

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.3

© О.В. Кошелева, М.А. Качковский, 2018

О.В. Кошелева^{1,2}, М.А. Качковский²

АНОМАЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ХОЛЕСТАТИЧЕСКИМ ГЕПАТОЗОМ

¹ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», г. Самара²ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

Хolestатический гепатоз беременных (ХГБ) является многофакторным заболеванием, ведущими факторами которого являются гормональные и генетические факторы. Данная патология развивается на фоне несоответствия возрастающей метаболической нагрузки во время беременности и адаптационной возможности печени. В результате нарушаются процессы желчеобразования и оттока желчи по внутридольковым желчным протокам. Основным клиническим симптомом ХГБ является кожный зуд, который может иметь локальный или генерализованный характер. Реже встречаются желтуха и боли в правом подреберье. Лабораторная диагностика заключается в определении маркеров холестаза у беременной, таких как повышенный уровень холестерина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы, а в более тяжелых случаях повышение аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы. Наиболее часто встречающиеся осложнения при ХГБ: преждевременные роды, кровотечения, гипоксия плода. В статье представлен случай осложненного течения ХГБ с аномально высоким уровнем щелочной фосфатазы.

Ключевые слова: холестатический гепатоз, беременность, щелочная фосфатаза, клинический случай.

O.V. Kosheleva, M.A. Kachkovskiy

AN ABNORMAL RISE IN THE LEVEL OF ALKALINE PHOSPHATASE IN PREGNANT WOMEN WITH CHOLESTATIC HEPATOSIS

Cholestasis of pregnancy (CP) is multifactorial disease, the leading factors of which are hormonal and genetic factors. This pathology develops due to mismatch of increasing metabolic load during pregnancy and the adaptive abilities of the liver. This results in disrupted process of bile formation and bile flow in the intracranial bile ducts. The main clinical symptom of CP is skin itching, which may be local or generalized. Jaundice and pain in the right hypochondrium are less common. Laboratory diagnosis is to identify markers of cholestasis in pregnant women, such as high level of cholesterol, alkaline phosphatase, gamma-glutamyltranspeptidase, and in more severe cases-increased alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase. The most common complications of CP are premature birth, bleeding, fetal hypoxia. The article presents a case of complicated course of CP with abnormally high levels of alkaline phosphatase.

Key words: cholestatic hepatitis, pregnancy, alkaline phosphatase, clinical case.

Хolestатический гепатоз беременных (ХГБ) – заболевание печени, возникающее исключительно во время беременности на фоне возрастающей метаболической нагрузки, обусловленной повышенным содержанием женских половых гормонов, продуктов жизнедеятельности плода, а также необходимостью обеспечения пластическим материалом будущего ребенка [1].

Ведущая роль отводится генетической предрасположенности организма женщины к холестатической реакции печени на эстрогены и прогестерон на фоне конституциональной неполноценности транспортных мембран гепатоцита [2,3].

В пользу влияния гормональных факторов свидетельствует возможность развития ХГБ у женщин, принимавших оральные контрацептивы до беременности, а также при многоплодной беременности [4-6]. При использовании экстракорпоральных способов репродукции женщины принимают гормональные препараты, начиная с момента подготовки к беременности. В связи с этим частота возникновения ХГБ среди беременных увеличилась [7,8].

Несмотря на благоприятное течение и прогноз, ХГБ имеет ряд серьезных осложнений, требующих своевременной диагностики и профилактики. Наиболее частым из них являются преждевременные роды, встречающиеся от 1,2 до 20-44% случаев [9,10]. Возможно развитие у новорожденного респираторного дистресс-синдрома [11]. Меконияльное окрашивание околоплодных вод – это косвенный признак внутриутробной гипоксии плода, составляющей до 27% случаев у женщин с ХГБ [12]. Нарушение синтеза К-зависимых факторов коагуляции приводит к развитию послеродовых кровотечений в 10-20% случаев [10]. Самым опасным осложнением является внутриутробная гибель плода, частота которой составляет в среднем 4,7% [9].

