



ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

И.А. ЗАЙЦЕВ

д. мед. н., профессор кафедры терапии, инфекционных болезней и дерматовенерологии последипломного образования Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца
ORCID: 0000-0003-1943-3511

Контакты:

Зайцев Игорь Анатольевич
НМУ им. А.А. Богомольца, кафедра терапии, инфекционных болезней и дерматовенерологии последипломного образования 01601, Киев, бул. Т. Шевченко, 13
e-mail: igor.zaytsev@nmu.ua

В Украине в 2015 г. родилось 411,8 тыс. детей [1]. С учетом известной распространенности вирусных гепатитов среди беременных (1,1% инфицированы вирусом гепатита В (HBV) и 3,1% – вирусом гепатита С (HCV)) [2], теоретически вирусами гепатита В и С могли быть инфицированы 17 295 новорожденных. При этом вероятность развития хронических форм инфекции при перинатальном инфицировании превышает 90%. Последние, как известно, могут прогрессировать в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному – состояния, потенциально ограничивающие продолжительность жизни. Все это в совокупности с неблагоприятной демографической ситуацией в Украине делает проблему вирусных гепатитов у женщин репродуктивного возраста чрезвычайно актуальной.

Скрининг беременных на гепатит В, точнее, на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg), был обязателен в течение свыше 30 лет, и более или менее точными данными о распространенности гепатита В мы были обязаны именно систематическому скринингу беременных. Скрининг беременных на гепатит С в Украине является рекомендованным, а его стоимость пациентам не возмещается. Поэтому он проводится нерегулярно, и о распространенности маркеров гепатита С мы знаем только из небольших популяционных исследований. Тем не менее, когда скрининг выполняется, в том числе и за собственные средства пациента, он должен быть проведен правильно (табл. 1).

маркеры гепатита и ВИЧ. Выявлен HBsAg. Пациентке было рекомендовано пройти повторное обследование и обратиться к инфекционисту. При повторных исследованиях 13 и 15 марта 2017 г. HBsAg не обнаружен. Печеночные пробы были в норме. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гемангиома печени.

Приведенный пример демонстрирует необходимость придерживаться рекомендованной стратегии скрининга, не ограничиваясь исследованием лишь одного HBsAg. Вероятнее всего, положительные результаты обследования от 02.02.17 являются лабораторной ошибкой. Однако с учетом того, что пациентка обследовалась повторно спустя 1,5 месяца, исключить наличие острого гепатита В при первом обследовании сложно, поскольку за это время она могла и выздороветь. Ретроспективно разрешить вопрос представлялось единственно возможным способом – обследовав пациентку на наличие антител к сердцевинному антигену вируса. Результат оказался негативным, что однозначно свидетельствует о лабораторной ошибке. В то же время, если бы пациентка была обследована на оба маркера сразу, как это предписывается методикой скрининга на гепатит В, подобной проблемы не возникло бы.

Оптимально, когда обследования в отношении различных заболеваний, в том числе инфекционных, оказывающих неблагоприятное влияние на течение беременности и развитие плода, проводятся до беременности, на этапе ее планирования. И хотя это случается намного реже, чем нам хотелось бы, обсудить тактику врача при выявлении у женщины или ее полового партнера вирусного гепатита, безусловно, стоит. Хорошим примером может быть нижеприведенная история пациентки П.

У пациентки П., 1977 г.р., хронический вирусный гепатит С, генотип 1в, с минимальной активностью и фиброзом (A0-1F0-1 по шкале METAVIR согласно FibroTest). Перенесенный в прошлом острый гепатит В (со слов пациентки, ранее обнаруживали антитела к HBc-Ag). О гепатите С знает с 2002 г. Не лечилась. ПерIODически проходит обследование, которое

Таблица 1. Маркеры для скрининга на гепатит В и С

Гепатит	Скрининговые маркеры	Код СИНЗВО
В	• HBsAg • anti-HBc суммарные (IgM+IgG) или IgG	• 1035 • 2010
С	• anti-HCV суммарные (IgM+IgG) или IgG • РНК HCV ПЦР	• 2013 • 3003

Приводим клинический пример.

Пациентка К., 1985 г.р., встала на учет в женской консультации 02.02.2017. Срок беременности определен в 12 недель. Была обследована на



подтверждает непрогрессирующий характер заболевания. Имеет двух здоровых детей 8 и 10 лет. Причиной визита к инфекционисту было решение вопроса о возможных рисках инфицирования ребенка во время третьей беременности и способах предотвращения передачи гепатита внутри семьи.

