

5. Patil M, Panchanadikar TM, Wagh G. Variation of papp-a level in the first trimester of pregnancy and its clinical outcome. J ObstetGynaecol India. 2014; 64:116–119.

6. PoonLC, SyngelakiA, AkolekarR, etal. Combined screening for preeclampsia and small for gestational age at 11-13 weeks. Fetal Diagn Ther 2013; 33:16–27.

УДК 61:618.3

**Байкосова Г.К., Абызбаева А.С.**  
**БЕРЕМЕННОСТЬ И ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация

**Baykosova G.K., Abyzbaeva A.S.**  
**PREGNANCY AND PATHOLOGY OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM**

Department of obstetrics and gynecology  
Orenburg state medical university  
Orenburg, Russian Federation

E-mail: [gulfariza@bk.ru](mailto:gulfariza@bk.ru)

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены родорасщепление беременных женщин с холестатическим гепатозом, их соматический анамнез, а также перинатальные исходы и осложнения родов женщин с диагнозом ХГБ.

**Annotation.** This article discusses the delivery of pregnant women with cholestatic hepatitis, their somatic history, as well as perinatal outcomes and complications of childbirth of women diagnosed with CGD.

**Ключевые слова:** беременные, женщины, холестатический гепатоз беременных (ХГБ).

**Key words:** pregnant women, pregnant women, cholestatic hepatitis (CGP).

**Введение**

В последние десятилетия важнейшей проблемой в практике акушеров является предупреждение тяжелых осложнений беременности и родов, мертворождений, перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных. К развитию осложнений во время беременности часто приводят заболевания печени.

Во время беременности печень испытывает большую функциональную нагрузку, так как происходит избыточная продукция половых гормонов, а гепатоциты чувствительны к ним, с одной стороны, и возникает потребность в обезвреживании продуктов жизнедеятельности плода, с другой. Таким образом, появляется благоприятный фон для развития холестатического гепатоза беременных [1].

Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) – дистрофическое поражение печени, обусловленное повышенной чувствительностью гепатоцитов к половым гормонам. Их функциональным проявлением являются обменные нарушения холестерина и желчных кислот в гепатоцитах, а вследствие этого нарушение процессов желчеобразования и оттока желчи по внутридольковым желчным протокам, которые могут привести к образованию желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2,5,6].

На сегодняшний день количество беременных с холестазом растет, и в России составляет, по разным источникам, от 10 до 200 случаев на 10 000 человек, уступая по частоте только вирусным гепатитам [2]. В литературных источниках имеются данные, о том, что ХГ имеет благоприятный материнский прогноз. Но нарушение билиарной секреции желчных кислот у беременной женщины может приводить к таким осложнениям гестации, как кровотечение, развитие ДВС-синдрома, преждевременным родам (от 10–20 % до 60 %), развитию респираторного дистресс-синдрома (РДС) у плода (21–44 %), и в тяжелых случаях к повышению риска перинатальных потерь (0,4–1,4 %) [4, 5].

Единого взгляда на этиологию и патогенез в настоящее время не существует, тем не менее, предполагают, что развитие ХГБ связано с воздействием антропогенных факторов, гипокинезией желчевыводящих путей, ЖКБ, наличием генетически детерминированной неполноценности ферментных систем и заболеваний печени различного генеза и объясняется гормональным дисбалансом, нарушением функции клеточных мембран и микросомального аппарата печени [9,10]. ХГБ предрасполагает к развитию ЖКБ и часто сочетается с холелитиазом.

Развитие патологических изменений связывают с нарушением процесса транспортировки желчных кислот на уровне гепатоцита и желчных капилляров, составляющими более двух третей объема сухого осадка желчи. Желчные кислоты являются ведущим фактором, оказывающим токсический эффект на гепатоциты. Накопление желчных кислот в повышенных концентрациях в печени приводит к повреждению мембран гепатоцитов вследствие растворения липидов мембран. [3, 6, 7].

Клинически ХГБ проявляется кожным зудом, желтухой, диспепсическими расстройствами, темной мочой, стеаторреей, мальабсорбцией, дефицитом жирорастворимых витаминов, нарушением минерализации костей [5,7,8].

