



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ГЕПАТОПАТИЯХ В III ТРИМЕСТРЕ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

Хворик Н.В.,

д.м.н., профессор Цыркунов В.М.

Гродно, 2012

Инструкция разработана с целью оптимизации тактики ведения беременных с выявленной во время беременности неинфекционной патологией печени, профилактики осложнений гестационного процесса, пролонгирования беременности до биологической зрелости организма женщины к родам. Метод может быть применен для коррекции выявленных нарушений функции печени неинфекционного происхождения при беременности в акушерских стационарах республиканского, областного и районного уровней.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Для реализации метода необходимо следующее оборудование и расходные материалы:

- иммуноферментный анализатор для определения маркеров вирусных гепатитов;
- биохимический анализатор для определения основных показателей патогенетических синдромов нарушения функции печени (цитолитического, холестатического, гепатодепрессивного);
- электрофоретическая система для определения фракций липопротеидов сыворотки крови (α -липопротеиды и β -липопротеиды);
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов гепатобилиарной системы, плода, плаценты, доплерометрия;
- фетальный кардиомонитор;
- лекарственные средства для коррекции нарушений функции печени.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Диагностика неинфекционных гепатопатий, тактика ведения беременности, профилактика осложнений гестационного процесса в III триместре беременности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

Этапы ведения III триместра беременности

I ЭТАП (догоспитальный/госпитальный) – диагностика неинфекционной гепатопатии в III триместре беременности. Включает в себя определение и трактовку синдромов и признаков:

- исключение инфекционной гепатопатии (отсутствие характерного эпидемиологического, парентерального, полового анамнезов, маркеров вирусов гепатита В, С, цитомегаловируса и других);
- признаки цитолитического синдрома: повышение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) выше допустимой физиологической нормы;
- признаки холестатического синдрома: зуд кожи, повышение выше допустимой физиологической нормы активности щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), увеличение показателей билирубина, триглицеридов, холестерина, β -липопротеидов (примечание: при физиологическом течении беременности из печеночных ферментов может быть увеличена только ЩФ; значительное повышение ЩФ может происходить за счет плацентарной ее фракции при развитии фетоплацентарной недостаточности);
- признаки гепатодепрессивного синдрома: снижение по сравнению с физиологическими нормами содержания общего белка, альбумина, протромбина в сыворотке крови, а также удлинение активированного частичного тромбопластинового времени, тромбоцитопения.

II ЭТАП (госпитальный) – оценка степени тяжести гепатопатии в III триместре беременности. Осуществляется индивидуально у каждой беременной по сумме баллов, набранных в соответствии с приведенными в таблице факторами риска и показателями.

Индивидуальная шкала оценки степени тяжести гепатопатии

Факторы риска, показатели	Баллы
Прием оральных контрацептивов до беременности > 6 месяцев	1
Заболевания сердечно-сосудистой системы в сочетании с нарушением жирового обмена	1
Заболевания ГБС и/или ЖКТ	1
Беременность в результате ЭКО	1
Зуд кожи при предшествующих беременностях, у матери, сестры.	2
Многоплодная беременность	
- да	1
- нет	0
Кожный зуд	
Эпизодический	1
Зуд кожных покровов при нормальной активности АлАТ	2
Генерализованный, с нарушением сна	2
Интенсивный, нестерпимый	3
Гестоз	
Легкой степени	1
Средней степени	2
Тяжелой степени	3
Уровень тромбоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	
>140	0
<140	2
Содержание общего билирубина в крови, мкмоль/л	
- до 21,0	0
- 21,1-30,0	2
- 30,1 и более	3
Активность АлАТ, Ед/л	
- до 90	1
- 91-150	2
- 151 и выше	3
Активность ЛДГ, Ед/л	
-до 450	0
-451 и выше	2
Липопротеидные фракции	
Соответствуют установленным нормам	0
Увеличение β -липопротеидов свыше 80%	1
Снижение α -липопротеидов < 15%	1
Уровень ЖК, мкмоль/л	
- до 10,0	0
- 10,1-25,0	1
- 25,1 и выше	2
Сумма баллов	

Степень тяжести гепатопатии оценивается по сумме баллов:

I степень тяжести (легкая) гепатопатии (1-4 балла): характеризуется транзиторными изменениями показателей функционального состояния печени или тенденцией к восстановлению функции печени на фоне проводимой метаболической терапии.

II степень тяжести (среднетяжелая) гепатопатии (5-9 баллов): характеризуется постоянными изменениями лабораторных показателей до момента родов, несмотря на проводимую терапию.

III степень тяжести (тяжелая) гепатопатии (10 баллов и выше): характеризуется стойкими и/или нарастающими изменениями биохимических показателей во время беременности при проведении метаболической терапии и сохранением их после родов.

III ЭТАП: тактика ведения беременных

Схема № 1: при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих *легкой степени* тяжести гепатопатии женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар II или III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов, гепатобилиарной системы.