Основным постоянным симптомом ХГБ является кожный зуд, который имеет локальный или генерализованный характер. Появление кожного зуда во время беременности может свидетельствовать не только в пользу ХГБ, но и быть симптомом первичного билиарного цирроза, первичного склерозирующего холангита, лекарственного поражения печени,

наблюдаться при некоторых эндокринных заболеваниях [13]. Желтуха является не постоянным клиническим симптомом ХГБ, появляется через 1-4 недели после зуда при повышении уровня билирубина более 27 – 34 мкмоль/л [14]. В тяжелых случаях при ХГБ могут появиться тупые боли в правом подреберье, изжога, тошнота, рвота, нарастающие с увеличением срока беременности [10].

Лабораторная диагностика ХГБ сводится к выявлению повышенного уровня желчных кислот более 10 мкмоль/л, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), которая может увеличиваться до 7-10 раз. Повышение билирубина в 2-5 раз, как правило, коррелирует с тяжестью ХГБ. Активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) остается нормальной или слегка повышенной. Согласно нашим наблюдениям уровень АЛТ может увеличиваться в 2 – 3 раза, в некоторых случаях, повышаясь в 8-10 раз, коррелирует с тяжестью заболевания, что совпадает с данными научной литературы [15].

Отсутствие единых подходов в диагностике ХГБ, а также своевременная профилактика осложнений у матери и ее будущего ребенка, встречающихся при данной патологии, актуализируют изучение проблемы.

Приводим описание клинического случая ХГБ у женщины с беременностью, индуцированной при помощи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Беременная О., 28 лет, 14.02.17 поступила в Перинатальный центр Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина (СОКБ) с жалобами на изжогу, кожный зуд в течение 2-х недель, тянущие боли внизу живота.

По данным анамнеза настоящая беременность первая, индуцированная с помощью ЭКО по причине бесплодия в течение 4-х лет. За 2 месяца до планируемой беременности принимала утрожестан (препарат прогестерона) в дозе 200 мг в сутки в течение 8-ми недель. Первая половина беременности протекала без осложнений. На 22-23-й неделях была госпитализирована в стационар по поводу угрозы преждевременных родов. На 30-31-й неделях было обострение хронического пиелонефрита с повышением температуры тела до 38°C. Лечилась амбулаторно, принимала антибактериальную терапию (амоксциллина клавуланат в течение 7 дней), фитоуросептики (канефрон в течение 14 дней). С 32-33-й недель беременности пациентку беспокоит кожный зуд умеренной интенсивности в обла-

сти ладоней и живота, преимущественно в ночное время. По данным обменной карты биохимические показатели крови в первом триместре (в скобках указаны показатели нормы): ЩФ – 78 Е/л (30-120 Ед/л), ГГТП – 18 Ед/л (0-38 Ед/л), АЛТ – 12 Ед/л (0-35 Ед/л), АСТ – 18 Ед/л (0-35 Ед/л), фибриноген – 3,74 г/л (1,8-3,6 г/л), глюкоза – 3,62 ммоль/л (4,1-5,9 ммоль/л); во втором триместре: ЩФ – 94 Е/л, ГГТП – 13,3 Ед/л, АЛТ – 5 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, фибриноген – 2,2 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л. За весь период беременности женщина принимала в общей сложности 5 препаратов курсами (поливитамин, курантил, амоксициллина клавуланат, канефрон, утрожестан), из которых наиболее длительно – утрожестан (4 месяца).

14.02.17. утром обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на изжогу, тянущие боли внизу живота. С диагнозом беременность 35 – 36 недель, угроза преждевременных родов, холестатический гепатоз была направлена на госпитализацию в Перинатальный центр СОКБ.

Anamnesis vitae: сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит в течение 3-х лет, обострение 0 – 1 раз в год. Инфекционные заболевания отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Прибавка в весе за беременность 15 кг. Муж здоров.

Status praesens objectives: рост – 165 см, вес – 80 кг, индекс массы тела – 27,7 кг/м². Общее состояние удовлетворительное. В области кистей, предплечий и живота следы от расчесов, высыпаний нет. Отеков нет, стопы слегка пастозны. Дыхание свободное, через нос. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 86 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 86 ударов в минуту. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Зев чистый, высыпаний, налета нет. Живот увеличен за счет беременности, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул не нарушен. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, рези нет, диурез достаточный, учащен. Осмотр акушера-гинеколога: матка в гипертонусе, возбудима при пальпации. Шейка матки центрирована, сглажена. Маточный зев пропускает палец до внутреннего зева.

