

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗДА ДАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ АЙРИМ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г. Т. Раббимова, Ю. Жумагелдиева, Б. Б. Негмаджанов, Г. Б. Арзиева, Д. Т. Раббимова
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Tayanch so'zlar: homiladorlik, homilador ayollarning o'tkir yog'li gepatozi, tashxis, tug'ish.

Ключевые слова: беременность, острый жировой гепатоз беременных, диагностика, роды.

Key words: pregnancy, acute fatty hepatitis of pregnant women, diagnosis, childbirth.

Жигарнинг ўткир ёғли гепатози ҳомиладорликнинг иккинчи ярмининг энг оғир асорати бўлиб, кўпчилик муаллифлар гестознинг атипик шакли деб ҳисоблайдилар [4,10,12]. Ушбу касаллик терминологияси ҳали ҳам аниқ хал қилинмаган: "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли жигар дистрофияси", "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли жигар инфилтрацияси", "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли гепатози". Касалликларининг халқаро таснифида ушбу патология К-72 сарлавҳасига тайинланган бўлиб, у ерда "сарик атрофия ёки ёғли жигар дистрофияси, ўткир ёғли гепатоз, Шихан синдроми деб киритилган. Инглиз тилидаги адабиётда "ҳомиладорликнинг ўткир ёғли гепатози (ХЎЁГ) таърифи қабул қилинган [1,3,9]. Шошилинч туғруқдан кейин терапевтик чора-тадбирлар ҳаётий функцияларни қўллаб-қувватлаш, инфузион терапия ва даволашнинг эфферент усуллари, метаболлик ва иммунокоррекция терапияни тайинлаш, гепатопротекторлардан фойдаланиш, ўзгарган гемостази коррекциялашни ўз ичига олади.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Г. Т. Раббимова, Ю. Жумагелдиева, Б. Б. Негмаджанов, Г. Б. Арзиева, Д. Т. Раббимова

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В статье приведен клинический случай острого жирового гепатоза, а также приведены данные литературы за последние 5-10 лет, ОЖГБ наиболее тяжелое осложнение второй половины заболевания, это по данным авторов является атипичной формой проявления гипертензивных нарушений (гестозов) [4,10,12]. Еще недостаточно определена терминология заболевания: «Острая жировая дистрофия печени», «Острая жировая инфильтрация печени», «Острый жировой гепатоз беременных». В международной классификации болезней это заболевание включено как К-72, включающий такие заболевания, как желтая дистрофия печени, синдром Шихана, желтая дистрофия или желтая атрофия печени. В англоязычной литературе заболевание трактуется как "Острый жировой гепатоз беременных" (UNINGEG) [1,3,9]. После срочных родов терапевтические мероприятия включают улучшение всех жизненных функций организма, эфферентные методы инфузионной терапии и лечения, назначение метаболической и иммунорегуляторной терапии, использование гепатопротекторов, коррекцию нарушенного гемостаза.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN

G. T. Rabbimova, Yu. Zhumageldieva, B. B. Negmadjanov, G. B. Arzieva, D. T. Rabbimova

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article presents a clinical case of acute fatty hepatitis, as well as literature data for the last 5-10 years, OZHGB is the most severe complication of the second half of the disease, this, according to the authors, is an atypical form of manifestation of hypertensive disorders (gestosis) [4,10,12]. The terminology of the disease has not yet been sufficiently defined: "Acute fatty liver dystrophy", "Acute fatty liver infiltration", "Acute fatty hepatitis of pregnant women". In the international classification of diseases, this disease is included as K-72, including diseases such as yellow liver dystrophy, Sheehan syndrome, yellow dystrophy or yellow liver atrophy. In the English literature, the disease is interpreted as "Acute fatty hepatitis of pregnant women" (UNINGEG) [1,3,9]. After an urgent delivery, therapeutic measures include the improvement of all vital functions of the body, efferent methods of infusion therapy and treatment, the appointment of metabolic and immunoregulatory therapy, the use of hepatoprotectors, correction of impaired hemostasis.

