Внутрипеченочный холестаз при беременности

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O26.6 · Российское общество акушеров-гинекологов

Внутрипеченочный холестаз при беременности — обычно обратимое холестатическое заболевание второй половины беременности с зудом и повышением желчных кислот, опасное прежде всего для плода. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, исключение других причин, контроль состояния матери и плода, лечение зуда и выбор срока родоразрешения.

Главное

- ВХБ обычно дебютирует во II–III триместрах, чаще на 30–32-й неделе; зуд часто появляется до лабораторных изменений. В течение 7–10 дней после родов зуд купируется и лабораторные показатели нормализуются.
- Критерии установления диагноза ВХБ включают кожный зуд и повышение уровня общих желчных кислот в крови более 19 мкмоль/л; диагноз устанавливают при отсутствии других причин поражения печени.
- Уровень общих желчных кислот более 100 мкмоль/л связан с высоким риском антенатальной гибели плода; при таком значении требуется госпитализация и решение вопроса об экстракорпоральной коррекции и/или родоразрешении.
- ВХБ диагностируют только после исключения других заболеваний печени и причин кожного зуда; особенно важно исключить состояния с тяжелыми исходами для матери и плода.
- При умеренном и тяжелом течении контролируют плод с помощью допплерографии маточно-плацентарного кровотока с 24 недель и/или КТГ, но эти методы не являются специфичными предикторами антенатальной гибели.
- ВХБ не определяет способ родоразрешения; метод выбирают по алгоритмам акушерской практики. В родах необходим непрерывный КТГ-мониторинг.
- После ВХБ следует минимизировать прием системных гормональных контрацептивов и половых гормонов, а женщину нужно предупредить о высоком риске повторения заболевания в следующую беременность.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: зуд обычно начинается с ладоней и стоп, затем становится генерализованным, часто усиливается ночью. Собрать лекарственный анамнез и исключить лекарственное поражение печени (УУР C, УДД 5).
2. Осмотреть кожу и склеры на наличие экскориаций и желтушности (УУР B, УДД 3).
3. Определить общие желчные кислоты, АСТ, АЛТ, общий и конъюгированный билирубин. Уровень общих желчных кислот более 19 мкмоль/л подтверждает лабораторный критерий ВХБ; повышение билирубина может указывать на тяжелое течение (УУР A, УДД 2).
4. Оценить гемостаз: определить протромбиновое время или тромбопластиновое время и АЧТВ для выявления возможного дефицита витамина K и коагулопатии (УУР C, УДД 4). Активность ЩФ для диагностики и дифференциальной диагностики не использовать из-за низкой информативности при беременности (УУР B, УДД 2).
5. Выполнить комплексное УЗИ органов брюшной полости для исключения подпеченочной желтухи; при спорной картине уточнить диагноз с помощью МРТ или КТ. МРТ без контраста допустима во II–III триместрах, биопсия печени предназначена только для крайних случаев.
6. Ежедневно рекомендовать женщине подсчет шевелений плода (УУР B, УДД 2).
7. После родов повторить желчные кислоты, АСТ, АЛТ, общий и конъюгированный билирубин через 10 дней, но не позднее 4 недель, чтобы исключить другую патологию гепатобилиарной системы (УУР C, УДД 4).

Лечение

- Для уменьшения зуда и улучшения лабораторных показателей применяют урсодезоксихолевую кислоту (УДХК) 10–15 мг/кг/сут. Дозу принимают однократно на ночь или в два приема, лечение назначают на 2 недели; затем контролируют АСТ, АЛТ и желчные кислоты. При сохранении холестаза терапию продолжают до родоразрешения, при недостаточном эффекте дозу можно повысить до 25 мг/кг/сут (УУР A, УДД 1).