Выставлен предварительный диагноз: беременность 35 недель и 3 дня. ЭКО. Угроза преждевременных родов. Холестатический гепатоз беременных. Хронический пиелонефрит, фаза ремиссии. Хроническая болезнь почек I стадия.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования при поступлении: общий анализ крови от 14.02.17.: эритроциты – $4,06 \times 10^{12}/л$ ($3,7-4,7 \times 10^{12}/л$), гемоглобин – 122 г/л (120-140 г/л), лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$ ($4-8 \times 10^9/л$), тромбоциты – $261 \times 10^9/л$ ($180-320 \times 10^9/л$), СОЭ 32 мм/ч (до 15 мм/ч). Общий анализ мочи от 14.02.17.: цвет – желтый, прозрачная, удельный вес – 1015 (1006-1026), pH – нейтральный, белок не обнаружен, глюкоза не обнаружена, лейкоциты 3-4 в поле зрения (1-3), эпителий плоский 2-3 в поле зрения (1-3), эритроциты отсутствуют (1-3). Биохимический анализ крови от 14.02.17.: общий белок – 58,8 г/л (66-83 г/л), глюкоза – 3,82 ммоль/л, мочевины – 2,4 ммоль/л (2,8-7,2 ммоль/л), креатинин – 76,3 мкмоль/л (58-96 мкмоль/л), холестерин – 3,59 ммоль/л (3,5-5,2 ммоль/л), общий билирубин – 5,2 мкмоль/л (5-21 мкмоль/л), АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 15,9 Ед/л, ЩФ – 1752,9 Ед/л. Коагулограмма от 14.02.17.: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 28,8 с. (29,0-35,0 с.), фибриноген – 3,23 г/л, протромбиновый индекс (ПТИ) – 99 (> 70 %), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) – 21 мг% (0-4 мг%), время свертывания по Сухареву – 5 с. (0-5 с.), длительность кровотечения – 3 мин. (1,3-4 мин.).

УЗИ печени и желчного пузыря от 14.02.17.: печень расположена обычно. Контуры ровные. Размеры по среднеключичной линии – 117 мм, по средней линии – 57 мм, косой вертикальный размер правой доли (КВР) – 160 мм. Эхоструктура паренхимы диффузно-неоднородная. Диаметр воротной вены – 10 мм. Желчный пузырь расположен обычно. Стенки не утолщены. Размеры 65 × 25 мм. Содержимое однородное. Общий желчный проток и долевые протоки не расширены. Поджелудочная железа расположена обычно, контуры ровные. Размеры: головка – 27 мм, тело – 12 мм, хвост – 21 мм. Эхоструктура однородная. Заключение: диффузные изменения печени.

УЗИ плода 14.02.17. Заключение: беременность 35 недель 5 дней по фетометрии. Головное предлежание. Размеры плода соответствуют сроку гестации. Признаки преждевременного старения плаценты. Околоплодные воды с взвесью. УЗИДГ и ЦДК фетопла-

центарного кровотока от 14.02.17.: маточно-плацентарный кровоток в пределах нормы, фетоплацентарный кровоток снижен незначительно. Кардиотокография от 14.02.17.: оценка по критериям Фишера 6-7 баллов. Электрокардиограмма от 14.02.17.: синусовый ритм. Тахикардия. Частота сердечных сокращений 92 удара в минуту. Горизонтальное положение оси сердца.

Осмотр гастроэнтеролога 15.02.17.: язык влажный, обложен у корня. Живот при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Диагноз: холестаз беременных. Рекомендовано дообследование: контроль печеночных проб, анализ крови на маркеры вирусных гепатитов, анализ крови на наличие антимитохондриальных антител (АМА), для исключения дебюта первичного билиарного цирроза. Лечение: урсосан по 500 мг 2 раза в сутки, ремоксол внутривенно капельно по 400 мл в течение пяти дней. Осмотр окулиста от 15.02.17.: ангиопатия сосудов сетчатки с признаками умеренного ангиоспазма.

С учетом результатов обследования и рекомендаций гастроэнтеролога назначено лечение: урсосан по 500 мг 2 раза в сутки, в обед и вечером; ремоксол 400 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки; курантил 25 мг 3 раза в сутки; папаверин 2% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки; хлоропирамин 20 мг внутримышечно на ночь.

17.02.17. пациентка чувствует себя лучше, болей внизу живота не отмечает, изжога незначительная, кожный зуд несколько уменьшился, но сохраняется в ночное время.

