

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и  
гинекологии лечебного факультета» Зав.  
кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

*Б. Гарфутдинов*  
*В.Б. Коновалов*

РЕФЕРАТ:

Вирусные гепатиты и беременность.

Выполнила:

Клинический ординатор  
кафедры перинатологии,  
акушерства и гинекологии  
Гарфутдинова Ю.О.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2020

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-  
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.  
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры.  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения

по специальности «Акушерство и гинекология»

Гарфутдиновой Юлии Олеговны  
(ФИО ординатора)

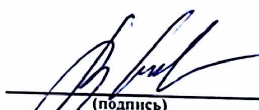
Тема реферата: Вирусные гепатиты и беременность.

#### Основные оценочные критерии

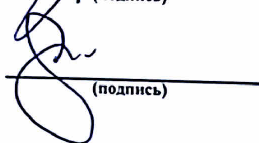
| №   | Оценочный критерий                                 | положительный/отрицательный |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Структурированность                                | +                           |
| 2.  | Актуальность                                       | +                           |
| 3.  | Соответствие текста реферата его теме              | +                           |
| 4.  | Владение терминологией                             | +                           |
| 5.  | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | +                           |
| 6.  | Логичность доказательной базы                      | +                           |
| 7.  | Умение аргументировать основные положения и выводы | +                           |
| 8.  | Источники литературы (не старше 5 лет)             | +                           |
| 9.  | Наличие общего вывода по теме                      | +                           |
| 10. | Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)     | 5                           |

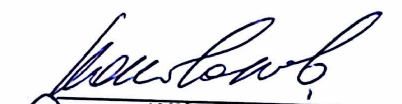
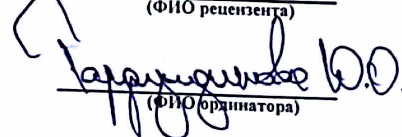
Дата: 19.05.2020 год

Подпись рецензента

  
(подпись)

Подпись ординатора

  
(подпись)

  
(ФИО рецензента)  
  
(ФИО ординатора)

## План

1. Введение.
2. Пути заражения.
3. Симптоматика.
4. Течение и исходы гепатитов.
5. Лабораторная диагностика.
  - 5.1. Гепатит А.
  - 5.2. Гепатит Е.
  - 5.3. Гепатит В.
  - 5.4. Гепатит D (гепатит В с дельта - агентом).
  - 5.5. Гепатит С.
  - 5.6. Генотипы ВГС.
  - 5.7. Структурные и неструктурные белки.
  - 5.8. TTV – инфекция.
  - 5.9. Гепатит G.
6. Инструментальные методы исследования.
7. Вирусный гепатит и беременность.
8. Течение вирусных гепатитов у беременных.
9. Родоразрешение инфицированных женщин.
10. Наблюдение за детьми от инфицированных мам.
11. Лечение вирусных гепатитов.
12. Заключение.
13. Литература.



## Введение

За последние годы в области изучения вирусных гепатитов пройден огромный путь от диагноза «болезнь Боткина», или «желтуха», до обнаружения вирусов гепатитов, специфически поражающих печень.

Для названия гепатитов, вызываемых этими вирусами, используются просто буквы латинского алфавита (например, гепатиты А, В, С, D, E, F) или буквы, обозначающие инициалы больного, у которого впервые был обнаружен данный вирус (например, гепатиты G, TTV, SEN). Не вызывает сомнения, что в ближайшее время станут известны новые гепатотропные (имеющие сродство к ткани печени) вирусы, потому что у части больных с гепатитами не обнаруживается ни один из известных возбудителей.

У пациентов с фульминантным (злокачественно текущим) гепатитом его причину не удается выявить в 24% случаев у взрослых и у 47% - у детей.

## Пути заражения

Существуют два основных пути передачи вирусов гепатитов - фекально-оральный, (гепатиты А и Е), и парентеральный (гепатиты В, D, С, F, G, TTV). При фекально-оральном пути передачи заражение возможно через грязные руки, немытые или недостаточно обработанные продукты, инфицированную воду. Поэтому любое нарушение гигиенических требований повышает риск инфицирования вирусами гепатитов А и Е. Не случайно на протяжении веков прослеживается четкая взаимосвязь вспышек и эпидемий гепатита с войнами и различными социальными катаклизмами.

Больные гепатитом А наиболее заразны еще за неделю до появления первых симптомов заболевания, с развитием желтухи выделение вируса со стулом практически прекращается. А контакт с окружающими прерывается чаще всего как раз тогда, когда пациенты желтые и безопасные, потому что появление желтухи служит поводом для госпитализации, т. е. изоляции больного.