При отрицательных результатах на маркеры вирусных гепатитов и исключении острой хирургической патологии проводится:

- диетотерапия, стандартная терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);

- мониторинг (повторное лабораторное исследование) проводится через 7-10 дней при отсутствии ухудшения общего состояния беременной:

общий анализ крови, мочи, общий билирубин, фракции, АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ, ЛДГ, общий холестерин, мочеви́на, креатинин, глюкоза, коагулограмма.

После выписки из стационара лечение продолжается в амбулаторных условиях согласно протоколам ведения и лечения.

Плановая госпитализация показана в срок 37-38 недель беременности. Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности.

Схема № 2: при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих средней степени тяжести, женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов, гепатобилиарной системы.

При отрицательных результатах на маркеры вирусных гепатитов и исключении острой хирургической патологии проводится:

- диетотерапия, терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение и/или профилактику нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);

- препараты урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10 мг/кг/сут;
- мониторинг лабораторных показателей проводится через 5-7 дней при отсутствии ухудшения состояния беременной и/или плода.

После курса терапии в условиях стационара, при удовлетворительном состоянии женщины, отсутствии ухудшения функционального состояния печени, нормальных показателях коагулограммы, удовлетворительном состоянии плода по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии возможно продолжение терапии в амбулаторных условиях, согласно протоколам ведения и лечения.

Плановая госпитализация показана в 36 недель беременности. Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности – 38 недель.

Схема № 3: при выявлении в III триместре беременности изменений функционального состояния печени, соответствующих тяжелой степени тяжести гепатопатии, женщине показаны:

- госпитализация в акушерский стационар III уровня;
- повторное исследование крови на маркеры вирусных гепатитов;
- консультации инфекциониста, терапевта, хирурга и реаниматолога (по показаниям);
- УЗИ внутренних органов гепатобилиарной системы;
- диетотерапия, терапия гепатопротекторами (эссенциале, хофитол), инфузионная метаболическая терапия, направленная на лечение и/или профилактику нарушений функционирования фетоплацентарного комплекса (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);
- обязательное включение в терапию препаратов урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10 мг/кг/сут;
- лечение проводится в условиях стационара до момента родоразрешения;
- мониторинг лабораторных показателей проводится через 3-5 дней при отсутствии ухудшения состояния беременной и/или плода.

Родоразрешение при удовлетворительном состоянии женщины и плода проводится в сроке доношенной беременности – 38 недель. При ухудшении клинико-лабораторных показателей и/или состояния плода показано досрочное родоразрешение.

Схема № 4: досрочное родоразрешение. Проводится при наличии следующих проявлений:

- гепатопатия тяжелой степени тяжести с ухудшением биохимических показателей и прогрессированием коагулопатии;
- гестозы с нарушением функции печени, не поддающиеся медикаментозной коррекции;
- тяжелые формы гестозов с нарушением функции печени при безуспешности проведения интенсивной терапии в течение 3-12 часов;
- декомпенсация фетоплацентарной недостаточности на фоне нарушения функции печени (по данным УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии);
- сочетание комплекса клинических симптомов (слабость, тошнота, нарастающая изжога, рвота «кофейной гущей», чувство дискомфорта или боли в животе, желтуха, энцефалопатия, не приводящая к утрате сознания, олигоанурия) с изменениями лабораторных показателей (гипербилирубинемия, повышение активности АлАТ в 3-10 раз, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипопроteinемия, гипогликемия, повышение уровня мочевины и креатинина, снижение протромбинового индекса).

Диспансеризация женщин в послеродовом периоде, имевших признаки гепатопатии в III триместре беременности, осуществляется гастроэнтерологом (гепатологом) по месту жительства после выписки из акушерского стационара.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК

Проявления побочных эффектов используемых лекарственных средств – в соответствии с инструкциями по применению соответствующих лекарственных средств.

название

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

учреждения

И.О.Фамилия

здравоохранения

_____ 201 _____

МП

А К Т

учета практического использования инструкции по применению

1. Инструкция по применению:

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь № _____

3. Кем предложена разработка: сотрудниками кафедры _____

_____ Учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»:

4. Материалы инструкции использованы для _____

5. Где внедрено: _____

_____ подразделение и название учреждения здравоохранения

6. Результаты применения метода за период с _____ по _____
общее кол-во наблюдений « _____ »

положительные « _____ »

отрицательные « _____ »

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) _____

8. Замечания, предложения: _____

_____ 201 _____ Ответственные за внедрение

_____ Должность

_____ подпись

_____ И.О.Фамилия

Примечание: акт о внедрении направлять по адресу:

Кафедра _____

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

ул.Горького, 80

230009, г.Гродно

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

Хворик Наталья Валерьевна
Цыркунов Владимир Максимович

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ГЕПАТОПАТИЯХ В III ТРИМЕСТРЕ**

Инструкция по применению

Ответственный за выпуск В.В.Зинчук

Компьютерная верстка А.В.Яроцкая
Корректор Л.С.Засельская

Подписано в печать 30.06.2012. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,33. Тираж 50 экз. Заказ 171.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.

Репозиторий ГРГМУ