ХЎЁГ ҳомиладорликнинг жуда кам учрайдиган асоратидир, унинг этиологияси ноаниқ. Шу билан бирга, олимларнинг аксарияти ХЎЁГ ни митохондриял цитопатиялар деб таснифлашади, унда ёғли жигар дегенерацияси тизимли митохондриял патологиянинг бири-дир [2,5,8]. ХЎЁГ нинг учраш частотаси 1:10000-13000 ни ташкил қилади. Шу билан бирга, юқори технологияли даволаш усуллари ва замонавий интенсив терапия муассасаларининг жорий этилиши туфайли ўлим кўрсаткичлари 70-90% дан 25-33% гача пасайиши кузатилмоқда [6,7,11]. ХЎЁГ нинг лаборатория диагностикаси қуйидаги характерли ўзгаришларга

асосланган: лейкоцитоз, аминотрансферазалар фаоллигининг 3-10 мартага ошиши, ишкорий фосфатаза фаоллигининг 5-10 мартага ошиши, билирубин даражасининг ошиши, гипергаммонемия, гипопроteinемия, гипогликемия (кўпинча таниб бўлмайдиган бўлиб қолади), аминокислоталарнинг зардобдаги миқдори, протромбин вақтининг ошиши (баъзан 25 сек. дан ортик), протромбин индексининг пасайиши, тромбоцитопения, антитромбин III нинг камайиши, фибриноген даражасининг пасайиши.

Текшириш материаллари ва усуллари: 15.01.19 да Самарқанд вилоят перинатал марказига 18 соат 25минутдан бери қуйидаги ташхис билан бемор мурожаат қилиб келди: йўналишга. Ҳомиладорлик I, 38 ҳафта 6 кун. Туғруқнинг I- даври. Туғруққача ҳомила олди сувларининг кетиши (сувсиз давр 12 соат 10 дақиқа). Ҳомиладорлик холестази? Ҳомиладорлик гепатози? Сурункали нодифференцияланган гепатит? Асцит. Гестацион гипертензия. Ўрта оғирликдаги анемия. Оғирлашган акушерлик ва гинекологик анамнезни инкор қилади. Ҳомиладорликнинг 1-2 триместрлари ўрта даражали анемия фонида ўтган. Қабул қилинган вақтидаги шикоятлари: кўнгил айниши, бир ҳафта давомида қусиш, умумий холсизлик, бир ҳафта давомида қўл бармоқ ва оёқларининг шишиши, тўлғоқлар ва 6 соат олдин ҳомила олди сувларининг кетишига шикоят қилади. Анамнезидаги касалликлари: мазкур ҳомиладорлик I. Ҳомиладорликнинг I-II триместрлари ўртача анемия фонида кечган. Охирги ҳафта давомида у кунлик кўнгил айниш, кунига 2-3 мартагача қусиш, холсизлик билан марказий поликлиникага терапевтга мурожаат қилган. Терапевт томонидан текширилди, ҳеч қандай кўрик ёзилмаган. 15.01.19 кuni эрталаб унда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилиб, марказий поликлиникага яна мурожаат қилди ва текширув ўтказилди (билирубин—42,9 ммол /л).

Терапевт кўриги: Ҳомиладорлик 39 ҳафта. Гестацион гипертензия. Ҳомиладорлар ёғли гепатози. Сурункали нодифференцияланган гепатит? Беморга инфузион ва гипотензив терапия ўтказилди. Юқоридаги ташхисни ҳисобга олган ҳолда, бемор кўшимча текширув, даволаш ва туғруқни олиб бориш мақсадида Самарқанд перинатал марказига юборилди. Қабул қилинганидаги беморнинг умумий ҳолати: умумий ахволи оғир, жигар дисфункцияси аниқланди. Хуши аниқ, адекват, ўчоқли мия белгилари йўқ, склераси иктерик, юзлари шишган, қўл бармоқ ва оёқлар охирларида ва қорин олд деворида шиш аниқланади. Қон босими 140/90 мм симоб устуни. Қорин юмшоқ ва оғриқсиз, ҳомиладорлик ҳисобига катталашган. Жигар ва талоқ пайпасланмайди.