Говоря о распространении вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи, важно подчеркнуть, что это очень широкое понятие. Оно подразумевает возможность заражения не только при переливаниях крови, но и при лечении зубов, посещении парикмахерской, косметического и педикюрного кабинета, при сексуальных контактах и даже в быту (при пользовании общим полотенцем, зубной щеткой, расческой, бритвенным прибором), а также при внутривенном введении наркотиков.

Не исключена передача этой инфекции и при укусах кровососущих насекомых - клопов и moskitov. Вопрос распространения инфекции становится особенно актуальным, если иметь в виду, что большинство инфицированных лиц, представляющих собой постоянный резервуар вируса, даже не подозревают о том, что они больны и поэтому не соблюдают никаких мер предосторожности. Важно, что инфицированные беременные женщины часто передают вирус гепатита В своему ребенку. Это может происходить внутриутробно, в родах или уже после рождения ребенка.

Ситуация с гепатитом С в этом отношении благоприятнее. В крови инфицированных лиц обычно обнаруживаются небольшие концентрации этого вируса, поэтому он редко передается в быту, при половых контактах и в родах.

## Симптоматика

Общим и наиболее ярким симптомом всех вирусных гепатитов является желтуха, а именно желтушное окрашивание кожи и склер, что, как правило, является причиной обращения пациентов к врачу. Однако этот симптом встречается не всегда, поэтому многие больные даже не подозревают о развившемся у них заболевании и не обращаются своевременно за помощью.



Кроме желтухи, общими для всех гепатитов симптомами являются недомогание, ухудшение трудоспособности, снижение аппетита, боли в животе, иногда - повышение температуры.

Подчеркнем, что дискомфорт или боли в правом подреберье, на которые часто жалуются пациенты, связаны, как правило, с патологией желчного пузыря, а не с воспалительным процессом в печени. Заболевания печени как таковые не сопровождаются какими-либо болевыми ощущениями, поскольку печень - это орган, который практически не имеет нервных окончаний.

При осмотре врач нередко может обнаружить у больного увеличение размеров печени и селезенки. Степень выраженности клинических симптомов может быть различной и определяет тяжесть гепатита (легкие, среднетяжелые и тяжелые формы).

Особенностью гепатита Е является развитие тяжелых форм болезни у беременных женщин. У пациентов с хроническим гепатитом В и С иногда присутствуют внепеченочные проявления, такие как ревматоидные симптомы, красный плоский лишай, поражение почек, глаз. Все клинические проявления вирусных гепатитов неспецифичны, они могут встречаться при многих других заболеваниях. Более того, пациент с вирусным гепатитом может чувствовать себя полностью здоровым человеком.

С учетом сказанного, врач при первой встрече с больным не может определенно поставить диагноз. Большую, часто решающую, роль для уточнения диагноза играют данные лабораторных исследований, о чем будет сказано ниже.

#### **Течение и исходы гепатитов**

Несмотря на схожесть клинической картины, вирусные гепатиты принципиально различаются по течению и исходам. В частности, для гепатитов А и Е не характерно развитие хронического (т. е. протекающего больше 6 мес) заболевания печени. В то же время, после гепатитов В, С и D часто формируется хронический процесс.

Активность хронических гепатитов может быть различной, от очень выраженной до минимальной, а нередко активность вообще отсутствует, в таких случаях говорят о носительстве HbsAg и / или anti-HCV. Роль вирусов гепатитов G и TTV в развитии как острых, так и хронических поражений печени на сегодняшний день окончательно не установлена.

Исходом хронического гепатита может явиться тяжелое поражение печени, которое называется циррозом и развивается примерно у 20% больных хроническим гепатитом через 10-30 лет от момента заражения.

В основе цирроза лежит практически необратимое изменение структуры печеночной ткани, в результате чего нарушается выполнение целого ряда функций печени (например, белковообразовательная, дезинтоксикационная и др.). Кроме того, при развитии цирроза нарушается свободное прохождение крови через печень и в брюшной полости начинает накапливаться жидкость (асцит). Прохождение тока крови в обход рубцовой измененной печени обуславливает расширение кровеносных сосудов (варикозные узлы) в пищеводе и желудке, которые могут стать источником кровотечения.

Редко на фоне цирроза может развиваться рак печени. При сформированном циррозе проводить лечение сложно, поэтому основной задачей врача является предупреждение развития цирроза печени у пациентов с хроническими гепатитами.

#### **Лабораторная диагностика**

Лабораторная диагностика вирусных гепатитов представляет собой комплексное исследование, которое включает в себя различные методы.

Специфическая - исследование крови пациента на наличие в ней характерных для определенного вируса показателей, которые в клинической практике часто называются маркерами. По своей природе эти маркеры представляют собой либо частицы самого



вируса, либо антитела к ним, являющиеся результатом борьбы иммунной системы человека с вирусом.

