

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

Кобелькова Анастасия Анатольевна
(ФИО ординатора)

Тема реферата: "Вирусные гепатиты и беременность"

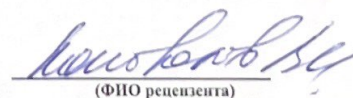
Основные оценочные критерии

№	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)	4 (хорошо)

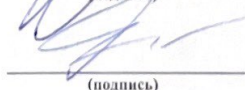
Дата: 15.05.2023 год

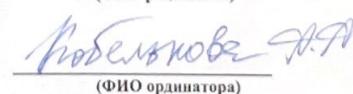
Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)

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

Реферат на тему

«Вирусные гепатиты и беременность»

Выполнила:

Ординатор 1-го года

Кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии

лечебного факультета

Кобелькова Анастасия Анатольевна

Красноярск, 2023

Содержание

1. Определение	3 стр
2. Введение	3 стр
3. Клиническая оценка больных вирусным гепатитом	3-5 стр
4. Гепатит А	5-7 стр
5. Гепатит Е	8-10 стр
6. Гепатит В	10-15 стр
7. Гепатит D	15 стр
8. Гепатит С	15-17 стр
Список литературы	18 стр

Определение

Вирусные гепатиты – группа заболеваний человека, вызванных различными гепатотропными вирусами с множественными механизмами передачи и проявляющихся преимущественным поражением печени с нарушением ее функций, интоксикационным, диспепсическим синдромами и нередко гепатомегалией и желтухой.

Введение

При отсутствии лечения хроническая инфекция вирусным гепатитом может привести к циррозу и раку печени. По оценкам, в 2020 году во всем мире 279 миллионов человек были инфицированы вирусом гепатита В (ВГВ) и 59 миллионов человек – вирусом гепатита С (ВГС). В 2016 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала глобальную стратегию сектора здравоохранения по ликвидации вирусного гепатита как серьезной угрозы общественному здравоохранению к 2030 г., установив глобальные и национальные цели по сокращению смертности, диагнозов и охвата услугами, связанными с ВГВ и ВГС. Как для ВГВ, так и для ВГС стратегия предусматривает, что к 2030 году 90% живущих с инфекцией будут диагностированы и 80% пролечены.

Вирусный гепатит вызывается разнообразным набором вирусов с различной структурной биологией, передачей, эндемичным характером и хроническим течением, которые имеют общую склонность к инфицированию и размножению в гепатоцитах человека. Их называют гепатотропными вирусами, и они вызывают большинство гепатитов у беременных и небеременных. Вирусы, включенные в эту группу, представляют собой вирусы гепатита А, В, С и Е (HAV, HBV, HCV и HEV). Другие включают гепатит D (HDV) и гепатит G (HGV), которые также представляют риск перинатальных инфекций и передачи.

Клиническая оценка больных вирусным гепатитом

Острый вирусный гепатит является наиболее частой причиной желтухи у беременных. В большинстве случаев клиническое течение доброкачественное, но иногда холестаз манифестный и может быть длительным, вплоть до послеродового периода. Серьезной проблемой острого вирусного гепатита является риск передачи инфекции от матери ребенку (ПМР) или вертикальной передачи.

Вирионы, внедряющиеся в гепатоциты, атакуются иммунной системой хозяина, что приводит к острой воспалительной реакции – острому гепатиту. Это характеризуется

лихорадкой, недомоганием, потерей аппетита, болью в животе (обычно в правом подреберье), тошнотой, рвотой и желтухой. Другие признаки включают темную окраску мочи из-за повышения уровня прямого билирубина и светлый стул. В тяжелых случаях могут возникнуть энцефалопатия и коагулопатия из-за нарушения нормальной функции печени.

Физикальное обследование пациентов до развития желтухи обычно не может выявить каких-либо отклонений от нормы. Однако у 10 % пациентов может отмечаться болезненность в правом подреберье и гепатомегалия, а у 5 % — спленомегалия и лимфаденопатия.

Поврежденные клетки печени высвобождают трансаминазы и билирубин, вызывая их повышение в кровотоке во время острых или текущих активных хронических инфекций. Билирубин является продуктом распада гемсодержащих белков, образующихся преимущественно в ретикулоэндотелиальной системе и выделяющихся печенью через желчные протоки. При заболеваниях печени гепатоциты или желчные протоки не могут нормально обрабатывать билирубин, и его уровень увеличивается. Повышение уровня билирубина является результатом либо нарушения захвата, конъюгации и выведения билирубина, либо утечки из поврежденных гепатоцитов или желчных протоков. Уровни аммиака также повышаются, поскольку печень не может его метаболизировать.