Биохимический анализ крови от 17.02.17.: общий белок – 51,9 г/л (66-83 г/л), глюкоза – 4,2 ммоль/л (4,1-5,9 ммоль/л), мочевины – 2,8 ммоль/л (2,8-7,2 ммоль/л), креатинин – 76,3 мкмоль/л (58-96 мкмоль/л), холестерин – 3,4 ммоль/л (3,5-5,2 ммоль/л), общий билирубин – 6,8 мкмоль/л (5-21 мкмоль/л), АЛТ – 46 Ед/л (0-35 Ед/л), АСТ – 26,4 Ед/л (0-35 Ед/л), ЩФ – 1612,9 Ед/л (80-120 Ед/л). Анализ крови на маркеры к вирусным гепатитам от 17.02.17.: HBsAg – отрицательный, Anti-HBcor – отрицательный, Anti-HBE – отрицательный, Anti-HB_s – отрицательный, Anti-HBc – отрицательный. Анализ крови на наличие АМА от 17.02.17. – 0,35 Ед/мл (до 10 Ед/мл).

Клинический диагноз: беременность 35 недель 6 дней. ЭКО. Угроза преждевременных родов. Холестатический гепатоз беременных.

17.02.17. пациентка в 15.40 ч почувствовала интенсивные схваткообразные боли внизу живота. После осмотра акушера-гинеколога пе-

реведена в родовое отделение. В 23.10 отошли воды зеленоватого цвета. 18.02.17. в 6.30 ч самопроизвольные роды в головном предлежании. Родился мальчик, вес 2850 г, рост 54 см, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Ранний послеродовой период осложнился маточным кровотечением. Общая кровопотеря составила 680 мл (12% объема циркулирующей крови). После внутривенного введения утеротонических средств (окситоцин) кровотечение успешно остановлено. Согласно данным, предоставленным неонатологом, ребенок родился с признаками недоношенности, внутриутробной гипоксии и синдромом метаболических нарушений.

В 1-е сутки после родов пациентка была осмотрена терапевтом. Назначено лечение: продолжить прием урсосана по 500 мг вечером, добавить препараты железа – сорбифер дурулес по 1 таблетке 2 раза в день. На 2-е сутки после родов пациентку кожный зуд и изжога не беспокоили. Динамика лабораторных показателей крови в послеродовом периоде представлена в таблице.

Заключительный диагноз: роды первые преждевременные, самопроизвольные, в головном предлежании. ЭКО. Холестатический гепатоз беременных. Хронический пиелонефрит, фаза ремиссии. ХБП 1 ст.

Таблица

Показатели крови в послеродовом периоде пациентки О.

Показатель	1-е сутки после родов	3-и сутки после родов	5-е сутки после родов
ЩФ, Ед/л	1119,2	831,2	596,2
АЛТ, Ед/л	97,3	64,4	48,4
АСТ, Ед/л	68,2	48,3	46,2
Гемоглобин, г/л	98	109	110
Протромбиновый индекс, %	112	114	105
Общий белок, г/л	52,4	58,9	62,1

На 6-е сутки после родов пациентка и ребенок были выписаны из Перинатального центра под наблюдение участкового терапевта и неонатолога.

Представленный клинический случай интересен тем, что на фоне характерной для ХГБ клинической картины, включая развитие таких осложнений, как преждевременные роды, послеродовое кровотечение и внутриутробная гипоксия плода, отмечается несоответствие клиники и лабораторных показателей крови. Кроме аномального повышения уровня ЩФ более чем в 14 раз остальные маркеры холестаза (холестерин, АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП) остаются в пределах нормы.

Выводы

1. При планировании беременности с использованием высокотехнологичных методов репродукции, в частности ЭКО, необхо-

димо учитывать потенциальный риск развития патологии печени,отягощающей течение беременности. Поэтому требуется более частый, чем при физиологически протекающей беременности, контроль показателей крови – маркеров холестаза, в частности ЩФ.

2. Препараты, применяемые для лечения ХГБ, в основном уменьшают клинические проявления и не всегда эффективны для профилактики развития осложнений при данном заболевании. Актуальной является разработка новых схем лечения, направленных на предупреждение осложнений гестации, связанных с ХГБ.

3. Необходимы дальнейшее изучение механизмов развития ХГБ и поиск новых методов диагностики данной патологии, особенно у женщин с искусственно индуцированной беременностью.

