

9. Angiotensin-II type 1 receptor interaction is a major regulator for liver fibrosis development in rats / H. Yoshiji [et al] // Hepatology. – 2001. – Vol. 34. – P. 745–750.

УДК 618.2+616.36

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Котова Г.С., Силивончик Н.Н.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Несмотря на то, что заболевания печени довольно редко осложняют течение беременности (от 0,1 до 3% всех беременностей), они являются актуальной проблемой как для акушеров, так и для врачей терапевтического профиля. С практической точки зрения, целесообразно выделять заболевания печени: 1) встречающиеся только при беременности и беременностью обусловленные; 2) неспецифичные, лишь по времени ассоциирующиеся с беременностью и являющиеся самостоятельными, которые могут существовать до беременности или возникать во время беременности (табл. 1) [2, 5, 9].

Таблица 1 – Классификация заболеваний печени при беременности

Заболевания печени, связанные с беременностью
Неукротимая рвота беременных
Внутрипеченочный холестаз беременных
HELLP-синдром
Острая жировая дистрофия печени беременных
Преэклампсия, эклампсия
Заболевания печени, не связанные с беременностью
<i>Заболевания печени, существовавшие до беременности</i>
Вирусные гепатиты В и С
Цирроз печени, портальная гипертензия
Аутоиммунный гепатит
Болезнь Вильсона-Коновалова
<i>Заболевания, возникшие при беременности</i>
Острые вирусные гепатиты

«Печеночные симптомы» при неосложненной беременности

Телеангиэктазии, сосудистые звездочки, пальмарная эритема, которые могут рассматриваться как печеночные знаки, отмечаются у 60% беременных. Их возникновение связывают с повышенным содержанием эстрогенов в организме. Пальпация печени из-за увеличенной матки обычно невозможна. При беременности снижается сократительная активность желчного пузыря, нарушается его опорожнение, что способствует развитию желчнокаменной болезни. Кроме этого, увеличивается нагрузка на барьерно-выделительную функцию печени, что связано с обезвреживанием и выведением продуктов метаболизма, в том числе гормонов, секретируемых яичниками, надпочечниками, плацентой.

Некоторые лабораторные параметры, используемые как «печеночные тесты», различаются у беременных и небеременных женщин. Эти отклонения обычно слабо выражены, чаще наблюдаются в поздние сроки беременности и быстро (в большинстве случаев в течение 2 недель) исчезают после родов. Отмечается снижение концентрации сывороточного альбумина с 42 до 31 г/л как следствие увеличения объема плазмы. Альфа- и бета-глобулины имеют тенденцию к снижению (причина этого неясна). Щелочная фосфатаза возрастает к 5-му месяцу в 2-4 раза и остается на этом уровне до конца беременности за счет попадания плацентарной щелочной фосфатазы в кровь матери. Повышается уровень конъюгированного билирубина [2].

Симптомы заболеваний печени при беременности

Симптомы заболеваний печени могут быть яркими, но чаще неспецифичны, особенно в дебюте заболевания. В табл. 2 приводятся основные симптомы заболеваний печени при беременности [9].

Таблица 2 – Симптомы заболеваний печени при беременности

Симптом	Заболевания печени, ассоциирующиеся с беременностью (триместр)	Заболевания печени, не связанные с беременностью	Другие заболевания
Зуд	Внутрипеченочный холестаз беременных (II, III)	Первичный билиарный цирроз, лекарственное поражение печени	
Желтуха	Рвота беременных (I). Внутрипеченочный холестаз беременных (II, III). Острая жировая дистрофия печени беременных (III). Преэклампсия, эклампсия (II, III). HELLP-синдром (II, III)	Холедохолитиаз, острый вирусный гепатит, лекарственное поражение печени, обострение хронических заболеваний печени	
Боли в эпигаст- ральной области	Острая жировая дистрофия печени беременных (III). Преэклампсия, эклампсия (II, III). HELLP- синдром (II, III). Острый разрыв печени (III). Синдром Бадда-Киари (III)		Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Заболевания билиарного тракта
Тошнота, рвота	Рвота беременных (I). Острая жировая дистрофия печени беременных (III). Преэклампсия, эклампсия (II, III). HELLP- синдром (II, III)	Лекарственное поражение печени	Заболевания билиарного тракта
Тромбоцитопения (с ДВС или без такового)	Острая жировая дистрофия печени беременных (III). Преэклампсия, эклампсия (II, III). HELLP-синдром (II, III)	Цирроз	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемолитико-уремический синдром