Уровни аминотрансфераз - аспартатаминотрансферазы (AST) и аланинаминотрансферазы (ALT) повышаются, отражая общее повреждение гепатоцитов. Уровни этих трансаминаз начинают повышаться в продромальный период, предшествующий возникновению клинической желтухи. АЛТ обычно выше, чем АСТ, но абсолютные уровни плохо коррелируют с клинической тяжестью и могут достигать максимума при уровнях выше 1000 МЕ/л (нормальный диапазон 10–40 МЕ/л). Источником АЛТ в основном является печень, тогда как АСТ содержится в сердце, скелетных мышцах, почках, головном мозге и эритроцитах. При остром вирусном гепатите АЛТ повышается до более высокого уровня, чем АСТ, чтобы поддерживать соотношение АСТ/АЛТ меньше единицы. При переходе в хроническую форму развитие цирроза печени и истощение числа гепатоцитов, отмечается относительное падение уровня АЛТ; следовательно, отношение АСТ/АЛТ начинает расти. Соотношение выше 2 свидетельствует об алкогольной болезни печени. Однако корреляция отношения АСТ/АЛТ с точностью прогнозирования степени фиброза печени и наличия цирроза остается спорной.

По мере прогрессирования заболевания нарушаются синтетические функции печени. Повышение протромбинового времени (ПВ), частичного тромбопластинового

времени (ЧТВ) и международного нормализованного отношения (МНО) происходит из-за снижения синтетической функции витамин К-зависимых факторов свертывания крови (FII, FVII, FIX и FX и антитромботических белков C и S). Альбумин, который также является тестом функции печени, хотя и менее специфичен, может занять больше времени, чтобы снизиться из-за его более длительного периода полураспада. С другой стороны, фактор VII имеет самый короткий период полувыведения, поэтому МНО, которое тестирует внешний путь, зависящий от фактора VII, поражается довольно рано при заболевании.

При обследовании пациентов важно определить, указывает ли клиническое течение на острый гепатит (отклонения от нормы биохимических анализов печени менее шести месяцев) или на хронический гепатит (отклонения сохраняются более шести месяцев). При физикальном обследовании при хроническом заболевании печени необходимо выявить желтуху, а также другие признаки длительного заболевания, такие как эритема ладоней, голова медузы, сосудистые звездочки, асцит, контрактура Дюпюитрена и печеночная энцефалопатия. Эта хроническая фаза может быть связана с минимальными симптомами или их отсутствием, а также с незначительными или отсутствующими изменениями функции печени. Диагноз часто ставится при скрининге или во время исследования необъяснимых нарушений функции печени.

Гепатит А

Гепатит А – острая циклическая вирусная инфекция с фекально-оральной передачей возбудителя, характеризующаяся нарушением функций печени.

Гепатит А – кишечная инфекция, строгий антропоноз. Источник инфекции – больные инapparантными и манифестными формами гепатита А. Фекально-оральный механизм передачи возбудителя реализуется водным, пищевым и контактно-бытовым путем с безусловным преобладанием водного пути, который и обеспечивает вспышки и эпидемии гепатита А. Встречается преимущественно у детей и молодых людей; в последние годы заметно участились случаи гепатита А у людей старше 30 лет и даже 40 лет. Для заболевания характерна сезонность (в основном, летне-осенний период).

Классификация

Выделяют инapparантную (субклиническую) и манифестную формы гепатита А. Последняя включает стертую, безжелтушную и желтушную формы. По тяжести течения

различают легкую, средней тяжести и тяжелую формы, по течению - острую и затяжную. Хронические формы гепатита А не наблюдаются.