Қабул бўлими шифокори юқоридаги бирламчи ташхисни қўйди. Тўлиқ клиник ва биокимёвий текширувлар ўтказилди (кенгайтирилган умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, сийдикдаги ўт пигментларини аниқлаш, қон гуруҳи ва резус фактор, биокимёвий ва қон коагулограммаси, 4 соатдан кейин сийдикдаги оксилга такрорий текширув, вирусли гепатитга иммунофермент текширув, қорин ултратовуш текшируви, ЭКГ, терапевт, инфекционист маслаҳати, гастроэнтеролог, окулист кўриклари ўтказилди). Қабул қилинган вақтдаги тахлилларда: УҚА - Нб 105 г/л, эритроцитлар - $3 \cdot 5 \times 10^{12}$ / л; тромбоцитлар - 210×10^9 /л; лейкоцитлар - $13,8 \times 10^9$ /л; умумий оқсил - 60 г/л, мочевино-5,2 ммол/л; креатинин - 80 ммол/л, АлАТ - 1,7 мол/л, АсАТ-0,79 мол/л; умумий билирубин-101,0ммол/л; бевосита билирубин-58,6 ммол/л; билвосита билирубин -43,4 ммол/л. Акушерлик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, инфузион гипотензив терапия ва гепатопротекторлар фонида ҳомилада КТГ текшируви фонида партограмма тўлдирилиб туғруқни консерватив усулда олиб боришга қарор қилинди; сувсиз давр 18 соатдан ортик, неонатал сепсиснинг олдини олиш учун-ампициллин 2.0 гр дан бола туғилишидан олдин ҳар 6 соатда қилиниб, туғруқнинг III-даври фаол олиб борилди.

15.01.19 22:00 да шикоятлар ўзгармай қолмоқда. Жигар дисфункцияси туфайли умумий ахволи оғир. Бош оғриғи йўқ, хуши аниқ, кўриш ва эшитиш ўзгармаган, макон ва вақтга йўналтирилган, юрак уриши дақиқада 122 зарба, қон босими 130/90 мм симоб устуни, тана ҳарорати 36,6 С, сатурацияси - 98%. Тўлғоқлари ҳар 3 дақиқада 40-45 сония давомида, кучи ва давомийлиги яхши, ҳомиланинг юрак уриши 160 мартагача/мин. Ташхис: бир хил.

Туғруқнинг I- даври. 16.01.19 01:45 да ўз-ўзидан туғруқ содир бўлиб, Апгар шкаласи бўйича 5/7 балл муддатдаги тирик ҳомила туғилди. Ҳомиладорнинг умумий ахволини оғирлигини ҳисобга олиб реанимацияга ўтказилди.

Ўтказилиши вақтидаги таъхис: Ҳомиладорлик I, 38 ҳафта 6 кун. Туғруқ. Энсанинг олдинги тури. кўринишидаги 1 окситал такдимотда спонтан туғруқ. Ҳомиладорлар холе-стази? Ҳомиладорлар гепатози? Сурункали нодифференцияланган гепатит? Асцит. Ҳомиладорлик сезиларли протеинуриясиз гипертензия.

Туғруққача ҳомила олди сувларининг кетиши (сувсиз давр 12 соат 10 дақиқа). Ўрта оғирликдаги анемия. Текширувларда: УҚА - Нв 105 г/л, эритроцитлар -3.5×10^{12} / л; тромбоцитлар -210×10^9 / л; лейкоцитлар $-13,8 \times 10^9$ / л; умумий оксил - 60 г/л, мочевино-5,2 ммол/л; креатинин - 80 ммол/л, АлАТ - 1,7 мол/л, АсАТ-0,79 мол/л; умумий билирубин-101,0ммол/л; бевосита билирубин-58,6 ммол/л; билвосита билирубин -43,4 ммол/л.СРО-12,0. Коагулограмма: ПТИ-20 сек-80%; фибриноген- 1,6 г/л ТВ-20 сек, АЧТВ-43 сек, МНО-1,3.

