



Клиническая задача для самоконтроля. Пациентка с жалобами на кожный зуд

Л.И. Дворецкий✉

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

✉dvoretski@mail.ru

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациентка с жалобами на кожный зуд. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (3): 79–80. DOI: 10.47407/kr2023.4.3.00228

Clinical case for self-monitoring. Female patient complaining of itchy skin

Leonid I. Dvoretzky✉

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

✉dvoretski@mail.ru

For citation: Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Female patient complaining of itchy skin. Clinical review for general practice. 2023; 4 (3): 79–80. DOI: 10.47407/kr2023.4.3.00228

Беременная 27 лет при очередном посещении женской консультации предъявляла жалобы на кожный зуд, усилившийся за последнюю неделю. Врач обратил внимание на желтушность кожи и склер, высыпания на коже груди и шеи. Анамнез без особенностей. Первая беременность. Срок 32 нед. Течение беременности нормальное.

Объективно: состояние удовлетворительное. На коже спины и шеи – телеангиэктазии (рис. 1). Склеры желтушны. Следы расчесов на коже (рис. 2). Частота дыхания 18/мин. Хрипов в легких не прослушивается. Частота сердечных сокращений 72/мин, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 9×10^9 /л, эозинофилы 3%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 66%, лимфоциты 20%, моноциты 7%. Ретикулоциты 12‰. Тромбоциты 180×10^9 /л, СОЭ 35 мм/ч. Билирубин 80 мкмоль/л с преобладанием прямого, холестерин 6,5 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 25 ЕД, аланинаминотрансфераза 30 ЕД, щелочная фосфатаза 800 ЕД. Протромбиновый индекс 80%. Сывороточное железо 5 мкмоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1020, белок 0,33‰, лейкоциты 2–3 в поле зрения.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – картина жирового гепатоза печени.

Пациентка направлена на консультацию к инфекционисту.

Какое утверждение правильно?

- А. Хронический вирусный гепатит.
- Б. Внепеченочный холестаз.
- В. Внутрипеченочный холестаз беременных.
- Г. Гемолитическая анемия.
- Д. Необходимо досрочное родоразрешение.

Верный ответ – на с. 80.

Рис. 1. Внешний вид кожи спины у беременной.

Fig. 1. View of the skin on the pregnant woman's back.



Рис. 2. Расчесы на коже у беременной.

Fig. 2. Scratches on the pregnant woman's skin.



Ответ на клиническую задачу «Пациентка с жалобами на кожный зуд»

Correct answer on clinical case «Female patient complaining of itchy skin»

Верный ответ: В. Внутрипеченочный холестаза беременных.

Клинико-лабораторные признаки (желтуха с кожным зудом, повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы) свидетельствуют о наличии у беременной холестаза. Отсутствие признаков обструкции желчевыводящих путей (камни в холедохе, увеличение диаметра холедоха), по данным ультразвукового исследования, исключает внепеченочный холестаза. Нормальные показатели активности трансаминаз и отсутствие указаний на прием медикаментов исключают вирусный и медикаментозный гепатит. Анемия у беременной носит железодефицитный характер (гипохромия эритроцитов, низкое содержание железа в сыворотке), а нормальные показатели ретикулоцитов исключают гемолитический характер анемии. Наиболее вероятно, что речь идет о внутрипеченочном холестазае беременных.

Это обратимое, часто наследственное холестатическое заболевание печени, характерное только для беременности, проявляющееся появлением кожного зуда, повышением уровня общих желчных кислот в крови, манифестирующее в конце II или в начале III триместра беременности и спонтанно прекращающееся через 2–3 нед после родоразрешения [1, 2]. Распространенность заболевания варьирует в широких пределах от 0,2 до 27% в зависимости от расово-этнической принадлежности и географического места проживания, это вторая по частоте причина желтухи у беременных (после вирусного гепатита) [3]. У некоторых беременных, обычно в III триместре, наблюдаются клинические и лабораторные признаки внутрипеченочного холестаза, не связанного с поражением печени. При гистологическом исследовании печени выявляются только признаки холестаза.

В развитии холестаза у беременных основную патогенетическую роль играют генетические факторы, высокий уровень эстрогенов, факторы окружающей среды. Основными клиническими признаками являются мучительный кожный зуд с расчесами и желтуха, причем при первой беременности кожный зуд может быть и без желтухи. Через 2–3 нед после родов желтуха обычно исчезает, в то время как показатели активности щелочной фосфатазы могут оставаться высокими в течение нескольких недель. Вследствие высокого уровня эстрогенов у беременных могут наблюдаться пальмарная эритема, телеангиэктазии (рис. 1), которые обычно исчезают после родов и не являются признаками патологии печени. У некоторых беременных могут возникать различные изменения со стороны кожи, в частности папулезный дерматит (рис. 2), герпес, пруриго, папулезная крапивница («зудящие уртикарные папулы и бляшки беременности», согласно другой терминологии). Однако, в отличие от холестаза беременных, эти дерматозы не сопровождаются желтухой и лабораторными признаками холестаза. Среди лабораторных показателей основным признаком является повышение активности щелочной фосфатазы и уровня общих желчных кислот (≥ 10 мкмоль/л). С терапевтической целью назначаются препараты урсодезоксихолевой кислоты. Досрочное родоразрешение (до 37 нед) рекомендовано в случае тяжелого течения с нарастанием интенсивности зуда, желтухи и содержания желчных кислот, при нарушении состояния плода и неэффективности терапии [3].

Литература/References

1. Gardiner FW, McCuaig R, Arthur C et al. The prevalence and pregnancy outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy: A retrospective clinical audit review. *Obstet Med* 2019; 12 (3): 123–8.
2. Ovadia C, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Recent advances. *Clin Dermatol* 2016; 34 (3): 327–34.
3. Внутрипеченочный холестаза при беременности. Клинические рекомендации 2020–2021–2022. Утверждены Минздравом России.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102
Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Поступила в редакцию / Received: 18.03.2023
Поступила после рецензирования / Revised: 20.03.2023
Принята к публикации / Accepted: 30.03.2023