Клиническая картина

По частоте преобладает инаппарантная форма, диагностика ее возможна только с помощью ИФА при обследовании контактных и больных лиц (в эпидемических очагах). Манифестные формы протекают с последовательной сменой периодов: инкубационного, продромального (преджелтушного при желтушной форме заболевания), разгара (желтушного при наличии желтухи), реконвалесценции. Нечасто, но возможны рецидивы и осложнения инфекции. Продолжительность инкубационного периода в среднем составляет 15-45 дней. Продромальный период продолжается 5-7 дней, протекает с разнообразной клинической симптоматикой. По ведущему синдрому принято выделять гриппоподобный (лихорадочный), диспепсический, астеновегетативный и наиболее часто наблюдаемый смешанный вариант продрома с соответствующими клиническими проявлениями. Через 1-4 дня после первых признаков заболевания изменяется цвет мочи (до коричневого цвета разной интенсивности), обесцвечивается кал (ахолия), приобретая консистенцию и цвет белой (серой) глины. Уже в продромальный период возможна гепатомегалия с болезненностью печени при пальпации. Период разгара продолжается в среднем 2-3 нед. Начало этого периода при желтушной форме знаменуется желтушным прокрашиванием видимых слизистых оболочек и кожи. При этом самочувствие больных заметно улучшается, признаки продромального периода смягчаются или исчезают совсем. Вместе с тем увеличение печени может продолжаться - больных беспокоят тяжесть и распирающие в эпигастриальной области, умеренные боли в правом подреберье. В 1/3 случаев в этот период отмечают спленомегалию.

С исчезновением желтухи, восстановлением нормального цвета мочи и кала наступает период реконвалесценции. Его длительность колеблется от 1-2 до 812 мес. Стертые и безжелтушные формы гепатита А протекают обычно легко, малосимптомно, с быстрым выздоровлением.

Гепатит А у беременных протекает так же, как у небеременных. Риска антенатальной передачи возбудителя нет.

Осложнения гестации

При редких тяжелых и затяжных формах гепатита А возможны преждевременные роды, в единичных случаях - самопроизвольные выкидыши. Возможны угроза прерывания беременности, преждевременное или раннее излитие околоплодных вод. У беременных, болеющих гепатитом А, как и при других экстрагенитальных заболеваниях, несколько чаще, чем в популяции, развиваются ранний токсикоз, гестоз (в том числе в родах).

Диагностика

Анамнез. Диагноз гепатита устанавливают на основании эпидемиологических предпосылок (контакт с больным гепатитом А), анамнестических данных (симптомо-комплексы продромального периода), указаний на потемнение мочи и ахолию кала.

Лабораторная диагностика. Наиболее постоянным и диагностически значимым биохимическим признаком гепатита считают повышение активности печеночно-клеточного фермента АЛТ в 10 раз и более по сравнению с нормой. Гипертрансфераземия - главный маркер синдрома цитолиза. Мезенхимально-воспалительный синдром выявляют определением белковых осадочных проб. При гепатитах тимоловая проба повышается, а сулемовый титр снижается. Для гепатитов, протекающих без бактериальных наслоев, характерна лейкопения, нейтропения, относительные и абсолютные лимфоцитоз и моноцитоз, нормальная СОЭ. Верификация гепатита А достигается использованием ИФА. Диагноз гепатита А считают подтвержденным при определении в сыворотке крови анти-НАВ IgM в продромальный период и в период разгара. Анти-НАВ IgG обнаруживают обычно уже в период реконвалесценции.

Показания к консультации других специалистов

При появлении синдрома желтухи (желтушное окрашивание видимых слизистых оболочек и кожных покровов, потемнение мочи, ахолия кала, повышенное содержание билирубина), гепатомегалии, спленомегалии, интоксикационного синдрома и лихорадки, повышения активности печеночно-клеточных ферментов (АЛТ) на фоне лейкопении и нормальной/сниженной СОЭ показана консультация инфекциониста и его совместное с акушером наблюдение за беременной.

Лечение

Немедикаментозное. Основой лечения больных считают щадящий режим и рациональную диету. В период разгара инфекции показан постельный режим. Важен объем потребляемой жидкости (лучше щелочной минеральной) - не менее 2 л в сутки. В течение 6 мес после выздоровления ограничивают физические нагрузки и рекомендуют щадящую (механически и термически) диету с исключением острых, жирных продуктов и алкоголя.

Медикаментозное. При выраженной интоксикации проводят внутривенную дезинтоксикацию (солевые растворы, декстраны, альбумин). Хороший эффект дают дезинтоксиканты для приема внутрь. В период реконвалесценции для восстановления нарушенного метаболизма назначают поливитамины, гепатопротекторы. При постгепатитных дискинезиях желчевыводящих путей назначают спазмолитики и желчегонные средства.

Показания к госпитализации

Беременных, больных гепатитами, в том числе гепатитом А, госпитализируют в инфекционный стационар по клиническим показаниям (для наблюдения за ходом гестации, профилактики и своевременной коррекции возможных осложнений беременности).

