

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В И БЕРЕМЕННОСТЬ

© 2016 С.З. Рахимова, Б.А. Джуманов

Кафедра акушерства и гинекологии 5курса лечебного факультета
Самаркандского Государственного медицинского института**Ключевые слова:** Вирусный гепатит В, беременность, осложнения, профилактика.**Таянч сўзлар:** Вирусли гепатит В, ҳомиладорлик, асоратлар, профилактика.**Keywords:** viral hepatitis B, pregnancy, complication, prevention.

Острый вирусный гепатит В (ГВ)— распространенное инфекционное заболевание не только в общей популяции, но и среди беременных. Данное заболевание осложняет течение беременности, родового акта и послеродового периода, а также оказывает влияние на состояние внутриутробного плода. С целью профилактики ГВ у новорожденных им в первые часы жизни вводится гипериммунный G-глобулин или вакцина.

ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

С.З. Рахимова, Б.А. Джуманов

Ўткир вирусли гепатит В – нафакат аҳоли ўртасида, балки ҳомиладорлар ўртасида ҳам кенг тарқалган. Бу касаллик ҳомиладорликни, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни асоратлайди, ҳамда она қорнидаги ҳомилага таъсир қилади. Гепатит В олдини олиш мақсадида янги туғилган чакалок ҳаётининг биринчи соатида гипериммун G глобулин ёки вакцина қилинади.

ACUTE VIRAL HEPATITIS B AND PREGNANCY

S.Z. Rakhimova, B.A. Djumanov

Acute hepatitis B infection spreading not only in general population, but also among pregnant women. The disease is difficult during pregnancy, childbirth and in the post-natal period, as well as the impact on the state of the fetus. In order to prevent hepatitis B in infants their first hours of life introduced hyperimmune globulin G or vaccine.

Актуальность. Окончание XX века и начало XXI века характеризовались повышением заболеваемости острыми формами гепатита В, а после идентификации вируса гепатита С и ростом показателей острых форм этой инфекции. Около 5% населения мира живет в районах, эндемичных по гепатитам В,С [15]. В настоящее время хронические вирусные гепатиты отнесены к наиболее социально значимым заболеваниям [7]. Парентеральные гепатиты (В, С) относятся к инфекциям, возбудители которых передаются половым путем. Группа риска для этих инфекций – преимущественно молодые женщины и мужчины репродуктивного возраста, они составляют 97,8% носителей [4]. В России, например, уровень носительства вируса гепатита В среди практически здорового взрослого населения колеблется от 1,5 до 10%, что составляет не менее 5 млн. человек. Установлено что за последние годы на фоне снижения числа регистрируемых случаев острого вирусного гепатита В происходит увеличение больных с хроническими формами заболевания [8]. Известно, что хронические гепатиты В, С являются основным фактором риска развития гепатоцеллюлярной карциномы и смертность от них будет увеличиваться как минимум до 2015 года [14].

Острые вирусные гепатиты – самое частое заболевание, сопровождающееся желтухой, причинно не связанное с беременностью [3]. В настоящее время по этиологическому признаку различают несколько вариантов острого вирусного гепатита: вирусный гепатит А (ГА), вирусный гепатит В (ГВ), вирусный гепатит С (ГС), вирусный гепатит D (ГД) и вирусный гепатит Е (ГЕ). Имеются достаточно четкие представления о вирусном гепатите F и весомые предположения о существовании вирусного гепатита G [8]. Сочетание с беременностью лучше изучено для ГА и ГВ, в отношении других вариантов гепатитов акушерские сведения ограниченные [5]. Правильная диагностика гепатита имеет большое значение, поскольку подозрение на вирусный гепатит возникает в родильных домах в 1,2% случаев. Установлено, что при наличии одинаковых условий для заражения в очагах инфекции беременные заболевают вирусными гепатитами в 5 раз чаще, чем другие лица [8].