Заболевания печени, неспецифичные для беременности

Острая жировая дистрофия печени беременных

Острая жировая дистрофия печени беременных – редкое (1 случай на 13500 родов), но опасное осложнение беременности [2]. Материнская смертность составляет 60-85%. Заболевание развивается, как правило, с 34 недель беременности, хотя описаны случаи его развития с 28 недель гестации. Начальные проявления болезни неспецифичны и часто недооцениваются: тошнота, рвота (в 70% наблюдений), боли в эпигастральной области (в 50-80% наблюдений), слабость, снижение аппетита. Через 1-2 недели присоединяется желтуха, зуд наблюдается редко. При отсутствии лечения острая жировая дистрофия печени беременных осложняется развитием энцефалопатии, печеночной недостаточности, панкреатита, желудочно-кишечного или маточного кровотечения, ДВС-синдрома, комы и летального исхода. При установлении диагноза показано немедленное родоразрешение [9]. При биопсии определяют массивное диффузное ожирение печени без некроза гепатоцитов и воспалительной инфильтрации [2].

Преэклампсия, эклампсия

Преэклампсия встречается в 5-10% беременностей в конце II, чаще в III триместре. На усугубление тяжести преэклампсии указывают такие симптомы, как сильная головная боль, нарушения зрения, острая боль в правом подреберье, эпигастрии, затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, усиление одышки, периодическое чувство нехватки воздуха, тошнота, рвота.

При лабораторном обследовании определяется нормальный или повышенный гемоглобин (≥ 130 г/л), тромбоцитопения ($< 100 \cdot 10^9$ в мл), повышение билирубина в 2-3 раза, преимущественно за счет непрямого, увеличение уровней мочевины, креатинина, повышение печеночных трансаминаз (АСТ, АЛТ) в тяжелых случаях в 2-3 раза.

Основной причиной смерти беременных является нарушение мозгового кровообращения. Печеночные осложнения, такие, как подкапсульная гематома, разрыв печени, фульминантная печеночная недостаточность, также приводят к летальным исходам [2, 5, 9].

HELLP синдром

HELLP-синдром (H – hemolysis, EL – elevated liver enzymes, LP – low platelet) характеризуется сочетанием гемолиза, повышенного уровня печеночных ферментов, снижения количества тромбоцитов и является осложнением тяжелой преэклампсии. Как правило, наблюдается в 27-36 недель беременности, реже после родов.

Клинически проявляется болями в эпигастральной области, правом подреберье, слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью. Желтуха наблюдается только в 5% случаев. В 20% случаев может отсутствовать артериальная гипертензия [8]. Материнская летальность составляет 1-3%. Осложнения: ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, отек легкого. Перинатальная смертность составляет 10-60% и зависит от срока родоразрешения, тяжести заболевания. Риск рецидива при последующих беременностях составляет 3-27% [8]. Показано экстренное родоразрешение вне зависимости от срока беременности.

Внутрипеченочный холестаз беременных

Внутрипеченочный холестаз беременных характеризуется развитием явлений холестаза с желтухой или без нее. У 80% беременных внутрипеченочный холестаз проявляется после 30 недель беременности [4]. Зачастую зуд начинается за несколько дней или недель до проявления лабораторных признаков заболевания [6].

Внутрипеченочный холестаз беременных, как правило, клинически разрешается в течение 2 суток после родов с нормализацией лабораторных показателей через 2-4 недели [4]. При последующих беременностях риск рецидива составляет 40-60% [6].

Лабораторно определяется повышение уровня щелочной фосфатазы в 2-10 раз, а также (у части больных) конъюгированного билирубина при нормальных или незначительно повышенных уровнях трансаминаз. Уровень билирубина редко превышает 100 мкмоль/л.

Оптимальный срок родоразрешения – 37-38 недель гестации. При наличии показаний – досрочное родоразрешение.

Лечение: урсодезоксихолевая кислота, адеметионин,

симптоматически антигистаминные средства 1 поколения перед сном (преимущественно из-за их седативного эффекта), витамин К.

Патология печени при неукротимой рвоте беременных. Неукротимая рвота беременных чаще наблюдается между 4 и 10 неделями беременности и обычно разрешается к 20 неделям [5]. Вовлечение печени наблюдается у 50-60% пациенток. Наблюдается умеренное увеличение уровня аминотрансфераз, хотя отмечены случаи их значительного повышения (АЛТ 400-1000 Ед/л). При неукротимой рвоте беременных (в первом триместре) может наблюдаться холестаз, что обычно проявляется только повышением уровней щелочной фосфатазы и билирубина. Легкая желтуха может отмечаться только при тяжелых формах токсикоза с дегидратацией и снижением массы тела. Печень не увеличена, морфологические изменения в ней, как правило, отсутствуют. Лабораторные тесты нормализуются при восстановлении питания [5].

