

УДК: 616.36-616-003.93

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

С.Г. ХУДОЙДОДОВА

Бухарский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ХОМИЛАДОРЛАР ЎТКИР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗИ

С.Г. ХУДОЙДОДОВА

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро

ACUTE FATTY LIVER PREGNANT

S.G. HUDOYDODOVA

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

В период беременности синдром желтуха может развиваться как осложнение беременности, а также при инфекционных и других патологических состояниях. Своевременное установление правильного диагноза при развитии желтухи у беременных имеет исключительно важное значение, поскольку тактика ведения беременных заболевших вирусным гепатитом и женщин развитие желтухи у которых обусловлено патологией беременности, имеет существенные различия. К развитию желтухи беременных могут привести такие патологические состояния, как неукротимая рвота беременных, холестатический гепатоз беременных. Наиболее важным и сложным является проведение дифференциальной диагностики острым жировым гепатозом беременных. Острый жировой гепатоз беременных относится к редко встречающейся патологии беременности: один случай острого жирового гепатоза беременных приходится на 10000-13000 родов. Следовательно, в большинстве родильных домов с числом родов 3000-5000 в год врачи теоретически имеют возможность наблюдать такую патологию беременных один раз в три-четыре года [1,2]. В инфекционный стационар больные с ОЖГБ поступают как правило, с подозрением на вирусный гепатит, поэтому дифференциальный диагноз в первую очередь проводится с острыми вирусными гепатитами (ОВГ) различной этиологии.

Однако следует подчеркнуть, что появление желтухи и диспептического синдрома у беременных в лечебных учреждениях разного уровня и квалификации нередко расценивается как проявление острого вирусного гепатита и становится основанием для госпитализации этих пациенток в инфекционный стационар. Таким образом, часть беременных женщин с ОЖГБ в первую очередь попадают в поле зрения инфекционистов, в связи, с чем знания подавляющего большинства инфекционистов, акушеров-гинекологов, работающих как в женских консультациях, так и в родильных домах об этом заболевании недостаточны. Необходимо отметить, что и инфекционисты стационаров также нечасто встречаются с данной патологией, учитывая редкость ее возникновения. Исключение Острого вирусного гепатита является первостепенной задачей, поскольку терапевтическая тактика при ведении беременных женщин, больных ОВГ и ОЖГБ, диаметрально противоположна и направлена на сохранение беременности в разгаре ОВГ и на немедленное родоразрешение при ОЖГБ [3,4].

Клинически проявления острого жирового гепатоза разнообразны. Встречаются случаи заболевания со скудной клинической симптоматикой, с желтухой и без нее, а также варианты, при которых заболевание протекает, бурно неумолимо прогрессирует, приводя к развитию острой печечно-почечной недостаточности, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) и гибели беременной женщины и ее ребенка. После внутриутробной гибели плода развивается ДВС-синдром. Он проявляется носовыми, маточными, желудочно-кишечными кровотечениями, с нарушением свертывающей системы крови.

В ряде случаев ОЖГБ имеет не вполне типичное течение, когда имеются клинико-лабораторные признаки, позволяющие обоснованно предположить острый вирусный гепатит. Нами изучено история болезни пациентки подобной клинической случай, течение ОЖГБ отличалось рядом особенностей, которые затруднили своевременную диагностику этого тяжелого заболевания и аутопсийные материалы взятий из органов печени и почки.

Большая 22 года направлено в инфекционную больницу с диагнозом: Острый вирусный гепатит неясной этиологии. Беременность 35-36 недель. Нефропатия. Анемия I степени. Анамнез жизни не отягощен. Настоящая беременность первая. Заболевание началось постепенно за 2 недели до госпитализации, появились тяжесть в эпигастриальной области, отрыжка, изжога, рвота, присоединилась слабость. Постепенно появились желтушность склер и субиктеричность кожных

покров, цвет кала и мочи не изменился. Больная обратилась к врачу на 5-й день появления желтушности склер и кожных покров. Были проведены срочные лабораторные исследования, в том числе биохимические анализы крови. Связи с гиперферментемией заподозрен диагноз «Острый вирусный гепатит» и госпитализировано в инфекционный стационар где проведено клинко-лабораторное обследование были получены результаты иммунологических исследований крови: маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. Заподозрен Острый жировой гепатоз беременных и больная была переведена в реанимационное отделение родильного дома. При клинко-инструментальном обследовании установлено антенатальное гибель плода, рекомендовано оперативное родоразрешение. После окончания операции через 1 час началось атоническое кровотечение на фоне выраженного ДВС-синдрома. Для остановки, которого потребовалось экстренной экстирпации матки. На второй сутки после операции произошло остановка сердца, реанимационные мероприятия эффекта не дали. При патолого-анатомическом исследовании выявлены острый жировой гепатоз беременных и выраженные геморрагический синдром. При гистологическом исследовании, микропрепаратов А-100 микроскопически гепатоциты набухшие, с крупными каплями жира и центрально расположенными ядрами. Жировой дистрофия печени выглядела в виде «гусиная печень», обнаруживалась резко выраженная жировая дистрофия гепатоцитов при отсутствии некроза. Также в микропрепаратах почки выявлена жировая инфильтрация.

Таким образом, знание особенностей течения ОЖГБ, такие как развившиеся нарушения функции печени в III триместре беременности,

изжога и боль при глотании по ходу пищевода который несвойственны ОВГ, также несвойственны лейкоцитоз, тромбоцитопения и гипопротеинемия. Эти положение, которые способствует к своевременному дифференциально-диагностическим мероприятиям, также повышению эффективности лечения и благоприятного исхода болезни.

При планировании беременности необходимо помнить, что прогноз при остром жировом гепатозе, также и при многих других осложнениях беременности может быть улучшен только при условии своевременного выявления патологии, в связи, с чем важное значение приобретает тщательность и систематичность посещения к врачу для наблюдения за течением беременности, начиная с I триместра.

Литература:

1. Белоцерковцева Л. Д. и др. Состояние углеводного и жирового обмена и риск перинатальной патологии у беременных с ожирением //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – №. 2.
2. Кузьмин В. Н., Серобян А. Г. Острый жировой гепатоз беременных //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7. – №. 1. – С. 83-87.
3. Надеев А. П., Жукова В. А., Агеева Т. А. Острый жировой гепатоз беременных как причина материнской смерти: наблюдение из практики //Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5. – №. 3. – С. 54-57.
4. Цхай В. Б. Исходы беременности и материнская смертность при острой жировой дистрофии печени в Красноярском крае/Цхай ВБ, Грицан ГВ //АГ-Инфо. – 2007. – №. 4. – С. 40-42.