Сведения об авторах статьи:

Кошелева Ольга Владимировна – терапевт перинатального центра ГБУЗ «Самарская областная больница им. В.Д. Середина», аспирант кафедры клинической медицины ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз». Адрес: 443001, г. Самара, ул. Чапаевская, 227. Тел./факс 8(846)270-49-47. E-mail: koshel-olga@ya.ru.

Качковский Михаил Аркадьевич – д.м.н., доцент, зав. кафедрой клинической медицины ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз». Адрес: 443001, г. Самара. Ул. Чапаевская, 227.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутрипеченочный холестаз беременных: современное состояние проблемы / И.В. Маев [и др.] // Клиническая медицина. – 2015. – № 6. – С. 25-30.
2. Lee, N.M. Liver disease in pregnancy / N.M. Lee, C.W. Brady // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 8. – P. 897-906.
3. Успенская, Ю.Б. Современное состояние проблемы холестаза беременных / Ю.Б. Успенская, Н.В. Гончаренко // Проблемы женского здоровья. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 70-76.
4. Трухан, Д.И. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения, коррекции и профилактики / Д.И. Трухан, Л.В. Тарасова // Consilium medicum. – 2013. – № 6. – С. 51-54.
5. Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis / K. Turunen [et al.] // Scand. J. Prim. Health Care. – 2010. – Vol. 28, № 2. – P. 102-107.
6. Машарова, А.А. Внутрипеченочный холестаз у беременных / А.А. Машарова, Е.Ю. Еремина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 6. – С. 87-91.
7. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in Women With Twin Pregnancy / D. Shan [et al.] // Twin Res. Hum. Genet. – 2016. – Vol. 19, №6 – P. 697-707.

8. The impact of assisted reproductive technology and chorionicity in twin pregnancies complicated by obstetric cholestasis / G. Pacella [et al.] // *Matern Fetal Neonatal Med.* – 2016. – Vol. 29, № 9. – P.1481-1484.
9. Диагностика и лечение внутрипеченочного холестаза беременных: клинические рекомендации / Н.И. Клименченко [и др.] // *Акушерство и гинекология.* – 2017. – № 1. – С. 112-119.
10. Еремина, Е.Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е.Ю. Еремина // *Медицинский алфавит.* – 2015. – № 7. – С. 36-40.
11. Холестаз у беременных / Э.Б. Яковлева [и др.] // *Университетская клиника.* – 2017. – Т. 13, № 1. – 86-90.
12. Relationship between early onset severe intrahepatic cholestasis of pregnancy and higher risk of meconium-stained fluid / M.C. Estiu [et al.] // *PLoS One.* – 2017. – Vol. 12, № 4. – 15 p.
13. Тарасова, Л.В. Дифференциальная диагностика кожного зуда в практике гастроэнтеролога / Л.В. Тарасова, Д.И. Трухан, Т.Н. Прокопьева // *Дневник казанской медицинской школы.* – 2016. – Т. 2, № 12 – С. 66-70.
14. Медведь, В.И. Эксклюзивные сложности гестации / В.И. Медведь // *StatusPraesens.* – 2013. – Т. 2, № 13. – С. 24-31.
15. Жесткова, Н.В. Холестатический гепатоз беременных (патогенез, клиника, лечение) / Н.В. Жесткова // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2010. – № 1. – С.91-97.