Выбор срока и метода родоразрешения

Наилучшей тактикой в отношении родоразрешения больной гепатитом А считают срочные роды через естественные родовые пути.

Гепатит Е

Гепатит Е – острая вирусная кишечная инфекция с поражением печени, протекающая циклически, склонная к эпидемическому распространению, главным образом в регионах с тропическим и субтропическим климатом; характеризуется особой тяжестью и высокой частотой неблагоприятных исходов у беременных.

Эпидемиология

Эпидемиология гепатита Е имеет много сходства с эпидемиологией гепатита А. Резервуарами возбудителя гепатита Е могут быть грызуны, свиньи. Основной путь передачи вируса гепатита Е – водный, реже – алиментарный. Контактный-бытовой путь отмечают очень редко. Чаще болеют лица 15 лет, а среди них – мужчины, жители сельской местности. Возможны крупные вспышки и эпидемии, главным образом осенью, в тропиках – в сезон дождей. Возможен занос инфекции в среднюю полосу («гепатит путешественников»), однако он не сопровождается распространением заболевания и вспышками.

Классификация

Различают инаппарантные и манифестные формы, как при гепатите А. У беременных, заразившихся после 24 нед гестации, возможны молниеносные (фульминантные) формы с высокой летальностью (20-5%). По тяжести течения у беременных выделяют легкие (до 4%), средней тяжести (около 70%) и тяжелые (25-28%) формы.

Клиническая картина

Инкубационный период колеблется от 20 до 80 дней. Продолжительность продромального периода составляет обычно 3-7 дней и клинически протекает как при гепатите А. Некоторые больные жалуются на артралгии и диарею. В разгар гепатита Е,

когда появляется желтуха, самочувствие, в отличие от гепатита А, обычно не улучшается. У мужчин и небеременных женщин гепатит Е протекает с тем же симптомокомплексом, что и при гепатите А. Как правило, отмечают гепатомегалию. Манифестация заболевания длится 3 нед и заканчивается выздоровлением. Период реконвалесценции протекает более длительно, чем при гепатите А.

Осложнения гестации

Высокий риск осложнений беременности для матери и плода, часто с фатальным исходом, отмечают при тяжелых и особенно молниеносных формах гепатита Е. Наиболее опасны случаи, когда беременная женщина заражается HEV во второй половине гестации (позже 24 нед). При этих формах гепатита Е клиническая картина больше напоминает самые тяжелые формы гепатита В. Желтуха неуклонно нарастает, усиливается лихорадка, стремительно развивается печеночная и почечная недостаточность, усиливаются признаки ДВС-синдрома. При гепатите Е у беременных нередко возникает усиленный гемолиз эритроцитов с гемоглобинурией, что усугубляет почечную недостаточность. Гемоглобинурия - ранний признак начинающегося ухудшения состояния беременной и тяжелого прогноза для ее жизни и здоровья.

При самопроизвольном прерывании беременности состояние женщины резко ухудшается, возможен летальный исход. В родах крайне велика вероятность массивного кровотечения, равно как и в послеродовой период. Некоторые авторы не исключают возможности вертикальной передачи возбудителя. Тяжелейшим осложнением гестации выступает также ante-, intra- и постнатальная гибель плода. Вероятность рождения здорового ребенка практически отсутствует, возможность выживания новорожденного очень невелика.

Диагностика

Анамнез. Распознавание гепатита Е возможно с учетом эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичных по гепатиту Е районах), анамнеза заболевания.

Лабораторная диагностика. Верификацию гепатита Е проводят путем обнаружения в крови анти-HEV IgM при ИФА. Эти АТ появляются в крови на 10-12-й день заболевания и циркулируют в течение 1 мес. В ранние сроки инфекции возможна детекция РНК HEV в крови и фекалиях с помощью ПЦР. Иногда выделение HEV проводят из фекалий и определяют его в биоптатах печени методом иммунофлюоресценции.

Лечение

Этиотропные (противовирусные) препараты отсутствуют. Терапия, как правило, патогенетическая, направленная на купирование интоксикации и (при фульминантных формах) на борьбу в режиме реанимации с острой печеночной и почечной недостаточностью, кровотечением, угрозой прерывания беременности.

Хирургическое лечение

Прерывание беременности любым способом при гепатите Е категорически противопоказано. Лишь в ранние сроки гестации возможно искусственное прерывание беременности, но только в период реконвалесценции.