Наличие и соотношение тех или иных маркеров в крови пациента меняется в процессе заболевания и зависит от его давности, стадии, активности и исхода.

Правильная трактовка этих данных позволяет опытному врачу сориентироваться в отношении диагноза и наметить тактику по дальнейшему обследованию и лечению конкретного пациента. Нередко однократного исследования бывает недостаточно и только характер изменения маркеров при повторных исследованиях даст основания для принятия того или иного врачебного решения.

### Гепатит А

Единственным маркером острого заболевания являются так называемые антитела острой фазы, которые обозначаются как anti-HAV IgM (или анти-ВГА IgM) - антитела к вирусу гепатита А класса IgM. Обнаружение их в крови взрослого или ребенка обозначает, что у больного имеет место острый или недавно перенесенный гепатит А.

После перенесенного гепатита А в крови человека пожизненно сохраняются так называемые суммарные антитела к вирусу гепатита А - anti-HAV или анти-ВГА суммарные.

### Гепатит Е

Диагностическими маркерами заболевания являются антитела к вирусу гепатита Е класса IgM и суммарные (анти-ВГЕ IgM и анти-ВГЕ суммарные).

### Гепатит В

При гепатите В в сыворотке крови могут обнаруживаться до 7 различных маркеров. Их количество и сочетание могут быть различными и зависят от стадии и исхода гепатита. HBsAg (поверхностный антиген В) является основным рутинным показателем инфицирования пациента вирусом гепатита В и представляет собой основной элемент защитной оболочки вируса.

Его обнаружение в крови на протяжении 6 месяцев и более свидетельствует о хроническом течении процесса. Этот маркер, однако, не несет информации об активности гепатита. Поэтому его выявление в крови служит только основанием для исследования других маркеров гепатита В у больного. Anti-HBc суммарные (антитела к ядерному антигену В) являются антителами, которые свидетельствуют о попадании в организм человека.

Они могут обнаруживаться как при текущем гепатите (в сочетании с HBsAg), так и в случае выздоровления (обычно в сочетании со специфическими антителами к HBsAg). Anti-HBcIgM (антитела к ядерному антигену В класса IgM) - это так называемые антитела острой фазы, которые могут быть выявлены как при остром, так и при обострении хронического гепатита В. HBeAg (е - антиген В) - маркер фазы размножения (репликации) вируса. Может выявляться как при остром, так и при хроническом гепатите В.

Наличие этого показателя учитывается при решении вопроса о проведении противовирусного лечения. Anti-HBe - антитела к HBeAg - появляются в крови после исчезновения HBeAg и, как правило, свидетельствуют о прекращении размножения вируса. Однако существует измененная (мутантная) разновидность В, при инфицировании которой активное размножение вируса сохраняется при наличии anti-HBe. Anti-HBs (антитела к поверхностному антигену В) - это антитела, которые обнаруживаются у лиц, выздоровевших от гепатита В или вакцинированных от него.

Это показатель иммунной защиты организма от В. О степени надежности этой защиты свидетельствует уровень (количество) anti-HBs в крови пациента. ДНК ВГВ (дезоксирибонуклеиновая кислота В) представляет собой фрагменты вирусных частиц. Присутствуют в крови больного в случае активного размножения В.



Этот показатель является современным, более чувствительным, аналогом HBeAg. При инфицировании больного мутантным вирусом гепатита В выявление ДНК ВГВ может стать единственным свидетельством репликации вируса.

## Гепатит D

(гепатит В с дельта - агентом)

Вирус гепатита D, или дельта - агент, является дефектным, потому что для развития в организме человека ему необходим HBsAg, который он использует для построения защитной оболочки.

Поэтому все пациенты с HBsAg в крови, независимо от активности гепатита В, входят в группу риска по инфицированию дельта-агентом. Присоединение гепатита D может существенно менять течение заболевания и способствовать развитию цирроза печени. В связи с этим, всем пациентам с HBsAg рекомендуется периодически исследовать кровь на наличие маркеров гепатита D. Anti-HDIgM (антитела к антигену дельта класса IgM) представляют собой антитела острой фазы и всегда обнаруживаются при активном течении гепатита D.

Anti-HD суммарные (суммарные антитела к антигену дельта) - эти антитела выявляются в крови пациента при активном процессе (наряду с anti-HDIgM) или при прекращении размножения вируса (в качестве единственного маркера дельта-гепатита). РНК ВГД (рибонуклеиновая кислота D) представляет собой фрагменты вирусных частиц. Присутствуют в крови больного в случае активного размножения D.

