

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ

Хронічний гепатит (ХГ) – поліетіологічне дифузне ураження печінки запального характеру тривалістю понад 6 місяців з прогресуючим перебігом та розвитком фіброзу аж до цирозу.

2. Класифікація

2.1. За МКХ-10

- К 73** Хронічний гепатит
- К 73.0** Хронічний персистуючий гепатит
- К 73.1** Хронічний лобулярний гепатит
- К 73.2** Хронічний активний гепатит
Вовчаковий гепатит
- К 73.8** Інший хронічний гепатит
- К 73.9** Хронічний гепатит, неуточнений

2.2. Клінічна класифікація (Всесвітній конгрес гастроентерологів, 1994)

2.2.1. За етіологією та патогенезом:

- хронічний гепатит В (ХГВ);
- хронічний гепатит D (ХГD);
- хронічний гепатит С (ХГС);
- невизначений хронічний вірусний гепатит;
- аутоімунний гепатит;
- хронічний медикаментозний гепатит;
- токсичний гепатит;
- алкогольний гепатит;
- криптогенний гепатит;
- первинний біліарний цироз;
- первинний склерозуючий холангіт;
- захворювання печінки Вільсона-Коновалова;
- хвороба недостатності α -антитрипсину печінки.

2.2.2. За клініко-біохімічними та гістологічними критеріями

Ступінь активності (визначається тяжкістю запально-некротичного процесу):

- а) мінімальна (АлАТ підвищена не більш, ніж у 3 рази);
- б) помірна (АлАТ підвищена від 3 до 10 разів);
- в) виражена (АлАТ підвищена більш, ніж у 10 разів).

Стадія (визначається розповсюдженістю фіброзу та розвитком цирозу печінки):

- 0 – фіброзу немає;
- 1 – слабо виражений перипортальний фіброз;
- 2 – помірний фіброз з порто-портальними септами;
- 3 - виражений фіброз з порто-центральною септами;
- 4 - цироз печінки.

3. Діагностика

3.1. Анамнез (вірусний гепатит В або С, або D; професійні, хімічні шкідливі чинники; медикаментозні інтоксикації; зловживання алкоголем; підпечінковий холестаза; метаболічні порушення та ін.).

3.2. Клінічні дані:

3.2.1. *Гепатолієнальний синдром*: збільшення печінки та селезінки різного ступеню, ущільнення консистенції печінки, інколи болючість при пальпації.

3.2.2. *Диспептичний синдром*: знижений апетит, нудота, інколи блювання, відчуття важкості у епігастрії, відрижка, здуття живота, закрепи, непереносимість жирної їжі.

3.2.3. *Астеновегетативний синдром*: загальна слабкість, пригнічений настрій, дратівливість, безсоння, знижена працездатність, біль голови.

3.2.3. *Холестатичний синдром*: свербіння шкіри, ахолічний кал, темно-коричневе забарвлення сечі. Жовтяниця – частий, але не обов'язковий симптом. Інколи спостерігається біль, диспептичні явища.

3.2.4. *Геморагічний синдром*: крововиливи та синці на шкірі, підшкірній жировій клітковині, кровоточивість ясен, носові кровотечі, гематурія, кров'янисті виділення із піхви.

3.2.6. *Синдром портальної гіпертензії*: стійка диспепсія без патологічних змін шлунка, метеоризм, періодично пронос, зменшена маса тіла, варикозне розширення вен кардії з рецидивуючими кровотечами, спленомегалія.

3.3 Лабораторні показники:

3.3.1. *Маркери вірусних гепатитів*:

- **антигенні** – HBsAg, HbcAg;
- **серологічні** – анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc – IgM, анти-HCV, анти-HCV – IgM;

- **генетичні** – вірусна ДНК або РНК.

