

Рустамова Ш. А.,
Жураев Ш. А.,
Одилова Г. М.

ГЕПАТИТ С И БЕРЕМЕННОСТЬ

Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

Введение. Гепатит С — это вирусная инфекция, поражающая преимущественно клетки печени и вызывающая в 30-40% случаев гепатит, цирроз или развитие злокачественной опухоли печени — карциномы. При этом примерно 17-25% больных острой формой гепатита С выздоравливают спонтанно, а у остальных без соответствующего и своевременного лечения формируется хроническое воспаление тканей печени, которое и приводит к возникновению тяжелых последствий.

Внутриутробное инфицирование ребенка или "вертикальный" путь передачи вируса гепатита С (ВГС) от беременной женщины ее будущему ребенку представляет собой очень актуальный вопрос для здравоохранения. В среднем распространенность антител к ВГС среди беременных женщин составляет 1% и варьирует от 0.5% до 2.4% в разных географических зонах. Приблизительно у 60% беременных с позитивным тестом на антитела к ВГС имеются признаки размножения вируса (т.е. у них определяется РНК ВГС). Существует два важных аспекта этого заболевания у беременных: 1) влияние на здоровье матери; 2) риск инфицирования ребенка.

Частота передачи HCV от матери ребенку играет решающую роль в прогнозировании распространенности HCV инфекции в следующих поколениях. Передача вируса от матери ребенку может происходить внутриутробно, во время родов или в постнатальный период. Факторы, которые оказывают влияние на то, будет или не будет инфицирован ребенок, нуждаются в дальнейшем уточнении. Если ими можно управлять, это представляет собой направление деятельности с целью минимизировать вероятность вертикальной передачи вируса. Нами суммированы данные о частоте вертикальной трансмиссии HCV от матери ребенку, имеющиеся в мировой литературе. Модернизированные ПЦР-методики определения РНК HCV, а также более масштабные исследования в дальнейшем позволят уточнить оценку этого пути заражения гепатитом С.

Беременность не влияет на течение гепатита а он - на состояние матери и плода. При хронических формах возможно повышение частоты синдрома задержки развития плода и недонашивания. Во время беременности и родов антитела к вирусу гепатита С могут попасть к ребенку через плаценту. Как правило, они циркулируют в его крови первые 12-15 (иногда — 18) месяцев, а потом исчезают. Для того чтобы утверждать, что мать действительно инфицировала новорожденного, необходимы следующие условия: 1) антитела к ВГС должны циркулировать в крови младенца более 18 месяцев от момента его рождения; 2) в крови младенца в возрасте от 3 до 6 месяцев должна определяться РНК вируса гепатита С, более того, этот тест должен быть положительным при повторных измерениях не менее двух раз; 3) у ребенка должны быть повышены сывороточные трансаминазы (ферменты, которые косвенно отражают воспаление печеночной ткани); 4) генотип вируса (его разновидность) должен быть одинаковым у матери и ребенка. В среднем, риск инфицирования ребенка от матери составляет 1,7%, если

у матери определяются только антитела к ВГС. В том случае, если у матери циркулирует в сыворотке крови РНК ВГС, то риск инфицирования ребенка составляет в среднем 5,6%. Этот показатель варьирует в зависимости от географической зоны.

По статистическим данным, РНК гепатита С не была обнаружена в грудном молоке. В другой работе также было исследовано грудное молоко 34 инфицированных женщин, и результат оказался аналогичным. Однако все же есть информация об обнаружении РНК гепатита С в грудном молоке.

Целью настоящей работы было проведение расширенного клинического исследования гепатита С у беременных, выявление и установление особенностей течения гепатита С у беременных поступивших в Самаркандскую городскую клиническую инфекционную больницу № 1.

Материал и методы исследования: Проведено наблюдение и клинико-лабораторное исследование больных, поступивших в городскую инфекционную больницу № 1 города Самарканда. В него было включено 40 беременных женщин. 30 из них имели антитела к РНК вируса гепатита С.

Обсуждение результатов: Длительность наблюдения, время проведения тестирования и его частота также могут повлиять на результат исследования. Указанные сроки наблюдения варьировали от 0 до 3 лет, кроме того, в различных исследованиях количество определений HCV-РНК отличалось.

Результаты научных исследований в этой области несколько противоречивы, однако, большинство из них свидетельствуют в пользу того, что ВГС не оказывает какого-либо отрицательного влияния ни на течение беременности, ни на рождение ребенка.

По результатам наблюдений, во время беременности у женщин снижается уровень сывороточных трансаминаз и уменьшается количество циркулирующего вируса. Вероятно, это связано с изменением иммунологической реактивности у беременных и повышением концентрации в плазме женских половых гормонов (эстрогенов).

Эти женщины в 13.3% случаев инфицировали своих детей, однако через 2 года наблюдения только в 3.3% случаев у детей сохранялась РНК вируса гепатита С. Таким образом, реальная частота инфицирования составила только 3.3%.

Существует тесная корреляция между повышенными титрами РНК HCV у матери и вероятностью вертикальной трансмиссии вируса от матери ребенку. Большинство исследователей отмечают вертикальную передачу вируса гепатита С, когда вирусные титры превышали уровень в 10^5 - 10^6 копий/мл.