## Гепатит С

Anti-HCV (анти-ВГС) - антитела к вирусу гепатита С суммарные - основной маркер инфицирования вирусом гепатита С. Отражают реакцию иммунной системы человека на встречу с вирусом, направленную на уничтожение возбудителя.

Однако в связи с биологическими особенностями С (высокая изменчивость) эта реакция редко бывает эффективной. Наличие анти-ВГС не отражает ни давности, ни активности, ни стадии гепатита С, ни факта выздоровления. Обнаружение этих антител в крови пациента служит показанием для дальнейшего обследования. РНК ВГС (рибонуклеиновая кислота С) представляет собой фрагменты вирусных частиц. Присутствует в крови больного в случае активного размножения С.

На протяжении хронического гепатита С выделяют две основные фазы - репликативную и нерепликативную, которые могут многократно сменять друг друга. Только в репликативную фазу вирус гепатита С размножается, обнаруживается в крови и является доступным для действия противовирусных препаратов. Поэтому определение фазы гепатита является очень важным при решении вопроса о лечении. РНК ВГС - принципиальный маркер фазы репликации С, который используется в клинической практике.

Наличие единственного положительного результата выявления РНК ВГС подтверждает активность вируса, а отрицательный результат не является свидетельством отсутствия вируса в крови пациента. Практически у всех пациентов сохраняется вирус в крови, а негативный результат может отражать временное снижение количества вируса до значений, не определяемых доступными методами.

В современных лабораториях существует возможность определения концентрации вируса в крови (количественное определение РНК ВГС). Этот показатель не отражает тяжести поражения печени и темпов прогрессирования гепатита, но имеет важное значение при оценке эффективности противовирусного лечения.

## Генотипы ВГС



На сегодняшний день выделяют 6 генотипов (разновидностей) ГС. Каждый генотип, в свою очередь, может иметь несколько подтипов. Генотипы обозначаются арабскими цифрами, а подтипы - латинскими буквами (например, 1a, 1b, 2a и т. д.). Наличие у больного того или иного генотипа не дает информации о тяжести поражения печени и темпах прогрессии заболевания, но имеет значение при выборе лечения. Различные генотипы неодинаково поддаются противовирусной терапии.

### **Структурные и неструктурные белки**

В составе ГС имеются различные белки, среди которых выделяют структурные, т. е. входящие в структуру вируса (core, E1, E2) и неструктурные, т. е. не входящие в структуру вируса, но выполняющие определенные функции (NS2, NS3, NS4, NS5).

В крови больного с гепатитом С обнаруживаются антитела к этим белкам, которые позволяют в неясных случаях подтвердить факт инфицирования больного вирусом гепатита С.

В последние годы появилась информация о том, что имеется связь между выявлением определенных белков и клиническим течением болезни.

### **TTV – инфекция**

Единственным маркером, используемым для выявления инфицирования вирусом гепатита TTV, является дезоксирибонуклеиновая кислота вируса (ДНК TTV).

Инфицирование этим вирусом, как уже указывалось, не всегда сопровождается развитием острого или хронического гепатита.

### **Гепатит G**

Маркером, подтверждающим инфицирование вирусом гепатита G, является рибонуклеиновая кислота вируса (РНК ВГГ). Чаще вирус гепатита G обнаруживается у пациентов с гепатитом С, а вопрос о самостоятельном существовании гепатита G и его клиническом значении остается спорным. Биохимический анализ крови включает в себя многие показатели, которые отражают функцию печени на момент исследования.

Эти показатели очень изменчивы, поэтому для достоверной оценки течения процесса необходимы многократные повторные их определения. К основным биохимическим тестам при вирусных гепатитах относятся печеночные ферменты (аминотрансферазы), билирубин, щелочная фосфатаза, общий белок и белковый спектр крови. Аминотрансферазы - аланиновая (АЛТ) и аспарагиновая (АСТ) - это ферменты, которые находятся внутри печеночных клеток.

В норме небольшие концентрации этих веществ определяются в крови. При повреждении печени, в частности, в результате вирусного воздействия, печеночные клетки разрушаются и печеночные ферменты обнаруживаются в крови в повышенных количествах. Пределы колебаний этих показателей очень широки и в определенной степени отражают остроту и активность воспаления печеночной ткани при гепатите. Основным ориентиром при этом служит уровень АЛТ. Для точного определения характера поражения печени этого исследования недостаточно, для этого существуют специальные диагностические методы, в частности, пункционная биопсия печени. Кроме того, значения аминотрансфераз могут меняться очень существенно и быстро, даже без всякого медикаментозного воздействия, т. е. самопроизвольно.

