

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Т.В. Зновец¹, Е.И. Барановская², С.В. Жаворонок²

¹3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова;

²Белорусский государственный медицинский университет

Вирусный гепатит С (HCV-инфекция) представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения в связи с частотой распространения, ростом заболеваемости, высоким риском трансформации в цирроз печени и развития гепатоцеллюлярной карциномы [1]. По данным ВОЗ, в мире около 3% населения инфицированы вирусом гепатита С, что в 5–6 раз больше, чем живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). ВОЗ прогнозирует дальнейший рост глобального распространения HCV-инфекции и числа неблагоприятных исходов ХГС в XXI в. [2]. Рост заболеваемости гепатитом С неизбежно приводит ко все большему вовлечению в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста, в т. ч. беременных.

Цель работы — оценка состояния репродуктивной функции и изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с хроническим вирусным гепатитом С.

Материал и методы. Проведено обследование 26 беременных, больных хроническим вирусным гепатитом С, на базе УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска. Для достижения цели исследования использован комплексный подход, основанный на оценке анамнестических данных и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 30,12±4,41 года. Высшее образование имели 38,5% обследованных, среднее специальное — 42,3%, среднее — 19,2%; 15,4% женщин временно не работали или не имели определенной занятости, 3,8% — выполняли работу, не соответствующую полученному образованию. В первом браке состояли и проживали с семьей 69,23% обследованных, 19,23% — в повторном браке, 11,54% — были не замужем.

Среди обследованных возраст менархе составил 13±1,3 года. Регулярные менструации установились сразу у 73,1% пациенток. Отклонения в становлении менструального цикла были зарегистрированы у 15,38%; из них регулярные менструации установились в течение 2–3 лет у 11,53% и в течение 4 лет — у 3,85%. Продолжительность менструального цикла составила 29,15±1,99 дня, продолжительность — 5,05±0,41 дня. Умеренные менструальные выделения отмечали 70% женщин, скудные — 6%, обильные — у 24% женщин. Дисменорея выявлена у 46% обследованных. Средний возраст начала половой жизни составлял 17±1,9 года. Методами физиологической контрацепции пользовались 11,54% обследованных, барьерными — 50% женщин, гормональной — 15,38%, внутриматочной — 3,85% женщин, 19,23% женщин систематически не предохранялись.

Первобеременными были 5 (19,23%) женщин, срочные роды в анамнезе имели 16 (61,54%) пациенток, из них одни роды зарегистрированы у 13 (50%) обследованных и двое родов — у 3 (11,54%); 30,78% женщин в анамнезе отмечают медицинские аборт, 3,84% — самопроизвольные выкидыши, 7,69% — неразвивающуюся беременность. Более 2 искусственных прерываний беременности зарегистрировано у 23% пациенток. Гинекологическая патология была выявлена у 38,46% обследованных: псевдоэрозия шейки матки зарегистрирована у 26,92% обследованных, кондиломатоз промежности — у 3,85%, рубцовая деформация шейки матки — у 3,85%, уреа- и микоплазмоз — у 3,85%. В анамнезе 15,38% женщин имели диатермокоагуляцию шейки матки по поводу эрозии шейки матки, 7,69% отмечают нарушение менструального цикла, 3,85% — острый бартолинит, 3,85% — эндометриозные кисты и 3,85% — дисплазию шейки матки I степени. Инфекции, передающиеся половым путем, в анамнезе отмечают 13 (50%) пациенток: трихомоноз — 1 (3,85%) женщина, сифилис — 2 (7,69%), хламидиоз — 2 (7,69%), уреаплазмоз — 5 (19,23%), микоплазмоз — 2 (7,69%), гарднереллез — 1 (3,85%); 2 (7,69%) пациентки с ХГС имели ВИЧ-инфекцию (I и III стадии), 1 (3,85%) — хронический вирусный гепатит В. Женщины с хроническим вирусным гепатитом страдали бесплодием до наступления настоящей беременности в 19,23% случаев.

Анализ вероятных путей заражения обследованных женщин показал, что у большинства беременных с ХВГС источник заражения так и остался неизвестным (73%). Обращает на себя внимание тот факт, что многие пациентки не имели в анамнезе существенных парентеральных вмешательств, которые могли бы привести к заражению ВГС. Употребление наркотиков признавало лишь 7,69% обследованных. Половой путь заражения ВГС удалось проследить у 7,69% пациенток. Переливание препаратов крови в анамнезе зарегистрировано у 7,69% обследованных. Одна пациентка связывала заболевание с профессиональными контактами (работала медсестрой). У большинства пациенток (73%) партнеры были анти-HCV-отрицательными, у 19,23% женщин статус по ВГС был неизвестен, и только у 7,69% партнер страдал ХГС. Оценить сроки заражения ВГС представлялось

затруднительным, т. к. у подавляющего большинства пациенток острая форма заболевания протекала стерто. У 38,46% женщин антитела к ВГС были выявлены впервые при постановке на учет и подтверждались в дальнейших исследованиях, у 19,23% пациенток диагноз ХГС был поставлен при предыдущих беременностях. Комбинированную противовирусную терапию до наступления настоящей беременности получали 11,54% женщин.

Курение до беременности отметили 8 (30,77%) женщин, во время беременности — 1 (3,85%), до беременности злоупотребляла алкоголем 1 (3,85%) пациентка и 2 употребляли наркотики 2 (7,69%).

Экстрагенитальная патология была выявлена у 84,6% пациенток. Среди экстрагенитальных заболеваний первое место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы — 46,15% (артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь), второе место — патология желудочно-кишечного тракта (30,77%, среди них были отмечены хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), третье место — эндокринная патология (15,38%, аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб, гипоплазия щитовидной железы). Хронический тонзиллит выявлен у 11,53% обследованных, хронический бронхит — у 3,85%, хронический пиелонефрит — у 3,85%.

На диспансерный учет в связи с беременностью в сроке до 12 недель взяты 25 женщин (96,15%).

При анализе течения беременности в I триместре наиболее часто встречалась угроза прерывания беременности (19,23%). Во II триместре зарегистрировано 19,23% случаев угрозы прерывания беременности, у 3,85% пациенток — угрожающие преждевременные роды в сочетании с истмико-цервикальной недостаточностью. В III триместре гестоз встречался у 34,61% пациенток, угрожающие преждевременные роды — у 15,38%, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода — у 7,69%, многоводие — у 11,54%, маловодие — у 3,85%. С одинаковой частотой (3,85%) в III триместре наблюдались гестационный сахарный диабет, гиперкоагуляционный синдром и обострение хронического пиелонефрита. Анемия легкой степени во время беременности зарегистрирована у 19,23% пациенток (среднее значение гемоглобина составило $101,67 \pm 5,58$ г/л), средней степени — у 3,85%; 61,53% пациенток за время беременности госпитализировались в акушерский стационар, причем 2 и более раз — 23,07% беременных. Среди основных показателей для госпитализации были угроза прерывания беременности, гестоз, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, многоводие, обострение хронического пиелонефрита. Беременные с ХГС отличались высокой частотой неспецифического вагинита (46,15%) на протяжении всего срока гестации.

Беременность завершилась своевременными родами у 88,46% женщин, преждевременными — у 3,85%, запоздалыми — у 7,69%. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 15,38% случаев. Родоразрешены через естественные родовые пути 66,67% пациенток, в 28,57% случаев произведено плановое кесарево сечение. Одни роды закончились вакуум-экстракцией плода по поводу начавшейся острой гипоксии плода в родах. Плановое кесарево сечение в 50% случаев было выполнено по поводу оперированной матки и неготовности родовых путей, в 33,33% — у женщин с ВИЧ-инфекцией и ХГС для снижения риска инфицирования плода, в 16,66% — по поводу хронической гипоксии плода, не поддающейся медикаментозной коррекции.

У 28,57% рожениц роды протекали без травм мягких тканей родовых путей. Разрыв промежности в родах произошел у 28,57% женщин, вульвы — у 21,43%, влагалища — у 14,28%, шейки матки — у 21,43%. Средняя длительность безводного промежутка при естественных родах составила 165 ± 47 мин. Послеродовый период протекал с клиникой эндометрита у 14,28% пациенток.

Масса новорожденных варьировала от 2000 до 2499 г у 5,55%, от 2500 до 2999 г — у 11,11%, от 3000 до 3499 г — у 22,22%, от 3500 до 3999 г — у 38,9% и более 4000 г — у 22,22% пациенток. Длина тела при рождении составила $53,3 \pm 1,7$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й мин составила 6 баллов у 7,69% детей и 8 баллов у 92,31%, на 5-й мин — 8 баллов у 11,53% и 9 баллов у 88,47% детей. Основными осложнениями раннего неонатального периода у новорожденных являлась перинатальная гипоксия — 11,53% случаев, незрелость — 7,69%, неонатальная желтуха — 7,69%. У 1 ребенка выявлена внутриутробная пневмония. Выписаны домой в удовлетворительном состоянии 84,62% детей, переведены на второй этап выхаживания — 15,38%.

Выводы:

1. Беременные с вирусным гепатитом С в половине случаев отметили сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем, в т. ч. трихомониаз, сифилис, хламидиоз, микоплазмоз, ВИЧ-инфекцию, хронический вирусный гепатит В, что относится к факторам инфекционного перинатального риска.

2. Опрос беременных и анализ доступной нам медицинской документации не позволил установить механизм инфицирования пациенток вирусом гепатита С: до настоящей беременности половина пациенток (50%) применяли методы контрацепции, не предотвращающие половой путь инфицирования, а 19,23% женщин имели незащищенные половые контакты. При этом значимая доля пациенток (73%) утверждала, что их партнеры анти-НСV-отрицательные, 19,23% беременных не имели информации о НCV-статусе партнера и лишь 2 пациентки указали, что партнер болен хроническим гепатитом С. Предположить парентеральный механизм инфицирования ВГС возможно лишь у 2 пациенток наркопотребителей, а гемотрансфузии в анамнезе отметила незначительная доля пациенток (7,69%).

3. О продолжительности заболевания можно судить лишь у 19,23% пациенток, у которых диагноз ХГС был поставлен при предыдущих беременностях, однако комбинированную противовирусную терапию до наступления настоящей беременности получали 11,54% женщин.

4. Полученные нами данные о том, что у 38,46% женщин ВГС диагностирован впервые при взятии на диспансерный учет в связи с беременностью, свидетельствуют, с одной стороны, о не планируемой настоящей беременности и об отсутствии прегравидарной подготовки, с другой стороны, об отсутствии лечения вирусного гепатита С. Поскольку интерферонотерапия в течение беременности не проводится, следовательно, управлять течением болезни, снижать вирусную нагрузку, проводить антенатальную защиту плода не представляется возможным.

5. В половине случаев плановое кесарево сечение выполнено с целью перинатальной охраны плода для предотвращения риска интранатального инфицирования ВГС и в связи с хронической гипоксией плода, не поддающейся лечению. Настоящая беременность завершилась преждевременными родами у 3,85%, однако, дети имели низкую к сроку гестации массу тела (2000–2499 г — 5,55%, 2500–2999 г — 11,11%) и 15,38% не были выписаны домой и продолжили лечение на втором этапе выхаживания новорожденных.

6. Исследование является начальным, будет продолжено с целью выявления особенностей диспансерного ведения и лечения женщин репродуктивного возраста, в т. ч. беременных, болеющих вирусным гепатитом С, с целью оптимизации перинатальной защиты плода и улучшения перинатальных исходов.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

T.V. Znovets, E.I. Baranovskaya, S.V. Zhavoronok

The work is devoted to studying the state of the reproductive functions and peculiarities of pregnancy and childbirth in women with chronic hepatitis C. The conducted research convincingly proves that the course of pregnancy in women with chronic virus hepatitis has often become complicated by threat of miscarriage, preeclampsia, placental insufficiency, fetal growth retardation syndrome, polyhydramnios. Viral hepatitis C has an adverse effect on the fetus and newborn, which manifests itself in the form of intrauterine hypoxia, prematurity.

Литература

1. Шахгильдян, И.В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, Г.Г. Онищенко. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — 384 с.
2. Lavanchy, D. The global burden of hepatitis C / D. Lavanchy // Liver Int. — 2009. — Vol. 29, suppl. 1. — P. 74–81.
3. Мукомолов, С.Л. Вирусный гепатит С. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Л. Мукомолов. — СПб., 2010. — 35 с.
4. Гурская, Т.Ю. Беременность и хронический HCV-гепатит: вопросы патогенеза, клиники, диагностики, состояния фетоплацентарной системы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.Ю. Гурская. — М., 2006. — 48 с.