3.3.2. *Біохімічні показники*:

- тімолова проба > 4 ОД;
- АлАТ: при мінімальній активності підвищення не більше, ніж у 3 рази; при помірній – від 3 до 10 разів; при вираженій – більше, ніж у 10 разів);
- білірубін > 22 мкмоль/л;
- лейкоцитоз – $10 - 20 \cdot 10^9$ /л;
- лужна фосфатаза ≥ 5 ОД;
- протромбін < 80 %.

3.4. *Дані ультразвукового дослідження* – ознаки хронічного гепатиту: вогнищева або дифузна акустична неоднорідність тканини печінки, зміни форми, щільності та розподілу ехосигналів, ослаблення останніх у глибоких ділянках печінки (ознаки фіброзного заміщення паренхіми). Зміни судинної системи печінки, а також селезінки, порожнистої та верхньої брижової артерії.

4. Тактика ведення вагітності (див. алгоритм)

4.1. Встановлення діагнозу спільно з терапевтом (гастроентерологом).

4.2. Комплексне обстеження.

4.3. Вирішення питання щодо можливості виношування вагітності.

4.4. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- виражена активність запально-некротичного процесу;
- виражений фіброз паренхіми печінки;

- портальна гіпертензія;
- синдром холестазу;
- цитолітичний синдром.

4.5. Оцінка стану вагітної (амбулаторне спостереження або стаціонарне лікування).

4.6. Лабораторний контроль у залежності від тяжкості захворювання (один раз на тиждень проводиться біохімічний аналіз крові та повний аналіз крові).

4.7. При виникненні акушерських ускладнень (пreekлампсія, загроза переривання вагітності, гіпоксія плода та ін.) або при загостренні основного захворювання - стаціонарне лікування у відділенні екстрагенітальної патології.

5. Пологи

5.1. Розродження проводять у спеціалізованому відділенні екстрагенітальної патології.

5.2. Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять у разі наявності акушерських показань, портальній гіпертензії. Головною загрозою для життя вагітних є кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Тому при портальній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин у 38 тижнів вагітності.

6. Лікування

6.1. Дієта № 5:

Харчування повинно бути збалансованим, повноцінним, по можливості екологічно чистим з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів;

Якісний склад добового раціону:

білки – 100 г;

вуглеводи – 400 – 500 г;

жири – 80 г.

Загальний калораж – 2800 – 3500 ккал/доб.

Виключаються жири тваринного походження, продукти багаті холестерином (тверді сири, субпродукти та ін.).

6.2. Медикаментозне лікування ХГ проводиться із застосуванням мінімуму препаратів (метаболізм більшості лікарських засобів здійснюється у печінці, тому при ХГ порушений). Виключаються інсоляції, вживання алкоголю, медикаментів, які можуть виявити гепатотоксичний ефект (нітрофурани, саліцилати та ін.).

У разі стійкої ремісії ХГ призначають седативні препарати (мікстура Павлова, настоянка пустирника, валеріани у звичайних дозах), аскорбінову кислоту (0,1-0,2 г три рази на добу), рутин (0,05 г три рази на добу).

При загостренні процесу – стаціонарне лікування, режим ліжковий. Інфузійна терапія (реополіглюкін - 400 мл в/в, 10 % альбумін – 200 мл; глюкозо-калієво-інсулінова суміш (В): 5 % розчин глюкози – 300-400 мл. , 3 % розчин калію хлориду – 50-70 мл, інсулін – 6-8 ОД), есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти (кверцетин, вітамін Е), секвестранти жовчних кислот (холестирамін, х'юарова смола тощо), ентеросорбція. Кортикостероїди показані лише при аутоімунному гепатиті: преднізолон 30-40 мг/доб., поступово знижуючи дозу по мірі поліпшення стану хворої.

7. У післяпологовому періоді: дієта № 5, аналіз сечі – один раз на 3 дні, біохімія крові (білок, трансамінази, тімолова проба, лужна фосфатаза, протромбін), спостереження терапевта.

Противірусне лікування ХГ під час вагітності зазвичай не проводять.

Алгоритм ведення хворих на хронічний гепатит