В связи с этим при вирусном гепатите, для мониторинга за течением болезни необходимо регулярное исследование крови на активность печеночных ферментов. Во время противовирусной терапии нормализация уровней АЛТ и АСТ свидетельствует об



эффективности лечения. Билирубин - это желчный пигмент, который образуется в крови человека в результате распада красных кровяных клеток (эритроцитов). Затем билирубин захватывается клетками печени и с желчью через кишечник выводится из организма. Попавший в печеночные клетки билирубин называется связанным, а находящийся в крови (т. е. до попадания в печень) - свободным. В норме небольшие количества билирубина (преимущественно за счет свободного) обнаруживаются в крови. При вирусных поражениях печени (как правило, при острых гепатитах и циррозе) содержание общего билирубина (сумма свободного связанного) может повышаться, что выражается желтушным окрашиванием кожи и склер.

Причин желтухи существует очень много, далеко не всегда ее развитие связано с вирусным гепатитом или вообще с каким-либо поражением печени. Появление этого симптома в большинстве случаев указывает на необходимость стационарного обследования пациента. Щелочная фосфатаза (ЩФ) - фермент, активность которого отражает процессы перемещения желчи по желчевыводящим путям (из печеночной клетки в желчный пузырь и далее в кишечник). Задержка оттока желчи бывает не только при вирусных гепатитах и циррозах, но и при медикаментозных поражениях печени, закупорке желчных протоков камнем, спайками, опухолью. При задержке оттока желчи (холестаз) уровень ЩФ в крови возрастает и превышает норму. Желтуха при этом необязательна, довольно часто больные отмечают, что их беспокоит кожный зуд. Общий белок и белковый спектр крови - это группа показателей, которые отражают способность печени и клеток иммунной системы к выработке определенных белков. Общий белок крови состоит из так называемых альбумина и глобулинов.

Печень синтезирует альбумин. Эта способность уменьшается при повреждении печеночных клеток, и тогда в анализе белкового спектра отмечается снижение уровня альбумина. Степень снижения соответствует глубине поражения печени: наибольшие отклонения этого показателя характерны для цирроза. При циррозах и аутоиммунных гепатитах увеличиваются концентрации (- глобулинов, которые вырабатываются иммунными клетками).

Оговоримся, что существует множество причин для различных изменений белкового спектра крови, не связанных с патологией печени, но анализ этих показателей при вирусных гепатитах может существенно помочь определиться со стадией поражения печени в тех случаях, когда по каким-либо причинам проведение пункционной биопсии затруднено. Общий анализ крови включает в себя много различных показателей, которые, преимущественно, отражают содержание тех или иных клеток крови (тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и т. д.). Уровни этих клеток могут меняться при произвольном течении вирусных гепатитов. Например, у пациентов с циррозом печени, как правило, снижается содержание тромбоцитов. Современное противовирусное лечение также может существенно влиять на количество клеток крови (в первую очередь, лейкоцитов).

Важность контроля этих показателей связана с тем, что все виды кровяных клеток выполняют важнейшие функции (защита от инфекций, поддержание нормальной свертываемости крови, обеспечение тканей кислородом) и падение их содержания ниже критических уровней недопустимо. Поэтому регулярное проведение общего анализа крови позволяет более точно оценивать тяжесть состояния больного и своевременно проводить коррекцию противовирусной терапии для обеспечения ее безопасности.

### **Инструментальные методы исследования**

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости - довольно информативный, абсолютно безболезненный и безопасный для пациентов метод исследования, который позволяет: достоверно оценить размеры печени, и желчного пузыря, селезенки и поджелудочной железы; выявить определенные изменения в этих органах; измерить диаметры сосудов печени и селезенки; определить оптимальное место



прокола при проведении пункционной биопсии печени. Проводя исследование, врач видит на экране прибора ультразвуковые «срезы» внутренних органов в различных оттенках серого цвета.

Этот диагностический метод позволяет, как правило, обнаружить камни в желчном пузыре, различные кисты, опухоли. Если же изменения в органе происходят на микроскопическом уровне, т. е. на уровне клеток и затрагивают весь орган в целом (диффузные изменения), диагностическая ценность УЗИ существенно снижается. То есть при диффузных изменениях печени (в том числе и при вирусных гепатитах), на экране ультразвукового прибора обнаруживается лишь изменение цвета печеночной ткани в серой шкале. Это не дает точной информации о природе и тяжести поражения печени.

В такой ситуации необходимо проводить пункционную биопсию печени с последующим специальным окрашиванием печеночной ткани и изучением ее структуры под микроскопом.

Пункционная биопсия печени - это современный, наиболее точный и информативный метод диагностики хронических, в том числе вирусных, гепатитов. При помощи этого метода можно оценить структуру печеночной ткани на микроскопическом уровне.

Процедура пунктирования проводится в течение нескольких секунд, является безопасной для пациентов (риск осложнений не превышает 1%).

