

Шоонаева Н.Д.

С ВИРУСТУК ГЕПАТИТИНИН ӨТҮШКӨН ООРУСУНДА  
КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЖҮРҮШҮ

Шоонаева Н.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ  
ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Shoonaeva N.D.

THE PECULIARITIES OF PREGNANCY COURSE WITH  
ACUTE VIRAL HEPATITIS C

УДК:616.2-002.363

*С вирустукгепатитинин өтүшкөн оорусу менен ооруган 29 кош бойлуу аялдын үч айлыктардагы кош бойлуулуктун мүнөзүн изилдешкен. С вирустук гепатити жана кош бойлуулук эки тараптуу оордотуучу таасир этери белгиленген. Бул кош бойлуулуктун экинчи үч айлыгында – бойдон түшүү коркунучу жана жатын ичиндеги өсүүнүн кечендеши (1,5 жана 5,4 эсеге көп кездешет), үчүнчү үч айлыкта – түйүлдүктүн жатын ичиндеги гипотрофиясы 9,1 эсеге, маалына жетпей түрүү – 4,5 эсеге, кош бойлуулуктун гипертензивдик бузулулары – 3,0 эсеге, фето-плацентардык жетишсиздик – 2,7 эсеге көп кездешкендиги менен түшүндүрүлөт.*

**Негизги сөздөр:** С вирустук гепатитинин өтүшкөн оорусу, кош бойлуулук, жүрүүсү, кабылдоолор.

*Изучали характер течения беременности по триместрам у 29 женщин с ОВГС, установлено, что вирусный гепатит С и беременность оказывают взаимно-отягощающее влияние, проявлениями чего являются: во II триместре – угроза невынашивания и ЗВУР плода (в 1,5 и 5,4 раза чаще, чем в контроле); в III триместре – внутриутробная гипотрофия плода встречалась в 9,1, угроза преждевременных родов – в 4,5, гипертензивные нарушения беременности – в 3,0, ФПН – в 2,7 раза чаще, чем в группе контроля.*

**Ключевые слова:** острый вирусный гепатит С, беременность, течение, осложнения.

*The character of pregnancy course was studied according with trimester of 29 women with acute viral hepatitis C, was established, that the acute viral hepatitis C and pregnancy have mutually aggravating influence, the manifestation of which are: on II trimester - risk of miscarriage and intrauterine growth retardation (in 1, 5 and 5, 4 times more often then in control); on III trimester- intrauterine fetal malnutrition occurred in 9, 1 times, threat of premature birth- in 4, 5 times, hypertensive disorders of pregnancy in 3,0 times, fetoplacental insufficiency- in 2, 7 times more often then in group of control.*

**Key words:** acute viral hepatitis C, pregnancy, course, complications.

**Введение**

В последние годы на фоне общего снижения уровня жизни населения отмечается рост числа инфекционных заболеваний, в том числе и вирусных гепатитов, которые представляют угрозу не только для будущей матери, инфицированной этими вирусами, но и для ребенка. В некоторых регионах

мира вирусным гепатитом С поражено до 5-10% взрослого населения (в африканских странах до 20%) (Беляева Н.М., 2002; Jaiswal S.etal., 2001).

В основном, этот вирус переносится при контакте с кровью, при сексуальных контактах гепатит С передается очень редко. Риск инфекции в этих случаях составляет лишь 5% для носителей вируса (Майер К.П., 2000).

Сложность решения проблемы вирусных гепатитов и планируемой беременности состоит в том, что нельзя однозначно определить риск рождения больного ребенка. Трудно достоверно предсказать течение гепатита и беременности, существуют только косвенные факторы, которые могут свидетельствовать о большем или меньшем риске (Рахманова А. Г. и соавт., 2002; Goldberg D. et al., 2001).

Значительная распространенность вируса гепатита С и В среди беременных побудила нас к проведению углубленного обследования этой категории больных. **Целью** нашего исследования явилось изучение характера течения беременности у лиц, с острой формой HCV-инфекции.

**Материал и методы**

На базе Республиканского родильного дома г. Бишкек изучали характер течения беременности у 29 женщин, которым был поставлен диагноз острый вирусный гепатит С (ОВГС) - основная группа. Группой контроля явились 59 здоровых беременных женщин. Средний возраст обследованных составил соответственно 22,2±1,8 года и 22,5±1,3 года в основной и контрольной группах.

Непосредственное наблюдение за пациентками включало сбор анамнестических и эпидемиологических данных, клиническое обследование и проведение общепринятых в гепатологической практике биохимических исследований крови.

**Результаты исследования и их обсуждение**

ОВГС у беременных характеризовался, в основном, наличием умеренно выраженной интоксикации, длительно сохраняющейся ферментемией при наличии значительных изменений коллоидных проб печени.

При наличии маркеров ГС изменения структуры и размеров внутренних органов при УЗИ встречаются чаще по сравнению с группой контроля, причем проявляются преимущественно патологией печени.

В группе женщин с ОВГС выявлены признаки полиорганной патологии, чего не установлено в контроле. Патологические изменения выявлялись: в печени в 100% случаев, желчном пузыре - 71%, селезенке - 42%, в поджелудочной железе - 71%, в почках - 57% случаев.

VI триместре беременности острый ВГС был диагностирован у 5 женщин (17,2%), среди них прерывание беременности произошло в 1 случае (самопроизвольный выкидыш).

Во II триместре беременности острый ВГС диагностирован у 11 (37,9%) беременных, из них 8 случаев закончились срочными родами, у 3 - преждевременными родами при сроках гестации 34-35 и 35-36 недель.

В III триместре были выявлены 13 (44,8%) инфицированных беременных, среди них срочными родами закончились 9 случаев и 4 закончились преждевременными родами.