Как правило, ни первичное заражение, ни течение заболевания никак себя не выдают, лишь 20% женщины отмечают постоянную сонливость, слабость, снижение работоспособности, тошноту, ухудшение аппетита, потерю веса и дискомфорт в правом подреберье. Иногда у беременных отмечаются изменения уровней ферментов в крови, кожный зуд и возникает гестоз. В

некоторых случаях болезнь проявляется только в виде высыпаний на коже или суставных болей.

Способ родоразрешения был определен как фактор риска вертикальной трансмиссии вируса от матери ребенку. Среди новорожденных, рожденных естественным путем и путем кесарева сечения, общая частота вертикальной передачи вируса была сходной. При естественных родах и кесаревом сечении, соответственно, взвешенный уровень трансмиссии вируса от матери ребенку составил 4.3% и 3.0%.

Оптимальный способ родов у инфицированных женщин окончательно не определен. По данным зарубежных ученых, степень передачи инфекции меньше при родах с помощью кесарева сечения, по сравнению с родами через естественные родовые пути (6 против 32%). По данным другого исследования 5,6% детей, рожденных после кесарева сечения, были инфицированы гепатитом С по сравнению с 13,9% родившихся через естественные родовые пути. После родов в крови ребенка обнаруживают антитела к инфекции, которые попадают к нему от матери через плаценту и циркулируют в организме ребенка около 1.5 лет. В этот период врачи наблюдают за состоянием малыша и для исключения или подтверждения заражения каждые три месяца проводят анализ крови ребенка с целью выявления РНК вируса гепатита С и определения уровня антител.

Общий уровень вертикальной трансмиссии вируса у кормящих грудным молоком и не кормящих женщин не отличался. Взвешенный уровень вертикальной трансмиссии составил 3.7% и 3.9% среди детей на грудном и искусственном вскармливании, соответственно. Возможная передача вируса гепатита С через грудное молоко не подтверждается результатами исследований, кроме того, концентрация РНК вируса гепатита С в грудном молоке значительно ниже, чем в сыворотке крови. Поэтому научных подтверждений тому, что кормление грудью представляет собой дополнительный риск для ребенка, не существует. Беременная инфицированная женщина должна это знать и определиться относительно кормления грудью. Кормление грудью не относится к факторам риска инфицирования ребенка по результатам большинства исследований.

Несмотря на то, что некоторые исследователи определяли РНК HCV в грудном молоке, случаев передачи HCV через молоко не было зарегистрировано.

На основании проведенных исследований, никакого особо отрицательного влияния на течение беременности, родов и развитие ребенка вирус не оказывает. Однако при хронической форме заболевания увеличивается число случаев задержки развития плода и преждевременных родов. Заражение плода может произойти в среднем в 4-10% случаев, при этом не играет особой роли, каким путем он появился на свет — естественным или при помощи кесарева сечения. Хотя некоторые специалисты перед родоразрешением рекомендуют проводить анализ крови матери и при повышенной вирусной нагрузке — принимать решение в пользу операции.

Чтобы будущей маме во время беременности или ее планирования не заразиться гепатитом С, не следует пользоваться чужими маникюрными инструментами, зубными щетками, бритвами или делать татуировки и пирсинг. Кроме того, во время кормления грудью женщине следует внимательно следить за состоянием сосков: важно не допускать их травматизации.

Однако травматизация сосков матери и контакт с ее кровью этот риск увеличивает, особенно, в тех ситуациях, когда у матери наблюдается обострение заболевания в послеродовой период.

Таким образом, можно отметить, что хотя риск заражения ВГС половым путем и существует, он невысокий.

Заключение

1. Диагностика и обнаружение инфекции осуществляется только по анализу крови на выявление антител к вирусу гепатита С с помощью методов иммуно-ферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

2. Для того, чтобы снизить и так очень низкий риск заражения ВГС у женщин целесообразно периодически (1 раз в год) исследовать маркеры ВГС.

3. Также следует учесть, что вирус не передается через материнское молоко, поэтому женщинам не следует отказываться от грудного вскармливания.

Литература

- Гаврилова Н.И., Апробация и клиническое значение тест-системы для определения антител к вирусу гепатита С класса IgM в иммуноферментном анализе, В кн. Гепатит В, С, D и G - проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики, Москва, 1997, с. 44-45
- Лопаткина Т.Н., Клиника гепатита С. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. 1997, №1, с. 12-16
- Soni P., Pusheiko G.M., Dhillon A.P., Harrison T.J., Genetic diversity of hepatitis C virus: Implication for pathogenesis treatment and prevention - Lancet, 1995, V. 345, №8949, p. 562-566
- Львов Р.К., Вирусный гепатит С - "ласковый убийца", Росс, гастроэнтерологический журнал, 1995, № 1, с. 4-6
- Жаворонок С.В., Михайлов М.И., Крысенко И.А. и др., Вирусные гепатиты В и С у лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС. Новые направления в гепатологии: Тезисы международного Фальк Симпозиума № 92. Санкт-Петербург, 1996, с. 140
- Голосова Т.В., Сомова А.В. и др., Гепатиты В, С и D и их профилактика в учреждениях службы крови: В кн. Гепатит В, С и D, Москва, 1995, с. 36
- Афанасьев А.Ю., Пименов В.К., Зубов С.В. и др., Фазность течения гепатита С по данным динамического контроля за спектром антител к вирусу гепатита С, В кн. Гепатит В, С, D и G - проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики, Москва, 1997, с. 16