Технически она выглядит следующим образом: под местным обезболиванием специальной иглой через межреберье производится взятие небольшого кусочка печеночной ткани, который после соответствующей обработки поступает для исследования специалисту - морфологу.

При этом различные характеристики поражения печени оцениваются по специальной шкале и выражаются в баллах. Важно учитывать, что сегодня никакими более щадящими методами невозможно получить достоверную и полную информацию о состоянии печеночной ткани, а эта информация имеет принципиальное значение для уточнения диагноза, прогноза по заболеванию и выбора лечения.

### **Вирусный гепатит и беременность**

Если случилось так, что женщина заболела острым гепатитом В во время беременности, то, к сожалению, вероятность заражения ребенка уже до родов довольно высока. Значение острого гепатита С у беременной для внутриутробного инфицирования ребенка в настоящее время точно не установлено. В отношении хронических вирусных гепатитов имеется больше ясности. При активно текущем хроническом гепатите В, когда в крови женщины обнаруживается не только HBsAg, но и HBeAg, вероятность передачи инфекции от матери ребенку выше, а эффективность профилактической вакцинации ниже, чем в тех случаях, когда процесс у беременной женщины неактивен.

Чаще всего заражение ребенка происходит во время родов. Беременные женщины с хроническим гепатитом С редко заражают своих детей во время беременности и родов. Это происходит не более, чем в 5 - 6% случаев и только при активном течении гепатита. Значение кесарева сечения для снижения передачи инфекции от матери ребенку на сегодняшний день окончательно не установлено, поэтому ставить вопрос об оперативном родоразрешении только с целью предотвращения инфицирования ребенка вирусами гепатитов В и С нецелесообразно. Часто у беременных женщин и их родственников возникает вопрос о безопасности грудного вскармливания.

Согласно рекомендациям ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), женщины с хроническими гепатитами В и С могут кормить детей грудью. При этом важно следить за целостностью сосков и слизистых оболочек рта ребенка.

Надо иметь в виду, что материнские антитела к вирусу гепатита С проникают через плаценту и обнаруживаются в крови детей, родившихся от матерей с хроническим



гепатитом С сразу же после рождения и до возраста 6-12 месяцев. Если ребенок не инфицировался (т. е. примерно в 95% случаев), к возрасту 1 года эти антитела из крови исчезают и такие дети являются здоровыми и не нуждаются в дальнейшем наблюдении у инфекционистов.

В тех редких случаях, когда инфицирование все же происходит (5%), специфические антитела продолжают обнаруживаться в крови ребенка и в более старшем возрасте (это уже не материнские антитела) и их наличие сопровождается выделением из крови РНК ВГС и повышением активности печеночных ферментов.

### **Течение вирусных гепатитов у беременных**

Возникновение острого вирусного гепатита на фоне беременности во всех случаях требует госпитализации пациентки в инфекционный стационар. При хронических вирусных гепатитах возможно амбулаторное наблюдение.

Женщинам с циррозом печени вирусной этиологии следует применять современные и надежные средства контрацепции для предупреждения беременности, поскольку в таких случаях беременность представляет собой колоссальную нагрузку для организма женщины и может способствовать декомпенсации заболевания.

Современные знания позволяют утверждать, что беременность не оказывает отрицательного влияния на течение хронических вирусных гепатитов, не достигших стадии цирроза, и часто приводит к стиханию воспаления в печени. Д

аже в тех редких случаях, когда на фоне беременности активность гепатита сохраняется, противовирусное лечение, как правило, не проводится. В свою очередь, хронический гепатит обычно не вызывает дополнительных осложнений беременности и отклонений в развитии плода, по сравнению со здоровыми женщинами. Нужно помнить, что после родов нередко происходит обострение гепатитов у женщин.

Поэтому имеет смысл не откладывать исследование крови и провести его через месяц после родов. Дальнейшее ведение пациентки полностью зависит от результатов анализов. При выявлении соответствующих показаний можно проводить противовирусную терапию.

### **Родоразрешение инфицированных женщин**

Женщины с гепатитом В должны рожать в специализированных роддомах (а при их отсутствии – в наблюдательных отделениях обычных роддомов).

Женщины с гепатитом С рожают в наблюдательных отделениях роддомов общего профиля.

### **Наблюдение за детьми от инфицированных мам**

Дети, родившиеся от мам с гепатитом В, подлежат обязательной вакцинации согласно отечественному календарю прививок. Первая доза вакцины вводится уже в родзале, вторая и третья - с интервалами в 1 месяц и последняя - в возрасте 1 года.