Вирусный ГВ протекает значительно тяжелее, чем ГА, и представляет большую опасность для женщины и ее плода [10]. Возбудитель ГВ передается от больного или вирусоносителя с кровью и всеми биологическими жидкостями: спермой, слюной, мочой, молоком. Что касается полового пути, то это самая частая венерическая инфекция. Опасны общая

зубная щетка или бритва [5]. Риск заболевания наибольший у детей до 2 лет, взрослых старше 40 лет и беременных женщин – группы населения, которые чаще обращаются за медицинской помощью [11]. Любые внутривенные манипуляции или взятие крови из пальца, переливание крови могут способствовать заражению. Акушеры, хирурги, стоматологи, процедурные сестры, имеющие дело с кровью больных, могут заразиться. Вирус ГВ устойчив во внешней среде, поэтому плохая стерилизация инструментов без предварительной очистки не уничтожает его [8]. Сезонности заболеваемости ГВ нет [3].

Считают, что в мире имеется 1 млрд инфицированных, 300 млн носителей вируса ГВ, в разных регионах бывшего СССР – от 1,3 до 9%. Около 25% из них имеют высокий риск развития тяжелого заболевания печени, а также смерти от цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы [3,5]. Выявлена зависимость между частотой носительства HBsAg, климатогеографическими зонами и различными этническими группами населения. Наименьшее число носителей отмечается в северных, западных и центральных районах Европы (0,1–0,6%) и наибольшее – в восточных и южных районах земного шара (12–20%) [5]. Узбекистан относится к странам с высокими показателями выявления вируса ГВ 5% [3]. О носительстве вируса ГВ говорят, когда HBsAg обнаруживается в течение 6 мес. и дольше. Частота вирусоносительства среди беременных составляет 6,3%. Беременные-носители HBsAg являются источником ГВ для членов семьи и лиц, с которыми они контактируют во время беременности [6].

Вирус ГВ проходит через плаценту и возможно внутриутробное заражение плода. Однако преимущественно происходит интранатальное инфицирование (90–95%), на пре- и постнатальное заражение приходится 5–10% случаев [6]. Если вирусный гепатит В завершается в течение первых 2 триместров беременности, инфицирования ребенка не происходит, а также в тех случаях, когда к моменту родов HBsAg в крови не определяется. Правда, существует мнение, что вертикальная передача вируса возможна в I триместре беременности (в доимплантационном периоде), за счет интеграции ДНК вируса в ДНК внутренних органов эмбриона. У детей может возникнуть пожизненная персистенция вируса, в результате чего к 20 годам они умирают от цирроза или рака печени [10].

Если ГА практически всегда проходит бесследно, то ГВ нередко переходит в хроническую форму. Это происходит в 5% случаев острой инфекции у здоровых взрослых, у 20–50% лиц с нарушенным иммунитетом и не менее чем у 80% вертикально зараженных новорожденных [12].

Гепатиту В у беременных свойственно частое развитие острой печеночной энцефалопатии и комы. Причиной смерти беременных с острым гепатитом в 93,5% случаев является острая печеночная энцефалопатия. Печеночная недостаточность клинически выражается энцефалопатией, прогрессирующей желтухой, желудочно-кишечными кровотечениями, сепсисом, коагулопатией, гипогликемией, почечной недостаточностью, нарушением электролитного баланса.

Чем больше срок беременности, тем чаще заболевают женщины острым ГВ. По сравнению с I триместром, его частота во II триместре увеличивается в 2,4 раза, а в III триместре – в 3 раза. Вирусный гепатит В редко протекает легко: у 72,7–84,8% больных наблюдается среднетяжелая форма и у 11,4% – тяжелая. Свойственное ГВ ухудшение состояния во второй половине беременности представляет угрозу для жизни женщины, так как ГВ может осложниться острой печеночной недостаточностью с энцефалопатией и комой, с высокой летальностью (летальность в 3 раза выше, чем у небеременных). К развитию острой печеночной энцефалопатии предрасполагают III триместр беременности, наличие преэклампсии, несвоевременная госпитализация вследствие запоздалой диагностики болезни. В стадии нарастания желтухи и интоксикации гепатит нередко приводит к внутриутробной гибели плода и преждевременным родам, следствием которых могут быть массивный некроз печени и смерть. Материнская смертность при ГВ значительно снизилась в последние десятилетия (с 1,79 до 0,29%), но все еще остается высокой [12,13].