REFERENCES

1. Maev I.V., Andreev Dmitriy N., Dicheva D.T., Kaznacheeva T.V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: the state-of-the-art. *Klinicheskaya meditsina.* 2015;(6):25-30. (In Russ.).
2. Lee N.M., Brady C.W. Liver disease in pregnancy. *World J. Gastroenterol.* 2009;15(8):897-906. (In English) doi: 10.3748/wjg.15.897.
3. Uspenskaya Yu.B., Goncharenko N.V. Sovremennoe sostoyanie problemy kholestaza (The current state of the problem of cholesterol in pregnant women). *Problemy zhenskogo zdorov'ya.* 2013;8(3):70-76. (In Russ.).
4. Trukhan D.I., Tarasova L.V. Patologiya zhelchevyvodyashchei sistemy u zhenshchin: osobennosti patogeneza, techeniya, korrektsii i profilaktiki (Pathology of biliary system in women: peculiarities of pathogenesis, course, correction and prevention). *Consilium medicum.* 2013;(6):51-54. (In Russ.).
5. Turunen K., Sumanen M., Haukilahti R., Kirkinen P., Mattila K. Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2010;(28):102-107. (In English) doi: 10.3109/02813431003784001.
6. Masharova A.A., Eremina E. Ju. Of the article intraliver pregnancy cholestasis. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya.* 2011;(6):87 – 91.(In Russ.).
7. Shan D., Hu Y., Qiu P., Mathew B.S., Chen Y., Li S., Hu Y., Lin L., Wang Z., Li L. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in Women With Twin Pregnancy. *Twin Research and Human Genetics.* 2016;19(6): 697-707. (In English) doi:10.1017/thg.2016.74.
8. Pacella G., Salsi G., Arcangeli T., Youssef A., Farina A., Bacchi-Reggiani M., Bellussi F., Mazzella G., Azzaroli F., Porcu E., Rizzo N., Ghi T. The impact of assisted reproductive technology and chorionicity in twin pregnancies complicated by obstetric cholestasis. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2016;29(9):1481-1484. (In English) doi: 10.3109/14767058.2015.1051954.
9. Klimenchenko N.I., Khodzhaeva Z.S., Shmakov R.G., Fedorova T.A., Ivanets T.Yu., Baev O.R., Pavlovich S.V., Kan N.E., Tyutyunnik V.L., Zubkov V.V., Esayan R.M., Kartseva V.S. Diagnosis and treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinical recommendations. Akusherstvo i ginekologiya.* 2017;(1):112 – 119. (In Russ.).
10. Eremina E.Yu. Vnutriphechenochnyi kholestaz beremennykh (Intrahepatic cholestasis of pregnant women). *Meditsinskii alfavit.* 2015;(7):36-40. (In Russ.).
11. Yakovleva E.B., Trubnikova I.O., Chernnykh S.V., Govorukha I.T., Vustenko V.V. Cholestasis in pregnant women. *Universitetskaya klinika.* 2017;13(1):86-90. (In Russ.).
12. Estiu M., Frailuna M., Otero C., Dericco M., Williamson C., Marin J., Macias R. Relationship between early onset severe intrahepatic cholestasis of pregnancy and higher risk of meconium-stained fluid. *PLoS One.* 2017;12(4): 1-15. (In English) doi.org/10.1371/journal.pone.0176504.
13. Tarasova L.V., Prokopyeva T.N., Trukhan D.I. The differential diagnosis of pruritus ingastroenterology practice. *Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly.* 2016;2(12):66-70. (In Russ.).
14. Medved' V.I. Eksklyuzivnye slozhnosti gestatsii (Exclusive difficulties of gestation). *Status Praesens.* 2013;2(13):24-31. (In Russ.).
15. Zhestkova N.V. Kholesticheseskii gepatoz beremennykh (patogenez, klinika, lechenie) (Cholestatic hepatitis of pregnant women (pathogenesis, clinic, treatment)). *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei.* 2010;(1):91-97. (In Russ.).

УДК 616.995.132.5

© Коллектив авторов, 2018

А.М. Сулейманов¹, Ф.З. Мирсаева², Г.А. Файзуллина², Л.А. Рябых², Д.Р. Нагаева² ДИРОФИЛЯРИОЗ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

¹ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится описание редкого случая проявления гельминтоза на лице. Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы комаров, зараженных личинками диروفиларий. Болезнь у пациента Х., 64 лет, проявилась в виде плотного новообразования левой подглазничной области, которое появилось около года назад. Из анамнеза выяснилось, что он не покидал территорию Башкирии. Пациент отмечал двукратное воспаление мягких тканей в области уплотненного новообразования. После госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом фиброма левой подглазничной области проведено оперативное лечение под местной анестезией. Операционной находкой оказалась нитевидной формы круглый червь длиной около 10 см и шириной около 1 мм. Идентификация гельминта проведена на кафедре инфекционных болезней БГМУ. Определена нематода рода *Dirofilaria*. Через два месяца после выписки пациента из стационара в феврале 2017 г. нами выявлен второй случай диروفилариоза у пациента Ш., 27 лет, локализованного в правой щековой области. В предоперационном периоде больному проведено УЗИ новообразования. Трактовка исследования не позволила диагностировать гельминтоз. Дирофилярия явилась очередной операционной находкой.

Ключевые слова: гельминтоз, диروفилария, диروفилария в клинике челюстно-лицевой хирургии.