В эти же сроки кровь ребенка может быть исследована на наличие HBsAg. Обнаружение последнего является свидетельством инфицирования ребенка от матери и делает продолжение вакцинации нецелесообразным. Дети, родившиеся от мам с гепатитом С, нуждаются в исследовании активности АЛТ в возрасте 3 месяцев (для исключения противопоказаний к проведению плановых профилактических прививок).

Это простое исследование проводится в поликлиниках. Дети с измененными показателями должны быть направлены в специализированные учреждения для уточнения диагноза.



У детей с нормальными показателями АЛТ плановое исследование крови проводится в 12 месяцев и включает в себя определение как АЛТ, так и anti-HCV. Дальнейший план обследования ребенка зависит от результатов указанных исследований.

### Лечение вирусных гепатитов

При острых вирусных гепатитах, в зависимости от выраженности симптомов, чаще всего проводится так называемое базисное или симптоматическое лечение. Такое лечение направлено на защиту печени, создание облегченных условий для ее функционирования. Базисное лечение включает в себя соблюдение диеты и определенных ограничений в образе жизни (полупостельный режим, сокращение физических, психических и медикаментозных нагрузок). Приведенная диета справедлива при острых вирусных гепатитах. При хроническом гепатите необходимости в строгом соблюдении вышеуказанной диеты нет. Продукты, запрещенные к употреблению при остром гепатите, могут употребляться при хроническом гепатите в ограниченном количестве (не чаще 1-2 раз в неделю).

Кроме того, употреблять большие объемы жидкости не обязательно, пациент может пить по потребности. Симптоматическое лечение не оказывает непосредственного или опосредованного влияния на вирусы, вызвавшие развитие гепатита и применяется для улучшения самочувствия пациентов. В разные сроки могут использоваться внутривенные введения дезинтоксикационных растворов, желчегонные, ферментные и витаминные препараты.

При этом, однако, необходимо помнить, что даже самая «безобидная» таблетка представляет для больной печени дополнительную нагрузку, поэтому в острый период болезни применять лекарства нужно с особой осторожностью. Как правило, острые вирусные гепатиты самопроизвольно заканчиваются выздоровлением с исчезновением вируса из организма, и нет необходимости проводить специфическое лечение. Это справедливо всегда при гепатитах А и Е, в 90% случаев при гепатите В, а вот острый гепатит С составляет исключение. Как указывалось выше, в связи с биологическими особенностями С (его уникальной способностью менять свою структуру и таким образом скрываться от иммунного ответа) заболевание, вызываемое им, имеет выраженную склонность к хронизации (примерно 90% случаев). Поэтому, в надежде предотвратить развитие хронического гепатита С, специфическое лечение может быть назначено уже в остром периоде.

Специфическая терапия направлена на выведение вируса из организма. Для этого могут использоваться препараты, как непосредственно, так и опосредованно влияющие на инфекционный агент. Существует довольно обширная группа препаратов, которые называются иммуномодуляторами. Использование этих препаратов для лечения хронических вирусных гепатитов основано на том, что они приводят иммунную систему человека в состояние, которое является оптимальным для противовирусной защиты.

Эти препараты не предназначены для проведения самолечения, они имеют определенные показания и противопоказания к использованию и должны применяться только в соответствии с рекомендациями врача. Основу противовирусного лечения на сегодняшний день составляют так называемые интерфероны (ИФН). Эти препараты выпускаются различными фирмами-производителями под различными названиями и могут иметь некоторые отличия в структуре, но принципиально ИФН обладают сходным механизмом и спектром действия.

В норме ИФН вырабатываются иммунными клетками организма и участвуют в борьбе с чужеродными, в первую очередь инфекционными, агентами. При инфекционных заболеваниях, особенно хронических, выработка этих веществ в организме снижается. ИФН, применяемые для лечения хронических вирусных гепатитов, имеют, как правило, искусственное происхождение, т. е. получают при помощи генно-инженерных методов.



Помимо прямого противовирусного действия, препараты ИФН оказывают мощное влияние на иммунную систему человека, «настраивая» ее на борьбу с вирусами.

Стандартный режим лечения ИФН предусматривает внутримышечное или подкожное введение препарата три раза в неделю. При этом для предотвращения выраженного подъема температуры, что довольно часто отмечается в начале лечения, пациенту рекомендуют принимать парацетамол. Жаропонижающий препарат принимают за 15-20 минут до первого укола, затем ежедневно проводят измерения температуры и при необходимости прием парацетамола повторяют. Как правило, выраженный подъем температуры отмечается через 4-5 часов после укола и в последующем целесообразно принимать парацетамол примерно за полчаса до ожидаемого повышения температуры.

