

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
08.06.2012
Регистрационный № 075-0512

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

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: Н.В. Хворик, д-р мед. наук, проф. В.М. Цыркунов

Гродно 2012

Инструкция по применению (далее — инструкция) разработана с целью оптимизации тактики ведения беременных с выявленной 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, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Иммуноферментный анализатор для определения маркеров вирусных гепатитов.

2. Биохимический анализатор для определения основных показателей патогенетических синдромов нарушения функции печени (цитолитического, холестатического, гепатодепрессивного).

3. Электрофоретическая система для определения фракций липопротеидов сыворотки крови (α - и β -липопротеиды).

4. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов гепатобилиарной системы, плода, плаценты, доплерометрия.

5. Фетальный кардиомонитор.

6. 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.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

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 анамнеза, маркеров вирусов гепатита В, С, цитомегаловируса и др.);

- признаки цитолитического синдрома: повышение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) выше допустимой физиологической нормы;

- признаки холестатического синдрома: зуд кожи, рост 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 ее повышение 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 мес.	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 метаболической терапии;

- при II степени тяжести (среднетяжелая) гепатопатии (5–9 баллов) отмечаются постоянные изменения лабораторных показателей до момента родов несмотря на терапию;

- III степень тяжести (тяжелая) гепатопатии (10 баллов и выше) характеризуется стойкими и/или нарастающими изменениями биохимических показателей во время беременности на фоне 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, мочевины, 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, 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 рекомендованы:

- 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, а также при 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, 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 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 ч;
- 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, гипопротейнемия, 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 ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Побочные эффекты используемых лекарственных средств — в соответствии с инструкциями по применению соответствующих лекарственных средств.