Осложнениями в I триместре беременности явились угроза прерывания беременности и ранний токсикоз.

Анализ течения беременности во II триместре показал, что частота встречаемости анемии беременных практически не отличалась от контроля, выявляясь в 3-х случаях (27,3%) в группе с ОВГС и 19 (27,1%) – в группе контроля (табл. 1). Угроза прерывания беременности отмечена в 27,3% случаев, задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) составила 18,2% случаев. Гипертензивные нарушения беременности и фетоплацентарная недостаточность выявлены в 9,1% случаев (табл. 1).

Таблица 1. - Осложнения беременности во II триместре

Осложнения	Контроль (n=59)		Основная группа (n=11)	
	Абс.	%	Абс.	%
Угроза прерывания беременности	13	18,6	3	27,3
Анемия I,II степени	19	27,1	3	27,3
Гипертензивные нарушения беременности	5	6,8	1	9,1
ФПН	4	5,1	1	9,1
ЗВУР	1	1,7	1	9,1

В III триместре беременных с острым вирусным гепатитом С наиболее частыми осложнениями явились: угроза преждевременных родов – 46,2% (в 4,5 раза больше, чем в контроле), гипертензивные нарушения беременности, внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода и ЗВУР – по 15,4%, что в 3,0, 4,5 и по 9,1 раза превышало показатели группы контроля (табл. 2). Фетоплацентарная недостаточность выявлена в 3 (23,1%) случаях (в 2,7 раза чаще, чем в

контроле).

Таблица 2. - Осложнения беременности в III триместре

Осложнения	Контроль (n=59)		Основная группа (n=13)	
	Абс.	%	Абс.	%
Угроза преждевременных родов	6	10,2	6	46,2
Гипертензивные нарушения беременности	3	5,1	2	15,4
ФПН	5	8,5	3	23,1
Анемия I, II степени	17	28,8	3	23,1
Внутриутробная гипоксия плода	2	3,4	2	15,4
Внутриутробная гипотрофия плода	1	1,7	2	15,4
ЗВУР	1	1,7	1	7,2
Многоводие	2	3,4	1	7,2
Маловодие	2	3,4	1	7,2
Преждевременное излитие вод	2	3,4	2	15,4

Таким образом установлено, что вирусный гепатит С и беременность оказывают взаимно-отягчающее влияние. Проявлениями этого влияния являются: высокий процент недонашиваемости, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши. У беременных с выявленными маркерами ВГС, во II триместре такие осложнения беременности, как угроза невынашивания, задержка внутриутробного развития плода встречались в 1,5 и 5,4 раза чаще, чем в контроле. В III триместре внутриутробная гипотрофия плода встречалась в 9,1, угроза преждевременных родов – в 4,5, гипертензивные нарушения беременности – в 3,0, ФПН – в 2,7 раза чаще, чем в группе контроля.

На основании полученных данных можно заключить, что частота циркуляции вируса гепатита С достаточно велика, причем можно выдвинуть предположение о том, что репликация вируса зависит от гормонального фона беременной женщины (Ющук Н.Д., Кузьмин В.Н., 2000; Khuroo M. S., Kamili S., 2003). Так, у беременных, обследованных в I триместре беременности, в период активной перестройки гормонального фона, но имеющие еще достаточно напряженные еще иммунологические показатели, антитела к вирусу ГС определялись сравнительно редко. Наблюдается, по-видимому, угнетение репликации вируса, а, следовательно, уровень антител к HCV в сыворотке крови будет ниже чувствительности используемого метода (Alric L.etal., 2002). Поэтому однократное исследование на ранних сроках беременности не отражает фактического уровня инфицированности данной категории обследованных. Подтверждением высказанного предположения могут служить данные обследования пациенток в III триместре беременности, у которых частота обнаружения антител к HCV была в 2,6 раза выше.

Таким образом, для определения инфициро-

ванности беременных вирусом гепатита С необходимо проводить повторное исследование сыворотки крови на маркеры HCV, в том числе и непосредственно перед родами. Адресные программы скрининга должны проводиться как минимум среди беременных женщин, а со временем - распространиться на более широкие слои населения.

**Список литературы**

1. Беляева Н.М. Вирусные гепатиты прошлое и будущее. // Русский медицинский журнал. -2002.- т. 4.- №2.- С.39-41.
2. Майер К. П. Естественное течение и диагностика вирусного гепатита С. // РЖ гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. -№4. С. 21-23.
3. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Пригожина В.К. и соавт. Стратегия и тактика диагностики и лечения вирусных гепатитов.// РЖ гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-2002.-Т.ХII.- №2.-С.30-33.
4. Юшук Н.Д., Кузьмин В.Н. Вирусный гепатит С и беременность. // Терапевтический архив. -2000. - №10.- С. 46-49.
5. Alric L., Costedoat N., Piette J.C. Hepatitis C and pregnancy// Rev. Med. Interne -2002. Vol.23, N3.- P.283-291
6. Goldberg D., McIntyre P.G., Smith R. et al. Hepatitis C virus among high and low risk pregnant women in Dundee: unlinked anonymous testing. // BJOG.2001.-Vol. 108, №4.- P. 365-370.
7. Jaiswal S., Jain A., Naik G. et al. Viral hepatitis in pregnancy // Int. J. Gynaecol. Obstet. -2001. -Vol. 72, № 2. -P.103-108.
8. Khuroo M. S., Kamili S. Aetiology, clinical course and outcome of sporadic acute viral hepatitis in pregnancy. //Viral Hepat. - 2003;10(1):61-9.

**Рецензент: д.м.н. Рыскельдиева В.Т.**