Прерывание беременности в остром периоде ГВ (и других острых вирусных гепатитов) при любом сроке может привести к ухудшению течения болезни. Аборты при ГВ отягощают течение болезни, особенно если имеются признаки цитолитического синдрома, свидетельством которого является повышение активности АЛТ. Если желтуха нарастает, после 12 нед. прерывать беременность не нужно, если желтуха уменьшается, это допустимо в период реконвалесценции. При необходимости произвести аборт его можно сделать во II триместре беременности (в 19–21 нед.) при нормализации клинико-биохимических показателей. Нужно максимально отсрочить роды из-за прогрессирования тяжести болезни. Прогноз благоприятнее, если роды происходят в период реконвалесценции, а не в острой стадии болезни [8].

В послеродовом периоде, как правило, происходит ухудшение течения заболевания независимо от того, каким путем произошло прекращение беременности: своевременные или преждевременные роды, выкидыши во II триместре. ГВ, развившийся в периоде лактации, протекает еще тяжелее, чем во время беременности. У лактирующих женщин гепатит протекает с более выраженными симптомами интоксикации, длительной гиперферментемией и гепатомегалией.

В большинстве случаев диагноз вирусного ГВ может быть правильно поставлен на основании клинико-лабораторных показателей. Верификация диагноза производится путем определения серологических критериев. HBsAg (австралийский антиген) – основной маркер инфицирования HB-вирусом. Он выявляется еще в инкубационном периоде с 3–5-й недели заражения и определяется в течение 70–80 дней. Быстрое исчезновение его (в первые дни желтухи) с появлением анти-HBs – плохой прогностический признак. Отсутствие HBsAg не позволяет отвергнуть диагноз, если есть другие признаки болезни, так как для его определения не всегда используются достаточно чувствительные методы. Обнаружение HBsAg может свидетельствовать и о здоровом носительстве вируса. Серцевинный антиген (HBcAg) в сыворотке крови не определяется, но могут быть обнаружены антитела к нему – анти-HBc IgM и анти-HBc IgG. Их обнаружение свидетельствует об этиологии острого вирусного гепатита и о перспективе вирусоносительства; эти антитела определяются и у здоровых вирусоносителей. HBeAg – маркер эпидемиологической опасности, активной репликации вируса и трансмиссии от матери к плоду. Риск заражения плода при обнаружении этого антигена повышается до 90% [10].

ГВ оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности. Ранний токсикоз возникает у 29–35% женщин, преэклампсия – у 22% (но не тяжелая). Характерным осложнением беременности является угроза ее прерывания (у 53%), и преждевременные роды происходят у 22–38% рожениц [12]. Кровотечения одни авторы отмечали не чаще, чем у здоровых женщин, другие указывают как на характерное осложнение [8,10,12]. Послеродовые гнойно-септические заболевания учащены в связи с угнетением иммунного статуса не только за счет беременности, но и за счет гепатита, и активизации на этом фоне бактериальной микрофлоры [12].

При тяжелом течении ГВ у беременных наблюдается угнетение функции фетоплацентарной системы [8].

Тератогенность вируса не доказана, поэтому врожденные уродства не развиваются [6]. Если гепатит возникает в I и II триместрах беременности, вероятность заболевания новорожденных невелика, если в III триместре – риск заболевания для потомства составляет 25–76%. Дети рождаются чаще всего недоношенными в состоянии гипоксии. У 25% детей в дальнейшем наблюдаются отставание в общем развитии и предрасположенность к различным заболеваниям. Очень высока неонатальная смертность.

