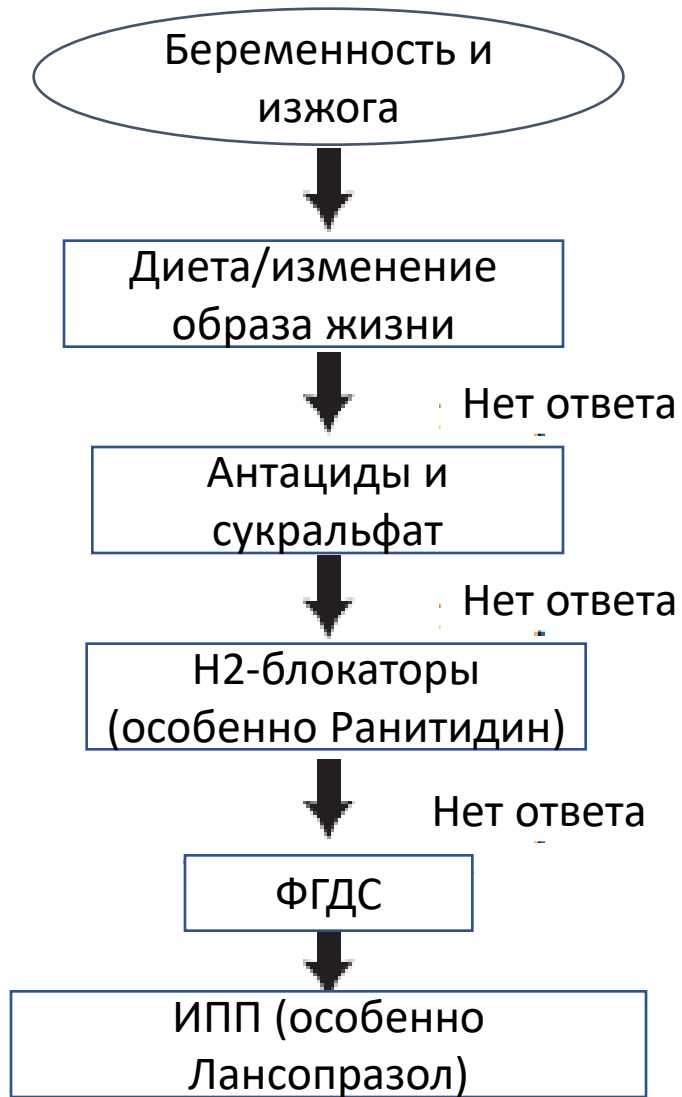
Возникновения заболевания печени на фоне беременности

- Лекарственное поражение печени
- Гепатит E
- ЦМВ
- H.simplex (I, II тип)

Кислото-зависимые заболевания

- Универсальными можно считать рекомендации по изменению образа жизни, а также приему алгинатов.
- Благодаря доказанной высокой эффективности и безопасности во всех триместрах беременности, эти препараты являются препаратами выбора для лечения изжоги беременных (УУР А, УДД — 1).
- Поскольку алгинаты почти не имеют побочных эффектов, их можно рекомендовать не только беременным, но и кормящим женщинам.

Кислото-зависимые заболевания



Кислото-зависимые заболевания

Table 1 FDA Classification of Drugs Used for Gastroesophageal Reflux Disease in Pregnancy

Drug	FDA Class	Comments
Antacids		
Aluminum, calcium- or magnesium-containing antacids	None	Most are safe for use during pregnancy and for aspiration prophylaxis during labor because of minimal absorption.
Magnesium trisilicates	None	Avoid long-term, high-dose therapy in pregnancy.
Sodium bicarbonate	None	Not safe for use in pregnancy as causes fluid overload and metabolic alkalosis.
Mucosal Preotectant		
Sucralfate	B	No teratogenicity in animals. Generally regarded as acceptable for human use due to minimal absorption.

Кислото-зависимые заболевания

H2 Receptor Antagonists

Cimetidine	B	A prospective, controlled study suggests acceptable for human use.
Ranitidine	B	Same as above. Ranitidine is the only H2RA whose efficacy during pregnancy has been established.
Famotidine	B	Same as cimetidine, but paucity of safety data in humans.
Nizatidine	B	Not recommended during pregnancy. In animals, spontaneous abortion, congenital malformations, low birth weight and fewer live births have been reported. Little data in humans.

Promotility Agents

Cisapride	C	Embryotoxic and fetotoxic in animals. Recent prospective controlled study in humans suggests acceptable in pregnancy, but drugs recently removed by FDA for fatal cardiac arrhythmias.
Metoclopramide	B	No teratogenic effects in animals or humans reported.

Proton Pump Inhibitors

Omeprazole	C	Embryotoxic and fetotoxic in animals. Case reports in human suggest similar concerns. Acceptable for use for aspiration prophylaxis in labor.
Lansoprazole	B	No fetal teratogenicity or harm. Limited human pregnancy data. Use is acceptable for aspiration prophylaxis during pregnancy.
Rabeprazole	B	No fetal teratogenicity or harm. Limited human pregnancy data. Use is acceptable for aspiration prophylaxis during pregnancy.
Pantoprazole	B	No fetal teratogenicity or harm. Limited human pregnancy data. Use is acceptable for aspiration prophylaxis during pregnancy.
Esomeprazole	B	No fetal teratogenicity or harm. Limited human pregnancy data. Use is acceptable for aspiration prophylaxis during pregnancy.

Запоры беременных

- Распространенность 25-40% среди беременных
 - Впервые возникшие запоры
 - Запоры, существовавшие до беременности могут усугубляться и носить более упорный характер
- Причины
 - Снижение физической активности
 - Изменение характера питания
 - Повышение уровня прогестерона
 - Сдавление толстой кишки беременной маткой
 - Прием ряда препаратов (препараты Fe, спазмолитики, препараты кальция и др.)

Запоры беременных

- Питание
- Объем водной нагрузки
- Слабительные, увеличивающие объем кишечного содержимого



**Спасибо за
внимание!**

Заболевания ЖКТ при беременности

Абдулганиева Диана Ильдаровна
Зав. кафедрой госпитальной терапии, профессор