УҚТ: оксил-0.099 г/л, ўт пигментлари-абс. Тромбоэмболик асоратларнинг ўртача хавфи аниқланди. Тромбознинг олдини олиш йўриқномаси бўйича профилактик дозада антикоагулянт терапия бошланди; гипотензив, гепопротектив, инфузион терапия.

Реанимация бўлимида кузатув ва даволаш пайтида қайта текширилди:

- терапевт: ҳомиладорлик гепатози. Сурункали гепатит? Ўрта даражали анемия.

- инфекционист: текширув вақтида ўткир вирусли гепатит инкор қилинди.

- жарроҳ: сурункали панкреатит. Кўзиш даври. Ҳомиладорлик холестази. Сурункали гепатит.

- невропатолог: энцефалопатия.

- гастроэнтеролог: ноаниқ этиологияли гепатоз. Сурункали гепатит?

- окулист: кўриш ўткирлиги ўзгаришсиз, шаффоф муҳитлар кўз туби - рангпар, чегаралари тиниқ, артериялари торайган, веналар-томирларнинг бориши ва калибри ўзгармаган, томир индекси 2: 3, кўз тўр пардаси хира пушти.

Қорин бўшлиғининг ултратовуш текширувида (16.01.19): гепатомегалия. Жигар паренхимаси ва ошқозон ости беши, талоқ, буйраклардаги диффуз ўзгаришлар. Жигар гепатоз тури бўйича. Холецистит белгилари. ЭФГДС дан кейин қайта гастроэнтеролог ташхиси: Сурункали ошқозон яра касаллиги. Орқа девор бўйлаб локализация билан. Вирусли гепатит (16.01.19) маркерлари учун қон текшируви манфий.

Туғувчи аёлнинг умумий ахволининг ёмонлашиши, жигар етишмовчилигининг оғирлашиши туфайли (умумий билирубин - 123 ммол/л, бевосита билирубин -98 ммол /л, Нв-65 г/л тромбоцитлар- $120,0 \times 10^9$ / л) ва буйрак етишмовчилигининг қўшилиши (гипергидратация синдромининг ошиши, олигоанурия-стимуляция фонида 20 мл/соатгача диурезнинг кучайиши ва ошиши, азот қолдиқлардан: мочевино - 10,6 ммол/ л, креатинин - 147 ммол/л) туғруқдан кейинги 13-кундан бошлаб, давом этаётган интенсив гепатопротектив, гипотензив, антибактериал, оксигенотерапия фонида детоксикация учун 3 та гемодиализация сессиялари ўтказилди, ҳаётини белгиларнинг мониторинги олиб борилди. Аёлнинг умумий ҳолатини, клиник ва лаборатория параметрларини яхшиланганлиги аниқланди (УҚА - Нв -86 г/л, эритроцитлар -3.12×10^{12} / л; тромбоцитлар- 265×10^9 / л; биокимёвий қон таҳлили - умумий оксил - 59,7 г/л, мочевино -4,2 ммол/л; креатинин-77,4 ммол/л, АлАТ - 1,5 мол/л, АсАТ-0,79 мол / л; умумий билирубин-25.4 ммол / л.

Коагулограмма: ПТИ - 17сек-94%; фибриноген - 3.9 г/л ТВ-18 сек, АЧТВ -26 сек, МНО-1.1. УСТ: оксил-0,033 г/л) туғруқдан кейинги даврнинг 20-кунида беморга уйига руҳсат берилди. Оила шифокори назоратига юборилди.

Натижалар: Юқорида тавсифланган клиник ҳолатда ҲЎЁГ ва ўткир вирусли гепатит (ЎВГ) дифференциал диагностикасида энг катта қийинчиликлар пайдо бўлди. А.С. Кузнецов ва бошқ. [3,11,12] маълумотларига кўра ҲЎЁГ да сарикликнинг пайдо бўлиши барча ҳолларда сарикликдан олдинги босқич билан кечади. Бу барча ҳолатларда гестоз босқичининг мавжудлиги, шунингдек кўнгил айниш, қусиш, ошқозон соҳасидаги оғриқ шаклида

диспептик касалликларнинг ривожланиши билан тавсифланади, натижада гематин аралашмаси билан қусиш ("кофе асослари") пайдо бўлиши мумкин. Бу ерда ҳомиладорлик гепатозини белгилари жигар етишмовчилиги ва ДВС синдроми белгилари билан бирга бўлган.