Особенности лечения осложнений гестации

Основное место в терапии осложнений гестации принадлежит акушеру, который использует все необходимые исследования по прогнозированию беременности и улучшению состояния плода. Одновременно с ним должны работать инфекционист и реаниматолог, обеспечивающие дезинтоксикацию и терапию печеночной комы, почечной недостаточности.

Беременных с гепатитом Е следует госпитализировать в инфекционный стационар, где есть акушерское отделение (палаты), в обязательном порядке.

Выбор срока и метода родоразрешения

Необходимо обеспечить пребывание беременной, переносящей гепатит Е, в акушерском отделении (палате) инфекционного стационара с проведением всех мероприятий для пролонгирования беременности до срочных родов.

Гепатит В

Гепатит В – вирусная инфекция, протекающая с преимущественным поражением печени и полиморфизмом клинических проявлений от вирусоносительства и острого гепатита до прогрессирующих хронических форм и исходом в цирроз печени и гепатокарциному.

Эпидемиология

Гепатит В – острый антропоноз. Резервуаром возбудителя и источником инфекции выступают больные острой и хронической формой гепатита В, вирусоносители. Механизм заражения гемоконтактный, нетрансмиссивный. Различают естественные и искусственные пути инфицирования. Естественные пути - половой и вертикальный. К искусственным (артифициальным) путям передачи гепатита В относят переливание крови и ее

компонентов, диагностические и лечебные инвазивные манипуляции, выполненные инструментами, плохо простерилизованными, немедицинские парентеральные вмешательства - внутривенные введения наркотических средств и их суррогатов.

Классификация

Гепатит В имеет широкий спектр клинических проявлений. Различают: острый циклический гепатит В (субклиническая, или инаппарантная, безжелтушная, желтушная с преобладанием цитолиза или холестаза формы); острый ациклический прогрессирующий гепатит В (молниеносная, или фульминантная, злокачественная форма). По тяжести течения выделяют легкие, средней тяжести и тяжелые формы. У хронического гепатита В может быть две фазы - репликативная и интегративная с разной степенью морфологической и клинко-биохимической активности.

Клиническая картина

Самым частым среди многообразных манифестных форм гепатита В бывает острый циклический желтушный гепатит с циклическим синдромом. Инкубационный период при этой форме гепатита В колеблется от 50 до 180 дней и никаких клинических признаков не имеет. Продромальный период (преджелтушный) продолжается в среднем 4-10 дней. Симптоматика этого периода в основном такая же, как при гепатите А. Особенности - менее частая при гепатите В лихорадочная реакция, нередкое развитие артралгий (артралгический вариант продрома).

В конце продрома увеличивается печень и, реже, селезенка; темнеет моча, обесцвечивается кал, в моче появляются уробилирубин, иногда желчные пигменты, в крови определяют повышение HBSAg и активности АЛТ. Желтушный период длится, как правило, 2-6 нед. Протекает как при гепатите А, но интоксикация в большинстве случаев не только не исчезает или смягчается, но может и нарастать. Печень продолжает увеличиваться, поэтому сохраняются тяжесть и боли в правом подреберье. При наличии холестатического компонента может появиться зуд. Опасный симптом - сокращение размеров печени (до степени «пустого подреберья», что при сохранении желтухи и интоксикации свидетельствует о начинающейся острой печеночной недостаточности. Постепенное уплотнение печени, заострение ее края при продолжающейся желтухе могут быть указаниями на хронизацию гепатита В. Период реконвалесценции протекает по-разному: от 2 мес при гладком течении инфекции до 12 мес при развитии клинко-биохимических или биохимических рецидивов. Самым опасным осложнением тяжелых форм гепатита В как вне, так и во время беременности выступает острая печеночная

недостаточность, или печеночная энцефалопатия. Выделяется четыре стадии острой печеночной недостаточности: прекома I, прекома II, кома, глубокая кома с арефлексией. Их общая продолжительность колеблется от нескольких часов до нескольких дней.

Хронический гепатит у многих больных протекает малосимптомно; его нередко выявляют при обследовании по случаю «неясного диагноза» по результатам биохимического анализа (повышение активности АЛТ, протеинемия, маркеры HBV). При адекватном клиническом обследовании у таких больных можно определить гепатомегалию, плотную консистенцию печени, ее заостренный край. Иногда отмечают спленомегалию. При прогрессировании заболевания появляются внепеченочные знаки - телеангиэктазии, пальмарная эритема. Постепенно развивается геморрагический синдром (кровотечения в кожу, сначала в местах инъекций; кровоточивость десен, носовые и другие кровотечения). При включении аутоиммунных механизмов развиваются васкулиты, гломерулонефрит, полиартрит, анемия, эндокринные и другие расстройства. По мере развития хронического гепатита В появляются признаки формирования цирроза печени - портальная гипертензия, отечно-асцитический синдром, гиперспленизм.