Лечение неукротимой рвоты беременных симптоматическое. Пациенткам рекомендуется частое питание небольшими порциями, ограничение потребления жиров. Назначается инфузионная терапия, тиамин, фолиевая кислота, метоклопрамид, в тяжелых случаях стероиды [5].

Вирусные гепатиты В и С

Вирус гепатита В (ВГВ) характеризуется высокой частотой вертикальной передачи. Перинатальная передача ВГ В происходит в случае острой инфекции матери в последнем триместре беременности (заболеваемость новорожденных составляет 60%) или в первые месяцы послеродового периода, а также, если беременная является носителем HBsAg .

Острый ВГВ во время беременности характеризуется более тяжелым течением, протекая преимущественно в среднетяжелой и тяжелой формах, а также в фульминантной форме, осложняясь острой печеночной энцефалопатией и комой. Имеет отягчающее влияние на течение и исход беременности, особенно во втором и третьем триместрах, при этом наихудшие исходы наблюдаются у беременных, у которых прерывание беременности произошло в остром периоде заболевания. Вертикальная передача ВГВ от матерей составляет 70-90%, впоследствии 90% этих детей

становятся больными хроническим гепатитом В. Около 95% случаев перинатальной передачи происходит во время родов и только 5% детей заражаются внутриутробно [3]. Вакцинация новорожденных обеспечивает высокий уровень защиты (66-100%). Возможность передачи ВГВ при грудном вскармливании окончательно не доказана, поэтому не следует отказываться от грудного вскармливания [3].

Вирусный гепатит С

Вероятность передачи вирусного гепатита С (ВГС) от матери новорожденному составляет 5%, у ВИЧ-инфицированных беременных риск возрастает до 40%. Метод родоразрешения не влияет на вертикальную передачу вируса гепатита С [7]. При кормлении грудью передача ВГ С от матери ребенку при отсутствии факторов риска (иммуносупрессия, ВИЧ-инфекция) является большой редкостью. Поэтому инфицированным ВГС матерям нет основания отказываться от кормления грудью [7], хотя при наличии трещин сосков следует воздерживаться от грудного вскармливания.

Литература

1. Фарбер Я. А., Мартынов К. А., Буртовой Б. Л. Вирусные гепатиты у беременных. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М. Трида. 2005. – 816 с.
3. Ahn J, Suhail B. Salem, Cohen SM. Evaluation and Management of Hepatitis B in Pregnancy: A Survey of Current Practices . Gastroenterology & Hepatology, 2010; Vol 6 (9): 570-578.
4. Greenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. World Journal of Gastroenterology. 2009;15(17):2049-66.
5. Noel M Lee, Carla W Brady Liver disease in pregnancy. World J Gastroenterol 2009 February 28; 15(8): 897-906.
6. Pathak B, Sheibani L, Lee RH. Cholestasis of Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2010;37:269-82.
7. Sookoian S. Liver disease during pregnancy: acute viral hepatitis Annals of Hepatology 2006; 5(3): July-September: 231-236.
8. Sullivan CA, Magann EF, Perry KG Jr, Roberts WE, Blake PG, Martin JN Jr. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis,

- elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) in subsequent gestations. Am J Obstet Gynecol, 1994;171:940-3.
9. Tamsin A. Knox, Lori B. Olans Liver disease in pregnancy The New England Journal of Medicine, 1996, Vol. 335 N 8: 569-576.

УДК 616.33/.34-006.6-07-08

ОНКОПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Лазута С.Ф., Снитко В.Н., Дедуль В.И., Козеева Ж.В.

*УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Болезни органов пищеварения стабильно остаются одной из актуальных и трудно решаемых проблем современной медицины. Современный ритм жизни, постоянные стрессы, неправильное питание, неблагоприятная экологическая обстановка – все это сказывается на организме человека, в том числе и на желудочно-кишечном тракте [1, 2]. С каждым годом растет число пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Злокачественные образования занимают ведущее место в клинической медицине. Для всех очевидно, что в двадцать первом веке произошел сдвиг структуры заболеваемости населения в сторону увеличения доли данных заболеваний. Согласно статистическим данным летальности, злокачественные опухолевые заболевания почти во всех странах мира занимают второе место среди причин смерти населения. Процентное соотношение показателей смертности и заболеваемости злокачественными опухолями колеблется в зависимости от поражения разных органов, однако при наиболее часто встречающихся локализациях по органам, смертность редко бывает ниже 50%. В этом отношении хуже всего обстоит дело со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта,