

О. С. Лобачевская, С. Н. Царева, Н. В. Царева

ВЛИЯНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Представлен краткий обзор литературы по изучению одной из актуальных проблем медицины – хронический вирусный гепатит (ХВГ) у женщин во время беременности. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 31 пациентки с парентеральными вирусными гепатитами, которые находились на стационарном лечении в УЗ «3-я городская клиническая больница г. Минска. Контрольную группу составили 32 пациентки с физиологически протекающей беременностью. Изучение влияния парантеральных вирусных гепатитов на беременность выявило основные осложнения: гестоз, угроза прерывания беременности и прежде-

□ Оригинальные научные публикации

временных родов, анемия беременных, обострение хронических заболеваний. Выбор метода родоразрешения при ХВГ зависит от акушерской ситуации и активности инфекционного процесса. Вирусные гепатиты оказывают неблагоприятное влияние на плод и новорожденного, проявляющееся в виде внутриутробной гипоксии, недоношенности, а также более низкой средней массы и оценки по шкале Апгар.

Ключевые слова: вирусный гепатит В, вирусный гепатит С, беременность, роды, новорожденный.

O. S. Lobachevskaya, S. N. Tsarova, N. V. Tsarova

THE EFFECT OF PARENTERAL VIRAL HEPATITIS ON PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES

A brief review of the literature on the study of one of the urgent problems of medicine – chronic viral hepatitis (CVH) in women during pregnancy. A retrospective analysis of case histories of 31 patients with parenteral viral hepatitis who were hospitalized at 3rd city clinical hospital of Minsk. The control group consisted of 32 patients with physiological pregnancy. The study of the effect of parenteral viral hepatitis pregnancy revealed major complications, preeclampsia, threatened abortion and premature labor, anemia during pregnancy, exacerbation of chronic diseases. The choice of method of delivery at the CVH depends on the situation and activity of obstetrical infection. Viral hepatitis have an adverse effect on the fetus and newborn, manifested in the form of fetal hypoxia, prematurity, as well as a lower average weight and Apgar scores.

Key words: hepatitis B, hepatitis C, pregnancy, childbirth, newborn.

Проблема изучения вирусных гепатитов определяется широким распространением этого заболевания среди населения на протяжении ряда последних лет. В мире около 1 миллиарда человек инфицировано парантеральными вирусными гепатитами. Ежегодно вновь инфицированными становятся около 50 млн человек. В структуре вирусных гепатитов (ВГ) гепатиты В и С занимают одно из ведущих мест, что определяется их значительной распространенностью и высоким процентом неблагоприятных исходов, в связи с частой хронизацией процесса и последующим исходом в цирроз и первичный рак печени [6]. В Беларуси ежегодно с различными формами вирусных гепатитов выявляется от 7 до 10 тысяч человек, около 70% из которых инфицированы вирусом гепатита С (ВГС). Предполагается, что ВГС в настоящее время инфицировано более 250 млн человек во всем мире, большинство из них имеют хроническую инфекцию [1]. Наиболее уязвимой группой населения остается молодое, трудоспособное население детородного возраста (21–39 лет). В этой возрастной группе показатель заболеваемости превышает в 1,5–2 раза уровень заболеваемости среди всего населения. [2]. Беременные женщины заболевают вирусным гепатитом в 5 раз чаще, чем небеременные, что объясняется высокой восприимчивостью организма беременных к вирусам инфекционного гепатита вследствие изменения функции печени и иммунодефицитом [4, 5, 10].

Заболеваемость хроническими гепатитами (ХВГ) составляет 60 на 100 тыс. населения. В основе классификации ХВГ лежит степень активности процесса, степень фиброзирования и серологические маркеры и показатели репликации вируса (табл. 1).

Степень активности устанавливается по результатам гистологического исследования ткани печени; ориентировочно – по степени активности АЛТ и АСТ. Степень фиброзирования устанавливается на основании морфологического исследования печени; ориентировочно – по данным УЗИ.

Таблица 1. Классификация хронических вирусных гепатитов (Лос-Анджелес, 1994 г. с учетом серологических маркеров)

Вид гепатита (по этиологии и патогенезу)	Серологические маркеры и показатели репликации вируса	Степень активности	Степень фиброзирования
Хронический вирусный гепатит В (ХВГВ)	HBsAg, anti-HBc, HBeAg, ДНК-HBV	Минимальная	0 – фиброз отсутствует 1 – слабо выраженный перипортальный фиброз
Хронический вирусный гепатит D (ХВГD)	HBsAg, anti-HDV, ДНК-HDV	Низкая	2 – умеренно выраженный фиброз с портально-портальными септами
Хронический вирусный гепатит С (ХВГС)	anti-HCV, РНК-HCV, HCVcorAg	Умеренная Выраженная	3 – выраженный фиброз с портально-центрными септами 4 – цирроз печени

У женщин фертильного возраста часто встречается бессимптомное носительство HBsAg [4]. Носительство ВГВ у беременных женщин приобретает особое медико-социальное значение в связи с большим количеством осложнений гестации и в родах. Чаще развиваются плацентарная недостаточность угроза выкидыша, преждевременные роды, преждевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения в родах. Повышается частота случаев гипотрофии плода, асфиксии, недоношенности, перинатальная смертность [3].

Самым тяжелым последствием наличия ВГ у матери является передача инфекции ребенку. Риск передачи

ВГВ от матери к ребенку очень высокий, до введения иммунизации составлял от 10 до 90%, в зависимости от уровня вирусной нагрузки [6, 8]. Риск передачи ВГС от матери к ребенку намного ниже и составляет около 3,5–7,5% [3]. Последствием перинатального инфицирования ВГВ и ВГС является формирование преимущественно первично-хронических форм вирусных гепатитов у детей. [7]. Инфицирование ребенка происходит главным образом во время родов, но может происходить и трансплацентарно, и постнатально. Основными механизмами инфицирования во время родов считают попадание крови матери на поверхностные садины, конъюнктивы плода и заглатывание плодом околоплодных вод [8].

Выбор способа родоразрешения у женщин – носительниц HBsAg остается спорным. Ряд авторов утверждают, что при кесаревом сечении риск передачи инфекции ниже, чем во время родов через естественные родовые пути, другие считают, что способ родоразрешения не влияет на риск вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку. Вероятность инфицирования ребенка гепатитом несколько ниже при плановом кесаревом сечении, чем при естественных родах [9, 10].

Целью исследования явилось изучить влияние парентеральных вирусных гепатитов на течение беременности, исход родов и здоровье новорожденного.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 31 пациентки (основная группа) в возрасте от 20 до 38 лет с парентеральными вирусными гепатитами, которые находились на стационарном лечении в УЗ «3-я городская клиническая больница» г. Минска в 2013–2014 гг. Диагноз «гепатит» у женщин представленной группы установлен и подтвержден за период с 1998 по 2013 гг. на основании анамнестических, эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Впервые выявлены в 2013 году 6 случаев, что составило 19,4%. Верификация вирусного гепатита осуществлялась путем обнаружения в сыворотке крови основных специфических маркеров вирусных гепатитов и антител к ним с использованием иммуноферментного анализа (ИФА) и методики полимеразной цепной реакции (ПЦР). Контрольную группу составили 32 пациентки с физиологически протекающей беременностью, рожавшие в 2013 году в УЗ «6-я ГКБ г. Минска». Акушерское обследование выполнялось с включением УЗИ и Доплерометрии. Возраст беременных колебался от 20 до 38 лет и составил в среднем 28,5+/-4,5 года. Первородными были 27 (42,9%) обследованных, повторно беременными и повторнородящими – 36 (57,1%).

Результаты и обсуждение

У 28 (90,3%) беременных выявлен HCV, из них у 23 (82%) – клинико-биохимически неактивный, у 5 (18%) – с минимальной клинико-биохимической активностью; у 3 (9,7%) пациенток – HBV. Цифры АЛТ и АСТ превышали норму в 1,5 раза, содержание билирубина было повышено за счет прямого билирубина, отмечалось повышение щелочной фосфатазы.

При анализе данных общего клинического обследования было выявлено, что для беременных женщин групп сравнения характерно наличие неблагоприятного фона в виде сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. У беременных женщин основной

группы ведущее место среди экстрагенитальной патологии имели заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатобиллиарной системы, ЛОР-органов, нарушения эндокринной системы, которые выявлялись чаще, чем у беременных в группе контроля. Следует отметить, что **22,6%** женщин I группы имели в анамнезе хроническую **никотиновую** интоксикацию, **9,7%** – хроническую **наркотическую** интоксикацию. Заболеваемость по органам мочевыделительной системы в обеих группах существенно не различалась. В группе контроля в 2 раза чаще встречалась миопия сл. и ср. степеней.

При анализе имеющейся сопутствующей гинекологической патологии выявлено, что у пациенток с ХВГ наиболее часто встречались кольпит – в 51,6%; эрозия шейки матки – 22,6%; бесплодие – 12,9%; ИЦН – 6,5%. В контрольной группе кольпит имел место у 15,6%, эрозия шейки матки – 9,4%, ИЦН – 1,2%. Следует отметить, что 74,2% беременных основной группы имели ОАГА, во II группе этот показатель был значительно ниже – 15,6%.

Беременность у пациенток I группы протекала с осложнениями в виде: анемии беременных – 45,2%; гестоза – 32,3%; ИППП – 16,1%; угрозы прерывания беременности в 1 и 2 триместрах – 12,9%; угрозы преждевременных родов – 9,7%; обострения герпес-вирусной инфекции – 9,7%; гестационного пиелонефрита – 6,5%, многоводия (6,5%), синдрома задержки развития плода (СЗРП) (3,2%) и фето-плацентарной недостаточности (ФПН) I–II степени (9,7%), подтвержденной Доплерометрией. В контрольной группе частота этих осложнений была в 2 раза меньше. Дополнительно при проведении УЗИ у пациенток с ХВГ выявлено преждевременное старение плаценты, нарушение МППК, предлежание плаценты (по 3,2%). Аномалии развития и прикрепления плаценты в группе контроля не встречались. Осложнения беременности представлены в табл. 2.

Таблица 2. Основные осложнения беременности

Осложнения n/%	Основная группа ХВГ (n = 31), %	Контроль (n = 32), %
Анемия	14/45,2	6/18,8
Гестоз	10/32,3	3/9,4
Невынашивание беременности	6/19,3	4/12,5
Герпес-вирусная инфекция	3/9,7	–
ИППП	5/16,1	3,13
Многоводие	2/6,5	1/3,1
СЗРП	1/3,2	–
Гестационный пиелонефрит	2/6,5	1/3,1
ХФПН, ХВГП	5/16,1	3/9,4

Большинство беременных в исследуемой группе (25, или 80,6%) родоразрешены в сроки 37–40 недель, 6 (19,4%) – в сроки до 37 недель. Из них 20 (64,5%) – через естественные родовые пути, 11 (35,5%) – путем операции кесарева сечения, что было обусловлено сочетанной акушерской патологией и активностью инфекционного процесса. В контрольной группе своевременные роды составили 96,9%, преждевременные – 3,1%. Все женщины родоразрешены через естественные родовые пути. При анализе клинического течения родового акта у беременных с ВГ выявлены следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод – 25,8%; аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость) – 16,1%; острая гипоксия плода – 3,2%, угроза

Оригинальные научные публикации

Таблица 3. Основные осложнения родового акта и послеродового периода

Осложнения п/%	Основная группа ХВГ (n = 31), %	Контроль (n = 32), %
Несвоевременное излитие вод	8/25,0	4/12,5
Аномалии родовой деятельности	5/16,1	4/12,5
Острая гипоксия плода	1/3,2	–
Задержка последа	3/9,7	1/3,2
Угроза разрыва промежности	4/12,9	6/18,5
Разрыв шейки матки	1/3,2	1/3,2
Гипотоническое кровотечение	1/3,2	–

разрыва промежности – 12,9%; задержка последа – 9,7%; разрыв шейки матки – 3,2%. В группе контроля данные осложнения встречались в 1,5–2 раза реже (табл. 3).

В наших наблюдениях от исследуемых женщин обеих групп родились 63 ребёнка. Большинство детей (56 из 63; 89%) родились в срок 37–42 недель. Уровень недоношенности среди детей от матерей с вирусными гепатитами был выше, чем среди детей в контрольной группе. Так, среди новорожденных от матерей с ХВГ 19,4% детей родились недоношенными (срок беременности соответствовал 22–36 неделям), в контрольной группе – в одном случае ребёнок родился недоношенным (3,1%). Оценка по шкале Апгар у 22 (73%) новорожденных основной группы 8/9 баллов, у 9 (27%) – 8/8 баллов, в контрольной группе соответственно 27 (84,4%) 8/9 баллов, у 5 (16%) – 8/8 баллов. Результаты исследования позволили установить, что в I группе в 16,1% были рождены дети с массой 2500–3000 грамм, во II группе – 12,5%. Средняя масса новорожденных основной группы составила 3115 + 210 грамм, рост – 50,5 ± 4,3 см. Эти значения ниже соответствующих показателей в группе контроля, где средний вес новорожденных составил 3345 + 320 грамм, рост – 51,4 ± 1,85 см.

Таким образом, вирусные гепатиты у беременных чаще протекают в хронической форме и в большинстве случаев процесс является клинико-биохимически неактивным. В структуре ХВГ преобладал хронический вирусный гепатит С.

При анализе особенностей течения беременности у пациенток выявлено неблагоприятное влияние хронических вирусных гепатитов на этот процесс. Ведущее значение имели такие осложнения беременности, как гестоз, угроза прерывания беременности и преждевременных родов, анемия беременных, обострение хронических заболеваний.

У беременных с ХВГ имеется так же и повышенная вероятность возникновения осложнений в родах. При

этом к основным видам осложнений течения родов следует относить несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, патологию прикрепления и отделения плаценты.

Наличие вирусных гепатитов у беременных влияет на метод родоразрешения. В нашем исследовании в 35,5% случаях показанием к кесаревому сечению послужили сочетанная акушерская патология и активность инфекционного процесса.

Вирусные гепатиты оказывают неблагоприятное влияние на плод и новорожденного, проявляющееся в виде внутриутробной гипоксии, недоношенности, а также более низкой средней массы и оценки по шкале Апгар.

Пациентки с вирусными гепатитами относятся к группе высокого риска по перинатальной и материнской смертности. С этих позиций важно принимать во внимание такие аспекты, как планирование беременности, комплексное обследование женщин при наличии факторов риска, ранняя терапия инфекционного процесса, а также своевременное прогнозирование возможных осложнений течения беременности и исхода родов.

Литература

1. Апросина, З. Г. Последние достижения в изучении вирусных гепатитов: от молекулярной биологии к лечению вирусного гепатита В //Гастроэнтерология. – 1996. – 4 (3). – С. 12 - 24
2. Белозеров, Е. С., Иоанниди Е. А. Вирусный гепатит. – М., Элиста: АПП «Джангар», 2004. – 160 с.
3. Казанцев, А. П., Зубик Т. М. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. – ООО «МИА», 1999. – 482 с.
4. Кузьмин, В. Н., Муха А. Н., Сербян А. Г. Тактика ведения беременности у женщин-носительниц HVB. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2002. – Т. XII. – С. 8–14.
5. Сидоренко, В. Н., Шостак В. А., Яговдик-Тележная Е. Н., Лобачевская О. С., Лукашик С. Патология печени у беременных: Учебно-метод. пособие. – Минск: БГМУ, 2011. – 108 с.
6. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Медицина, 2005. – С. 268–272.
7. Akhter, S., Talukder M. Q., Bhuiyan N., Chowdhury T. A., Begum S. Hepatitis B virus infection in pregnant mothers and its transmission to infants. Indian. J. Pediatr. 1992; 59: 411–5.
8. Lee, A. K., Ip H. M. H., Wong V. C. W. Mechanisms of maternal-fetal transmission of hepatitis B virus. J. Inf Dis. – 1978; 138:668–71.
9. Lee, S. D., Lo K. J., Tsai Y. T., Wu J. C., Wu T. C., Yang Z. L., Ng H. T. Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. Lancet 1988; 2(8615): 833–4.
10. Wang, J., Zhu Q., Zhang X. Effect of delivery mode on maternal-infant transmission of hepatitis B virus by immunoprophylaxis. Chinese Medical Journal. 2002; 115: 27–32.

Поступила 11.12.2015 г.