Адабиётларга кўра [2], ҲҶЁГ патогенезидаги муҳим бўғин ДВС синдроми бўлиб, у касалликнинг дастлабки босқичларида эрта ривожланади. Кўп ҳолларда ДВС синдроми оғир асоратларнинг сабаби ҳисобланади. Бу хомиланинг бачадон ичи ўлимига ва коагулопатик қон кетишидан аёлнинг ўлимига олиб келиши мумкин. Ушбу клиник ҳолатда жигарнинг ёғли дистрофияси ташхиси минимал вақт йўқотиш билан амалга оширилди, бу хомиладорликни олиб бориш, ушбу патологияни даволаш учун тўғри этиопатогенетик тактикани танлаш, она ва хомила учун ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Хулосалар: Шундай қилиб, ҲҶЁГ ни бошқа касалликлар билан, хусусан ўткир вирусли гепатит билан дифференциал диагностикасидаги қийинчиликларни ҳисобга олган ҳолда, биз гепатознинг энг муҳим ўз вақтида тезкор ташхисини, зудлик билан туғруқни олиб боришни, шунингдек, ЎЁГ нинг мураккаб патогенетик терапиясида кенгайтирилган веновеноз гемодиалитациядан фойдаланиш акушерлик асоратлари, онанинг ва хомиланинг перинатал касалланиши ва ўлим ҳолатларини камайтириш учун метаболик касалликларни тузатиш билан гепаторенал ва марказий асаб тизимининг дисфункциясини пасайтирган ҳолда самарали бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Адамян Л. В. и др. Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика //Анестезиология и реаниматология. – 2018. – Т. 63. – №. 1. – С. 79-86.
2. Анисимов О. Г. и др. Успешный опыт лечения острого жирового гепатоза беременных с исходом в почечно-печеночную кому в условиях перинатального центра //Практическая медицина. – 2012. – Т. 1. – №. 8 (64). – С. 75-77.
3. Ганиева Ш. А., Содикова Д. С. Гепатоз беременных: причины, симптомы, лечение //Интернаука. – 2020. – №. 23-1. – С. 30-31.
4. Голяновский О. В. и др. Патология печени, связанная с беременностью: чрезмерная рвота беременных, холестатический гепатоз беременных, преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени беременных //Репродуктивное здоровье женщины. – 2021. – №. 1. – С. 7-16.
5. Грицан Г. В. и др. Анализ результатов диагностики и интенсивной терапии HELLP-синдрома и острого жирового гепатоза у беременных //Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №. 2 (80). – С. 66-71.
6. Кузнецов А. С., Юминова А. В., Дмитриев А. Н. Случай острого жирового гепатоза беременных //Актуальные вопросы современной науки. – 2018. – С. 129-134.
7. Кулбаева С. Н. и др. Клинический случай диагностики и лечения острого жирового гепатоза у беременной //Клиническая медицина Казахстана. – 2017. – №. 3 (45). – С. 109-111.
8. 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.
9. Ниязметов Р. Э., Ризопулу А. П. Роль иммунологических механизмов в развитии острого жирового гепатоза беременных //Журнал Цитокины и воспаление. – 2019. – Т. 2003. – №. 1.
10. Патратий М. В., Олексюк С. И., Белоус Д. Г. Клинический случай острого жирового гепатоза у беременной //Медицина неотложных состояний. – 2014. – №. 5 (60). – С. 113-116.
11. Петросян М. А. и др. Способ моделирования острого жирового гепатоза беременных. – 2017.
12. Полянских Л. С., Балашова Н. Н. Экспериментальная модель острого жирового гепатоза на беременных крысах //Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. спецвыпуск. – С. 83-84.
13. Стрижаков А. Н. и др. Острая жировая дистрофия печени у беременных: клинико-диагностические контрверсии, осложнения и прогноз //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2019. – Т. 18. – №. 3. – С. 133-139.
14. Шифман М. Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика.
15. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2017. – С. 152