Диагностика

Анамнез. Распознаванию гепатита В способствует правильно и тщательно собранный эпидемиологический анамнез, позволяющий отнести больного, в том числе беременную, к группе высокого риска заражения гепатитом В.

Физикальные исследования. Подтверждают наличие у больной гепатита появление желтухи, гепатомегалии, болезненность печени при пальпации, спленомегалия. При хроническом гепатите В диагностика опирается на определение гепатоспленомегалии, особенностей консистенции печени, состояния ее края, астеновегетативного синдрома, желтухи, телеангиэктазий, пальмарной эритемы, а в далеко зашедших стадиях - портальной гипертензии, отечно-асцитического синдрома, геморрагических проявлений.

Лабораторная диагностика. Характерна повышенная активность АЛТ, повышение концентрации конъюгированного билирубина, снижение содержания общего белка и альбумина, диспротеинемия, гипохолестеринемия, нарушения свертывающей системы крови.

Выделяют хронический гепатит В с высокой и низкой репликативной активностью, от чего зависит характер и темпы развития патологического процесса в печени. Длительная циркуляция HBeAg свидетельствует об активной репликации вируса. В этих

случаях в крови обнаруживают HBSAg, анти-HBC IgM, ДНК HBV (в ПЦР). Хронический репликативный тип гепатита В характеризуется достаточно часто либо неуклонным прогрессированием, либо чередованием клинико-биохимических обострений и ремиссий с умеренной или значительной активностью патологического процесса в печени.

Медикаментозное лечение

В последние годы для лечения больных гепатитом В широко применяют этиотропные противовирусные химиопрепараты и интерферон альфа, однако во время беременности они противопоказаны. В этих случаях доминирует патогенетическая терапия, направленная на снижение интоксикации, борьбу с геморрагическим и отечно-асцитическим синдромами.

Показания для госпитализации. Все беременные со всеми формами гепатита В, курс обследования и лечения проходят в инфекционном стационаре и в обязательном порядке.

Выбор срока и метода родоразрешения.

Искусственное прерывание беременности возможно (по желанию матери) только в период реконвалесценции острого гепатита В. Лучшая тактика – пролонгирование беременности до срочных родов через естественные родовые пути. То же относится и к хроническому гепатиту В.

Тактика ведения беременных с наличием высокого уровня ДНК ВГВ, не получавших до наступления беременности противовирусную терапию

Рекомендовано применение противовирусных препаратов для профилактики передачи ВГВ-инфекции от матери ребенку при уровне ДНК ВГВ $10^{6.7}$ МЕ/мл в III триместре беременности (А), особенно при наличии HBeAg-позитивного ХГВ, поскольку при таком сочетании существует 10% риск передачи инфекции новорожденному несмотря на введение специфического иммуноглобулина и вакцины.

Риск развития резистентности к противовирусной терапии наиболее высок при лечении ламивудином, существенно меньше – телбивудином и минимален при лечении тенофовиром. В связи с этим при планировании долгосрочной терапии препаратом предпочтения должен быть тенофовир, поскольку, кроме указанного преимущества, данный препарат обладает высокой противовирусной активностью и продемонстрирована безопасность его применения у беременных.

Лечение может быть прекращено на 4-й неделе послеродового периода или раньше при необходимости грудного вскармливания. Кроме того, необходим контроль активности сывороточных трансаминаз каждые 4-6 нед послеродового периода на протяжении как минимум 12 нед после окончания приема противовирусной терапии для исключения перехода заболевания в иммуноактивную фазу.

Тактика ведения женщин с инфекцией вирусом гепатита В, впервые установленной во время беременности

При обнаружении маркеров инфекции вирусом гепатита В, впервые выявленных во время беременности, необходимо провести максимально полное обследование для того, чтобы установить, есть ли показания для лечения беременной в связи с активностью гепатита В или проведение противовирусного лечения необходимо только для профилактики инфицирования новорожденного. Необходимо исключить острый гепатит В. Обследование должно включать определение анти-НВс_{ог} IgM, НВЕAg, анти- НВе, анти-НДV IgG и IgM в крови, уровня виремии ВГВ. Дополнительные тесты должны включать общий клинический и биохимический анализ крови. Даже незначительные указания на возможность цирроза печени требуют выполнения ультразвукового обследования органов брюшной полости. Необходимо установить целесообразность проведения ПВТ в данную фазу болезни и оценить вероятность долгосрочной терапии, что определит выбор противовирусного препарата.

Тактика ведения пациенток, у которых беременность наступила на фоне лечения хронического гепатита В противовирусными препаратами

Если на фоне противовирусной терапии ХГВ наступила незапланированная беременность, тактика лечения должна быть пересмотрена. Пациентки с наличием выраженного фиброза печени должны продолжать противовирусную терапию, но выбор используемых лекарственных средств должен определяться их безопасностью для плода. Лечение пегилированным интерфероном необходимо прекратить и назначить нуклеози(ти)дные аналоги. Препаратом выбора в данном случае является тенофовир. Если пациентка уже получала тенофовир, лечение может быть продолжено. Если пациентка получала ламивудин или телбивудин, лечение может быть продолжено тем же препаратом в том случае, если ДНК ВГВ в крови не определяется. Если репликация ВГВ подавлена не полностью, предпочтителен переход на лечение тенофовиром для предотвращения обострения гепатита во время беременности. Если пациентка получала энтекавир, целесообразно перейти на лечение тенофовиром.

При отсутствии выраженного фиброза печени лечение нуклеози(ти)дными аналогами может быть прервано на первые 2 триместра беременности, назначено далее по показаниям (при возврате виремии и ее высоком уровне) в III триместре беременности или прервано до того момента, пока женщина не закончит грудное вскармливание ребенка. Очень важно проводить исследование уровня активности АЛТ и уровня виремии на 1, 3 и 6 месяцев после прерывания противовирусной терапии, учитывая возможный риск обострения ХГВ, особенно после родов.

Противовирусная терапия хронического гепатита В и грудное вскармливание

Несмотря на то, что HBSAg был обнаружен в грудном молоке, грудное вскармливание не увеличивает риск передачи ВГВ-инфекции по сравнению с искусственным. Результаты исследований не продемонстрировали связи между естественным вскармливанием младенцев ВГВ-положительными матерями и развитием у них ХГВ. Таким образом, новорожденные, которым введен иммуноглобулин и проведен первый этап вакцинации от гепатита В, могут находиться на естественном вскармливании. В случае необходимости продолжения противовирусной терапии в послеродовом периоде грудное вскармливание не рекомендовано из-за отсутствия сведений по безопасности принимаемых препаратов на развитие новорожденного.

Гепатит D

Гепатит D самостоятельного значения не имеет: его возбудитель HDV не способен к репликации в отсутствие HBV, поскольку формирует свою оболочку из HBSAg. Существует исключительно как коинфекция или суперинфекция при гепатите В. Такого рода микст-инфекция (гепатит В + гепатит D) имеет склонность к тяжелому и хроническому течению.

Гепатит С

Гепатит С – вирусная антропонозная инфекция с преимущественным поражением печени, склонная к длительному хроническому малосимптомному течению, и исходом в цирроз печени и первичную гепатоцеллюлярную карциному.

Эпидемиология

Источник и резервуар гепатита С - больной острой или хронической инфекцией. Гепатит С, как и гепатит В, имеет гемоконтактный путь заражения, у них совпадают факторы передачи и группы высокого риска инфицирования. Вертикальная передача HCV

- явление редкое. Ведущая роль в группах риска принадлежит потребителям наркотиков (гепатит наркоманов).

Классификация

Выделяют острую и хроническую форму (фазу) гепатита С. Последнюю принято разделять на субклиническую и манифестную (фаза реактивации).

Клиническая картина

У большинства больных острый гепатит С протекает субклинически и, как правило, не распознается. При исследовании очага инфекции у больных без клинических проявлений определяют умеренное повышение активности АЛТ, АТ к возбудителю гепатита С (анти-НСV) и/или РНК-вируса в ПЦР. Манифестные формы протекают обычно легко, без желтухи. Продолжительность инкубационного периода в связи с этим определить очень трудно. Продромальный период сходен с аналогичным периодом гепатитов А и В, его продолжительность оценить затруднительно. В период разгара у некоторых больных появляется невыраженная быстро проходящая желтуха, возможна тяжесть в эпигастральной области, правом подреберье. Печень увеличена мало или умеренно.