**Цель исследования** - оценить частоту неблагоприятных исходов родов при ХГ у беременных.

**Материалы и методы исследования**

Проведено проспективное исследование среди женщин, родоразрешенных в Оренбургском клиническом перинатальном центре с 01.01.2019 по 31.12.2019. Выборка: 50 беременные женщины, имевшие патологию печени до беременности и беременные пациентки с холестатическим гепатозом. Изучая записи в историях родов, анализировали демографические данные, соматический анамнез, срок и способ родоразрешения, состояние новорождённого, а также частоту послеродовых кровотечений.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

ХГБ был диагностирован в 50 (33,7%) случаях из 148 родов с патологией гепато-билиарной системы в возрасте от 20 до 40 лет.

Соматический анамнез у женщин с ХГБ отягощен в 91,5%. Наиболее часто встречались следующие заболевания: эндокринные патология: гипотиреоз, диффузный зоб и ожирение в 30%; болезни мочеполовой системы: кольпит, пиелонефрит, цистит, нефросклероз в 36,5%; заболевания печени и поджелудочной железы: ЖКБ, ВИЧ, СД, ГСД в 25%.

По срокам родоразрешения пациентки исследуемой группы распределились следующим образом. Досрочно в сроке гестации 22 до 37 недель было родоразрешено 11 женщин из 50, 38 пациенток в сроке гестации 37 недель, 1 беременная - 41 неделя. Самостоятельные роды были проведены 26 (52,3%) женщинам, 1 (2,3%) вакуум-экстракция плода, 23 (45,3%) родоразрешены путем операции КС, среди которого 17 случаев по экстренным показаниям.

В 4х случаях показанием к операции кесарево сечение явился длительно протекающий гепатоз, резистентный к проводимой терапии. В остальных случаях показаниями явились ВИЧ инфекция и высокая вирусная нагрузка (1), тяжелая преэклампсия (4), тазовое предлежание (3), отсутствие эффекта от подготовки к родам при переносенной беременности (2), рубец на матке после двух операций кесарево сечение (1), монохориальная двойня (3), ЭКО пятая попытка (1), преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты (2), дистресс плода (3).

Перинатальные исходы у пациенток с ХГБ были следующими: 1 случай с антенатальной гибели плода, что составило 1,8% в группе обследованных, 45 (84,9%) новорождённых с оценкой по шкале Апгар 7 – 9 балла, 7 (13,2%) новорождённых с оценкой по шале Апгара 3 – 6 балла, которые были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Также отмечают 4 случая с послеродовыми кровотечениями у женщин с диагнозом ХГБ, где у двоих женщин объем кровопотери составил 1500 мл, а у двоих 700 мл.

### **Выводы**

Холестатический гепатоз беременных встречается в 33% случаев среди пациенток с заболеваниями гепато-билиарной системы. Оперативные вмешательства в родах у беременных с ХГБ применяли в половине случаев, что в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных, причем больше половины из них — по экстренным показаниям, среди которых ведущим являлась гипоксия плода.

У беременных с тяжелым течением ХГБ в 13% случаев отмечалось рождение новорождённых в состоянии асфиксии, при этом у 4 из них отмечалась асфиксия легкой степени со средней оценкой 6 баллов по шкале Апгар, а у 3 — тяжелая асфиксия с оценкой 4 балла по шкале Апгар. Данные свидетельствуют, что признаки хронической внутриутробной гипоксии плода отмечают у каждой 10 беременной с ХГБ. При тяжелом течении ХГБ были случаи антенатальной гибели плода. В то же время при беременности, осложненной ХГБ, сохраняется частота послеродовых кровотечений и интранатальной асфиксии плода.

Тактика ведения беременности, которую следовало бы соблюдать при данной патологии, до сих пор не учреждена. Антенатальная гибель плода вследствие холестаза является внезапным акушерским событием, которое нельзя предсказать с помощью традиционных методов обследования и УЗИ. Несмотря на достаточное число наблюдений, по-прежнему не существует диагностического теста, надежно предсказывающего риск внутриутробной гибели плода.

#### **Список литературы:**

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М., Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян. – М.: ГЕОТАРМедиа, 2015. – С. 238–252.
3. Еремина Е.Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е.Ю. Еремина // Медицинский алфавит. – 2015. – Т. 1, № 7. – С. 36–40.
4. Жесткова Н.В. Холестатический гепатоз беременных: патогенез, клиника, лечение / Н.В. Жесткова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т LIX, № 1. – С. 91–97.

УДК 618.11-006.2

**Буксман А.И., Джалилова А.Р., Коротовских Л.В.  
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО  
ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Buksman A.I., Dzhaliлова A.R., Korotovskikh L.V.  
ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF  
EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS**

Department of obstetrics and gynecology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation