

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕПАТИТЕ С**

**Семенюк А.К., Ржеусская Л.Д.**

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

Инфицированность населения вирусом гепатита С (НСV), выделенным в 1989 г. высокая и в настоящее время отмечается дальнейший рост заболеваемости. Вирус гепатита С представляет серьезную угрозу здоровью людей из-за высокой вероятности возникновения хронического гепатита С, цирроза печени, при этом большинство случаев гепатоцеллюлярной карциномы связано именно с этим вирусом.

Вирусом гепатита С (НСV) инфицировано около 500 млн. населения мира (1). В Европе частота носительства НСV в популяции составляет 0,4—2,6 на 1000 человек, а среди беременных 1-2%. Источниками инфекции являются больные хронической и острой формой гепатита С, а также латентные носители НСV. Пути передачи – парентеральный и вертикальный от матери к плоду. Факторами риска НСV-инфицирования среди беременных женщин являются: применение внутривенных препаратов и наркотиков в анамнезе; переливание крови в анамнезе; наличие полового партнера, употребляющего наркотики; ЗППП в анамнезе; татуировки и пирсинг; диализ; антитела к гепатиту В или ВИЧ; наличие нескольких половых партнеров; выявление НСV у матерей беременных женщин (3).

Очень немного известно о влиянии HCV-инфекции на течение беременности. У большинства женщин инфекция течет бессимптомно и примерно у 10% отмечается повышение трансаминаз. По некоторым данным, HCV-инфекция не коррелирует с повышенной частотой неблагоприятных осложнений и исходов беременности и родов (6).

Хотя возможна вертикальная передача вируса плоду, гепатит С не является противопоказанием к беременности. Риск внутриутробного заражения гепатитом С не зависит от времени заражения матери и составляет приблизительно 6%. Но решающим является то, что вертикальная передача инфекции у новорожденного наблюдается при высокой степени репликации вируса в организме матери (виремия >10<sup>6</sup> вирионов в 1 мл). Возможна антенатальная и интранатальная передача вируса. Последние исследования показали, что внутриутробному инфицированию подвержены только те плоды, у матерей которых наблюдается HCV-инфицированность лимфоцитов. Вирус не обладает тератогенным эффектом, новорожденные могут стать вирусоносителями (2).

Заболевание обычно протекает в легкой или средней степени тяжести, при этом отмечается: тошнота, рвота, гепатоспленомегалия, желтуха, боль в правом подреберье.

При наличии маркеров гепатита С беременные женщины должны наблюдаться у гепатолога. После дополнительного обследования, при отсутствии признаков активации инфекции, гепатолог дает заключение о возможности родоразрешения в обычном родильном доме. При беременности вирусный гепатит С особого влияния на течение гестационного процесса не оказывает.

Вакцины от гепатита С на сегодняшний день не существует в связи с быстрой мутагенностью вируса и недостаточными знаниями о взаимодействии HCV и иммунной системы.

Метод лечения острого вирусного гепатита у беременных - применение виферона, учитывая высокий риск хронизации. Действия акушера в острой стадии вирусного гепатита С у беременной направлены на предупреждение прерывания беременности.

В последние годы все большее внимание уделяется внутриутробному инфицированию как фактору риска развития ФПН. Внутриутробная инфекция сопровождается повреждением плацентарных мембран с отложением в тканях иммунных комплексов, что ведет к дезинтеграции ее структурных элементов, нарушению течения окислительно-восстановительных процессов и формированию фетоплацентарной недостаточности.

Нет единого мнения о безопасном способе родоразрешения беременных с HCV-инфекцией. Некоторые специалисты считают, что кесарево сечение снижает риск инфицирования плода (5), тогда как другие отрицают это (4, 6). Преждевременный разрыв плодного пузыря и длительный безводный промежуток увеличивает риск интранатального инфицирования, поэтому он должен быть сокращен.

Роды в острой стадии вирусного гепатита С в любом сроке беременности ведутся как преждевременные, при этом проводится профилактика и лечение послеродовых осложнений. Перинатальная смертность при остром гепатите С высокая.

Вирус гепатита С обнаруживается в грудном молоке, и поэтому вопрос о безопасности грудного вскармливания не решен до сих пор. Концентрация вируса в молоке зависит от уровня вирусной репликации в крови, поэтому грудное вскармливание может быть сохранено в случаях с отсутствием виремии (2). Концентрация вируса в грудном молоке мала, при этом он способен разрушаться в пищеварительном тракте плода, в связи с этим грудное вскармливание не должно быть противопоказано при наличии HCV-инфекции, за исключением женщин с первичным инфицированием HCV на поздних сроках беременности (4.). Однако существует мнение, что само по себе выявление HCV в грудном молоке свидетельствует о высоком уровне виремии, поэтому может быть причиной инфицирования новорожденных (7, 8).

Для своевременной диагностики заболевания детей из группы риска рекомендуется исследовать пуповинную кровь на наличие маркеров гепатита С при рождении и в 3-х - 6-ти месячном возрасте, хотя даже при установленном диагнозе и возрасте ребенка до 2 лет не показана никакая противовирусная терапия. В связи с возможной длительной циркуляцией материнских антител и поздним их появлением у инфицированного ребенка обследование на а-HCV ранее 12-ти месяцев проводить нецелесообразно (1).

Все дети, рожденные от анти-HCV-положительных матерей, будут также анти-HCV-положительны в течение первых 12 месяцев жизни вследствие трансплацентарного переноса материнских IgG, но если антитела сохраняются более 18 месяцев после рождения, то это указывает на инфицированность ребенка гепатитом С.

## Литература

1. Безнощенко Г.Б., Сафонов А.Д., Яркое А.Н. Желтухи у беременных. М., Медицинская книга. Н.Новгород: Изд-во НГМД., 2004-74 с.
2. Внутриутробные инфекции: Учебное пособие /И.С.Сидорова, И.О.Макаров, Н.А.Матвиенко. – М.: ООО. Медицинское информационное агентство, 2006 – 176 с.
3. Колгушина Н.В., Макацария Л.Д. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей. Триада-Х, Москва, 2004, 144 с.
4. Dinsmoor MJ. Hepatitis C in pregnancy. *Curr Womens Health Rep* 2001; 1(1 ):27—30.
5. Foster GR. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of HCV. *BJOG* 2003; 110(1):91.
6. Hupertz VF, Wyllie R. Perinatal hepatitis C infection. *Pediatr Inf Dis J* 2003; 4(22).
7. Paternoster DM, Santarossa C, Stella A, et al. Pregnancy in women infected with hepatitis C virus. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 2000; 71(suppl 1):553-557.
8. Paternoster DM, et al. Viral load HCV RNA-positive pregnant women. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:2751—2754.