Возможно также использование физических методов охлаждения: обтирания теплой водой, влажные компрессы на лоб, паховую и подмышечную области и т. д. У большинства пациентов в течение первого месяца лечения происходит адаптация к препарату и необходимость в использовании жаропонижающих средств отпадает. Противовирусная эффективность такого лечения, как правило, не превышает 20-25%. Разработан препарат ИФН в свечах, предназначенный для ректального (через прямую кишку) введения. Преимущество этого препарата заключается в отсутствии тяжелых побочных эффектов, свойственных инъекционным формам ИФН. Поэтому виферон довольно широко применяется для лечения хронических вирусных гепатитов у детей и у лиц, имеющих выраженную сопутствующую патологию печени, почек, сердца, нервной системы и т. д., которая затрудняет использование инъекционных форм ИФН. При хроническом гепатите В довольно часто применяется препарат ламивудин. Он может использоваться как в качестве альтернативы ИФН, так и в сочетании с ними. Выпускается в виде таблеток или сиропа.

По сравнению с ИФН, этот препарат легче переносится и более удобен для использования. Существуют «усиленные» схемы лечения, которые могут быть рекомендованы пациентам при наличии у них соответствующих показаний и отсутствии противопоказаний. Усиление терапии может принципиально достигаться двумя способами - это либо повышение дозы ИФН и увеличение частоты инъекций, либо сочетание ИФН с одним или двумя другими противовирусными препаратами. В качестве таких препаратов при гепатите С наиболее часто используются рибавирин и ремантадин, а при гепатите В - ламивудин. Схемы лечения индивидуально подбираются лечащим врачом. Комбинированная терапия позволяет добиться стойкого исчезновения вируса примерно у половины больных.

Важно помнить, что все пути усиления терапии, как правило, сопряжены как с удорожанием самого лечения, так и с повышением частоты его побочных эффектов, т. е. с ухудшением переносимости. В последние годы стали доступны для использования в лечебной практике ИФН нового поколения - так называемые пегилированные интерфероны. Их особенность заключается в том, что молекула ИФН связана с молекулой полиэтиленгликоля (ПЭГ). ПЭГ представляет собой инертное вещество, которое медленно выводится из организма. Благодаря этому пегилированный ИФН длительно циркулирует в крови и оказывает непрерывное воздействие на вирус. Такие препараты удобны в использовании, потому что вводятся больному один раз в неделю. Эффективность ПЭГ-ИФН выше по сравнению со стандартными ИФН.

Целью проведения противовирусной терапии может являться излечение больного, или достижение ремиссии гепатита и/или профилактика формирования цирроза печени. Излечение и ремиссия процесса характеризуются нормализацией активности печеночных ферментов и исчезновением вируса из крови. Ремиссия - это период заболевания, на протяжении которого отсутствует активность процесса и от полного выздоровления она отличается возможностью «возвращения» болезни. Определение цели лечения - задача, которую врач решает в отношении каждого больного индивидуально в ходе его комплексного обследования. Выбранная цель позволяет назначить нужные препараты в



оптимальных дозах и сочетаниях. Существует целый ряд показателей (пол, возраст, генотип вируса, данные биопсии печени и др.), которые позволяют примерно сориентироваться в отношении ожидаемого успеха терапии и правильно поставить задачи лечения.

Эти показатели называются прогностическими факторами. На протяжении курса лечения существуют установленные сроки, в которые проводятся определенные лабораторные исследования, позволяющие оценить эффективность и безопасность проводимой терапии. Поэтому пациент должен строго следовать всем рекомендациям по обследованию и лечению. Во время плановых визитов к врачу, в зависимости от результатов анализов, пациент получает рекомендации по продолжению, изменению или прекращению лечения.

Определение эффективности лечения основывается на следующих показателях :

- 1) Активность печеночных ферментов.
- 2) Наличие / исчезновение вируса.
- 3) Морфологические показатели.

В каждом отдельном случае невозможно заранее с полной определенностью предвидеть эффективность лечения. В целом, она зависит от особенностей как вируса, так и иммунной системы организма, а также от используемой схемы лечения. Например, при хроническом гепатите В эффективность интерферонотерапии может достигать 40-45%, а при хроническом гепатите В с дельта-агентом она значительно ниже. А при хроническом гепатите С этот показатель колеблется от 25 до 80%.

### **Заключение**

Таким образом, сегодня имеется широкий выбор очень разных возможностей для ведения пациентов с хроническими вирусными гепатитами. Правильность выбора лечебной тактики во многом определяется диагностическими возможностями учреждения, квалификацией врача и его опытом работы в терапии вирусных гепатитов.

### **Литература**

Сайт: Medinfo <http://www.doktor.ru/medinfo> <http://medinfo.home.ml.org> E-mail: [medinfo@mail.admiral.ru](mailto:medinfo@mail.admiral.ru) or [medreferats@usa.net](mailto:medreferats@usa.net)