Хронический гепатит С протекает почти всегда субклинически или малосимптомно, однако вирусемия при этом сохраняется, чаще с небольшой вирусной нагрузкой, но возможна и высокая репликативная активность возбудителя. В этих случаях вирусная нагрузка может быть большой. С течением заболевания отмечают периодическое волнообразное повышение активности АЛТ (в 3 раз превышая норму) при хорошем самочувствии больных. При этом в крови определяют анти-НСV. Возможно и выделение РНК НCV. Фаза реактивации гепатита С проявляется манифестацией симптоматики хронического заболевания с последующим исходом в цирроз печени и первичный гепатоцеллюлярный рак на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности, гепатомегалии, часто со спленомегалией. Одновременно ухудшаются биохимические признаки поражения печени (повышение АЛТ, ГГТ, диспротеинемия). Для хронического гепатита С характерны внепеченочные признаки (васкулиты, гломерулонефриты, криоглобулинемия, тиреоидит, нейромышечные нарушения, суставной синдром, апластическая анемия и другие аутоиммунные расстройства). Иногда именно эта симптоматика становится первым признаком хронического гепатита С, и больным впервые устанавливают правильный диагноз. Таким образом, при аутоиммунных симптомах необходимо обязательное обследование больных на гепатит С молекулярно-

биологическими и иммуносерологическими методами. Исходами хронического гепатита С бывает цирроз и рак печени с соответствующей симптоматикой. Важно, что риск рака печени при гепатите С в 3 раза выше, чем при гепатите В. Он развивается у 30-40% больных с циррозом печени.

Диагностика

Анамнез. Важен грамотно проведенный эпидемиологический анамнез, в ходе которого можно определить предрасположенность пациентки к группе высокого риска заражения гепатитом С (как при гепатите В).

Лабораторная диагностика. В крови определяют анти-HCV методом ИФА, проводят референс-тест. Наибольшую диагностическую ценность имеет обнаружение РНК HCV в крови или ткани печени методом ПЦР, поскольку свидетельствует не только об этиологическом диагнозе, но и о продолжающейся репликации вируса. Наличие анти-HCV имеет значение для верификации гепатита С, одновременное определение АТ к неструктурным белкам (особенно анти-HCV NS4) указывает на хронический гепатит С. Высокая вирусная нагрузка при количественном определении РНК HCV может коррелировать с высокой активностью патологического процесса и ускоренными темпами формирования цирроза печени.

При хроническом гепатите С важное место в диагностике и определении прогноза занимает прижизненная биопсия печени с оценкой активности патологического процесса (минимальная, низкая, умеренная, выраженная) и степени развития фиброза. Беременных женщин в обязательном порядке обследуют на гепатит С.

Лечение

При манифестных формах гепатита С (острого и хронического) терапию проводят, как при гепатите В, используя методы медикаментозной патогенетической и симптоматической терапии.

Медикаментозное лечение. Вне беременности основа терапии - противовирусные препараты интерферона альфа (с 6-месячным курсом при остром гепатите и 6-2-месячным курсом при хроническом).

Если через 3 мес от начала терапии интерфероном сохраняется циркуляция РНК HCV (или при рецидиве гепатита С после завершения курса интерфероном альфа), лечение больных дополняют рибавирином.

Во время беременности этиотропная противовирусная терапия гепатита С противопоказана, при необходимости проводят патогенетическое и симптоматическое лечение больных.

Показания для госпитализации

Во многих случаях хронического гепатита С возможно ведение беременных в амбулаторных условиях (при благоприятном течении инфекции и гестации). При острой фазе гепатита С у беременных необходима госпитализация в инфекционный стационар и обеспечение наблюдения акушера-гинеколога.

Показания для госпитализации

Все усилия акушеров должны быть направлены на то, чтобы роды у больных гепатитом С прошли в срок через естественные родовые пути.

Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство под редакцией Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, В.Н. Серова, В.Е.Радзинского. 2-е издание «ГЭОТАР-Медиа», 2019г.
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальные стратегии сектора здравоохранения в отношении соответственно ВИЧ, вирусного гепатита и инфекций, передающихся половым путем, на период 2022–2030 гг.
3. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, volume 256, p287-296, JANUARY 2021. «Viral Hepatitis in pregnancy» Victor N. Chilaka, Justin C. Konje.
4. JOURNAL OF VIRAL HEPATITIS. Volume 29, Issue 10, October 2022, pages 844-861. «Viral hepatitis in pregnancy» Mohamed Tarek M.Shata, Helal F. Hetta, Yeshika Sharma, Kenneth E. Sherman.