

Настанова Королівського Коледжу Акушерів та Гінекологів Великобританії «Внутрішньопечінковий холестаза вагітних»

Ключові рекомендації

- Внутрішньопечінковий холестаза вагітних (ВПХВ) слід запідозрити у жінок зі свербіжем шкіри за її незміненого вигляду та у разі випадково виявленої підвищеної пікової концентрації жовчних кислот до ≥ 19 мкмоль/л. [Grade D]
- Додаткові лабораторні та/або візуалізаційні дослідження не рекомендуються, окрім випадків, коли свербіж пов'язаний з атипичними клінічними симптомами, наявністю відповідних супутніх захворювань або тяжким ВПХВ з раннім початком. Для жінок із затримкою або відсутністю нормалізації в післяпологовому періоді аномальних результатів печінкових тестів слід розглянути можливість проведення додаткових досліджень. [Grade C]
- Разом з гепатологом варто визначити тактику ведення жінок, у яких ВПХВ характеризується тяжким перебігом, дуже раннім початком або атипичною формою. [Grade D]
- Підтвердженням діагнозу ВПХВ є усунення свербіжу принаймні через 4 тижні після пологів та повернення до норми функціональних показників печінки (включаючи рівень жовчних кислот). [Grade D]
- Вагітним одним плодом з ізольованим ВПХВ варто повідомити, що ризик мертвородження стає вищим середнього популяційного рівня, якщо концентрація жовчних кислот у сироватці крові становить ≥ 100 мкмоль/л.
 - У жінок з піковою концентрацією жовчних кислот 19–39 мкмоль/л (ВПХВ легкого ступеня) та відсутністю інших негативних факторів, ризик мертвородження не перевищує популяційного рівня. Слід розглянути варіанти планових пологів до 40 тижня вагітності і регулярного спостереження в антенатальному періоді відповідно до національних рекомендацій.
 - У жінок з піковою концентрацією жовчних кислот 40–99 мкмоль/л (ВПХВ середнього ступеня) та відсутністю інших несприятливих факторів, відомий ризик мертвородження є аналогічним фоновому ризику до 38–39 тижня вагітності. Необхідно розглянути можливість планового розродження на 38–39 тижні вагітності.
 - У жінок з піковою концентрацією жовчних кислот ≥ 100 мкмоль/л (тяжкий ВПХВ) ризик мертвородження перевищує популяційний рівень. Слід розглянути варіанти планових пологів на 35–36 тижні вагітності. [Grade A]
- Вагітним двійнею з ВПХВ необхідно повідомити, що ризик мертвородження у них вищий, ніж у вагітних двійнею без ВПХВ. [Grade D]
- Варто пам'ятати, що при ВПХВ ультразвукове дослідження плода та/або кардіотокографія не прогнозують і не запобігають мертвородженню. [Grade D]
- Жінкам з ВПХВ варто повідомити, що наявність у них факторів ризику або супутніх захворювань (таких як гестаційний діабет, та/або прееклампсія та/або багато-



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

Практична Настанова RCOG № 43

Дата оприлюднення:
червень 2022 року

Автори: Joanna Girling,
Caroline L. Knight,
LucyChappell від імені RCOG

Це третє видання настанови
(перше оприлюднення
2006 року, друге — 2011
року під назвою «Холестаза в
акушерстві»)

плідна вагітність) збільшує ризик мертвородження і може впливати на терміни планового розродження. [Grade D]

- Жінкам необхідно пояснити, що не існує методів лікування, які покращують результати вагітності (або знижують концентрації жовчних кислот), а методи зменшення свербіння у вагітних мають обмежену ефективність. [Grade A]
- Не рекомендується рутинний прийом урсодезоксихолевої кислоти з метою зменшення несприятливих перинатальних наслідків у жінок з ВПХВ. [Grade A]