- При неэффективности стандартной дозы УДХК добавляют адеметионин 1000 мг/сут; указанный режим — 500 мг 2 раза в сутки вместе с УДХК 250 мг 3 раза в сутки до родоразрешения. В тексте отмечено предпочтение парентерального введения адеметионина и индивидуальный клинико-лабораторный контроль (УУР А).
- При выраженном, особенно ночном, зуде допустимы системные антигистаминные средства (УУР С, УДД 5). Препараты витамина К назначают только при стеаторее и удлинении протромбинового времени (УУР С, УДД 5).
- Плазмаферез применяют при выраженной клинической картине, отсутствии стойкого эффекта от медикаментозной терапии, значительном повышении печеночных ферментов, желчных кислот, холестерина или билирубина либо нарушениях гемостаза с активацией внутрисосудистого свертывания (УУР С, УДД 5).
- При раннем развитии ВХБ в 24–34 недели проводят профилактику респираторного дистресс-синдрома плода: бетаметазон 12 мг внутримышечно 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон 6 мг внутримышечно 4 раза с интервалом 12 часов, суммарно 24 мг за 48 часов (УУР А, УДД 1 для проведения профилактики; УУР С, УДД 4 для схем препаратов).
- Срок родоразрешения выбирают по уровню желчных кислот: при 19–39 мкмоль/л не продлевать беременность более 40 недель; при 40–99 мкмоль/л — родоразрешение в 38–39 недель; при 100 мкмоль/л и более — в 35–36 недель, если нет других факторов риска (УУР С, УДД 5).
- Преиндукция и индукция родов не противопоказаны и выполняются по принятым протоколам. ВХБ не определяет способ родоразрешения; в родах проводят непрерывное КТГ-наблюдение (УУР С, УДД 5 для преиндукции, индукции и интранатального мониторинга; УУР С, УДД 4 для выбора метода родоразрешения).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при дебюте ВХБ до 26 недель, неэффективности консервативной терапии в течение 7 дней, необходимости плазмафереза или возникновении осложнений беременности. При раннем развитии до 34 недель госпитализация проводится в стационар III уровня, позднее возможен стационар II уровня.
- При уровне общих желчных кислот более 100 мкмоль/л госпитализировать для решения вопроса об экстракорпоральных методах коррекции и/или родоразрешении.
- При сохраняющихся симптомах холестаза или его рецидиве после лечения на сроке 36 недель и более госпитализировать для родоразрешения.
- Если симптомы ВХБ не проходят через 6–8 недель после родов, направить к гастроэнтерологу для исключения хронических заболеваний печени и другой патологии (УУР С, УДД 5).
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии женщины, нормализации или устойчивом снижении трансаминаз и желчных кислот, а также удовлетворительном состоянии плода по данным допплерографии и КТГ.

Частые вопросы

Какой уровень желчных кислот соответствует степеням ВХБ?

19–39 мкмоль/л соответствуют легкой степени, 40–99 мкмоль/л — средней/умеренной степени, более 100 мкмоль/л — тяжелой степени.

Нужно ли назначать УДХК и в какой дозе?

УДХК назначают для купирования зуда и улучшения лабораторных показателей в дозе 10–15 мг/кг/сут на 2 недели с последующим контролем АСТ, АЛТ и желчных кислот. При недостаточном эффекте дозу можно увеличить до 25 мг/кг/сут; при сохранении холестаза лечение продолжают до родоразрешения.

Когда при ВХБ требуется госпитализация?

Показания включают дебют до 26 недель, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 7 дней, необходимость плазмафереза, осложнения беременности, а также сохраняющийся холестаз или рецидив после 36 недель для родоразрешения.

На каком сроке родоразрешать при разных уровнях желчных кислот?

При 19–39 мкмоль/л беременность не следует продолжать более 40 недель. При 40–99 мкмоль/л рекомендуемый срок — 38–39 недель, при 100 мкмоль/л и более — 35–36 недель, если нет других факторов риска.

Нужно ли делать кесарево сечение при ВХБ?

ВХБ не определяет способ родоразрешения. Метод выбирают по алгоритмам акушерской практики; индукция родов не противопоказана, а в родах проводят непрерывный КТГ-мониторинг.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/289-vnutripechenochnyj-holestaz-pri-beremennosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/289_2