Профилактика ГВ у беременных заключается в скрининге всех беременных на носительство HBsAg (выявляется у 0,2–0,57%); использование одноразовых шприцов, игл, белья; госпитализации в акушерский стационар (не только больных, но и вирусоносительниц); выделении беременной с ГВ отдельных шприцов, белья, инструментов, отдельной их декон-

таминации и тщательной стерилизации [4,8].

С целью профилактики ГВ у новорожденных им в первые часы жизни вводятся гипериммунный G-глобулин или вакцина, при распространенности вирусоносительства в популяции 2% и более. Если у матери обнаружены HBsAg и HBeAg, нужна сочетанная активная и пассивная иммунизация, поскольку риск инфицирования ребенка значительно возрастает. В регионах с низким уровнем носительства HBsAg и HBeAg при наличии у большинства женщин-носителей HBsAg антител к HBeAg применение средств специфической профилактики ГВ у новорожденных нецелесообразно в связи с редким формированием у них персистирующей Hbs-антигемии [11].

Грудное вскармливание не противопоказано, поскольку практически крайне редко инфекция передается с молоком матери [12].

Использование женщинами, перенесшими острый вирусный гепатит, оральных контрацептивов допустимо не раньше чем через 8–12 мес. после болезни [16]. Для других видов контрацепции противопоказаний нет.

Использованная литература:

1. ПП-2487 от 9 февраля 2016 «О государственной программе Год здоровой матери и ребенка».
2. Грищенко Е.Б., Щекина М.И. Применение эссенциальных фосфолипидов в лечении острых и хронических заболеваний печени // *Consilium Medicum*. 2011. №8.
3. Информационный бюллетень ВОЗ №204, июль 2012г.
4. Казарян С.М., Даниленко Е.Д., Мусина Е.Е., Марданлы С.Г., Бахшиян Т.Р., Асратян А.А. Клинико-эпидемиологические особенности парентеральных гепатитов и оппортунистических инфекций у женщин с акушерско-гинекологической патологией // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2011. №2. С.23-28.
5. Клинические рекомендации Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL) // *Hepatology*. 2012. №57. P.167–85.
6. Ковалева Т.А., Чуйкова К.И., Евтушенко И.Д., Мухачева О.Г. Вертикальная передача вирусов гепатитов В и С при беременности: возможности профилактики // *Гинекология*. 2011. №2.
7. Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Горчакова О.В., Дьячков А.Г. Качество жизни лиц молодого возраста, больных хроническим гепатитом С // *Журнал инфектологии*. 2012. №4(2). С.56-59.
8. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы обеспечения санитарного и эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации (Материалы к докладу). М., 2007.
9. Умбетова К.Т., Волчкова Е.В., Киселевский М.В., Пархоменко Ю.Г., Шуба Л.И., Пак С.Г. Морфологическая основа аутоиммунных проявлений при вирусных гепатитах // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2012. № 5. С.4-6.
10. Шехтман М.М. Клинико-иммунологические варианты острых вирусных гепатитов и беременность // *Гинекология*. 2004. №1.
11. Atkins M., Nolan M. Sexual transmission of hepatitis B // *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2005. №18(1). С.67–72.
12. Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy // *Clinical Liver Diseases*. 2007. №1(4). P.945–63.
13. Lavanchy D. Worldwide epidemiology of HBV infection, disease burden, and vaccine prevention // *Clinical Virology*. 2005. №34(Supp.1). SI–3.
14. Pol S., Vallet-Pichard V., Corouge M., Mallet V.O. Hepatitis C: epidemiology, diagnosis, natural history and therapy // *Contribution. Nephrology*. 2012. №176. P.1-9.
15. Shepard C.W., Simard E.P., Fiore A.E., Bell B.P. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination // *Epidemiology Review*. 2006. №28. P.112-125.
16. WHO medical eligibility criteria for contraception. WHO World Health Organization. 2008.