Настоящий пример является прекрасной иллюстрацией теоретических данных о низкой вероятности перинатального инфицирования вирусным гепатитом С. С большой долей уверенности можно было бы утверждать, что и третья беременность завершилась бы рождением здорового ребенка. Однако минимальный совокупный риск все же существует, составляя менее 5% для внутриутробного интранатального инфицирования и при грудном вскармливании. Ранее эта цифра считалась настолько малой, что наличие гепатита С не следовало принимать во внимание при выборе способа родоразрешения (естественные роды или кесарево сечение) или решении вопроса о возможности грудного вскармливания. С другой стороны, решение о невмешательстве отчасти было продиктовано еще и отсутствием эффективных средств профилактики, таких как вакцинация или эффективная терапия, способная привести к излечению и таким образом нивелировать пусть и минимальные риски инфицирования.

В 2014 г. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (Food and Drug Administration, FDA) США зарегистрировало препарат Софосбувир для лечения вирусного гепатита С. В том же году была зарегистрирована и первая схема лечения заболевания без интерферона. В начале 2015 г. стали доступны другие препараты, большинство из которых применяется в настоящее время, позволяя излечить хронический вирусный гепатит С примерно у 95% пациентов. Таким образом, появление противовирусных препаратов прямого действия внесло существенные коррективы в алгоритм действий врача в случае выявления у планирующей беременность женщины или ее полового партнера маркеров гепатита С (рис. 1).

Поэтому единственно верной рекомендацией пациентке П. было бы предложение пройти курс противовирусной терапии, а затем планировать беременность. Задержка в этом случае составляла бы около 6 месяцев (лечение гепатита С продолжается 12 недель, еще 12 – оценка его результатов).

Напротив, препараты, которые были бы в состоянии элиминировать хроническую HBV-инфекцию, пока не созданы. Поэтому при выявлении этой инфекции было бы правильно сначала планировать беременность и роды,

и только потом – лечение пациентки. Однако принятие решения подобного рода не избавляет врача от необходимости оценить риски влияния беременности на течение гепатита и гепатита – на беременность, включая инфицирование ребенка.

Вероятнее всего, беременность не окажет никакого влияния на течение гепатита в его начальных стадиях. В то же время у больных с ЦП беременность может вести к развитию тяжелых осложнений.

Вместе с тем беременность у больных ЦП маловероятна. По некоторым данным, она оценивается как 45 случаев на 100 000 женщин репродуктивного возраста [3]. Главной причиной этого являются метаболические и гормональные нарушения, которые ведут к ановуляции и аменорее. Вторая причина заключается в том, что ЦП, как правило, развивается в старшем возрасте, когда репродуктивная функция и без того угасает.

В случае же наступления беременности у больных ЦП резко возрастает риск кровотечения из вен пищевода, который оценивается в 18–23%. Если диагноз портальной гипертензии был установлен до беременности, риск кровотечения составляет 50%, а если имело место варикозное расширение вен пищевода – 78%. Летальный исход от кровотечения оценивается в 18–50% [3].

У беременных с ЦП также существует риск развития аневризмы селезеночной артерии и ее разрыва. Он невелик – всего 2,6%, однако летальность при этом составляет 70–80%. В 75% случаев разрыв селезеночной артерии происходит в 3-м триместре беременности. Послеродовые маточные кровотечения встречаются у 7–10% больных ЦП [3].

Также достаточно часто развивается печеночная недостаточность – практически у каждой четвертой беременной пациентки с ЦП. Напротив, асцит является относительно редкой находкой, что связывают с повышением внутрибрюшного давления из-за беременности. Одним из проявлений



Рисунок 1. Алгоритм действий при выявлении у женщины, планирующей беременность, маркеров вирусного гепатита

Добавляет
ценность диагнозуСИНЭВО
медицинская лабораторияЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ

печеночной недостаточности может быть энцефалопатия. Обычно она провоцируется артериальной гипертензией, гипоксией, приемом медикаментов (анальгетиков и седативных средств), гипогликемией, а иногда и обычным запором. Если у больной с ЦП развивается желудочно-кишечное кровотечение или какие-либо инфекционные осложнения, энцефалопатия также присутствует [3].

за, т. е. чем ближе гепатит к ЦП, тем выше риски взаимногоотягчающего влияния гепатита и беременности. Поэтому правильно прогнозировать риски не по факту наличия у беременной хронического гепатита или ЦП, а по выраженности фиброза. Последний может быть легко оценен при помощи неинвазивных методов (FibroScan, FibroTest, сдвиговолновая УЗИ-эластометрия) (рис. 2).

уровень трансаминаз, коинфекция ВИЧ увеличивают риск инфицирования, как и некоторые виды акушерского вмешательства (амниоцентез, инвазивный мониторинг плода, разрывы слизистой влагалища и/или промежности). Есть мнение, что плод женского пола более подвержен риску инфицирования [8], а также возрастает риск инфицирования при наличии инфекции у отца [9].

Наличие более высокого риска инфицирования при гепатите В полностью нивелируется вакцинацией (предотвращает интранатальное и постнатальное инфицирование) и профилактической противовирусной терапией (препятствует внутриутробному инфицированию), которая по показаниям может проводиться с конца 2-го триместра беременности.

Поскольку при гепатите В инфицирование происходит преимущественно в родах, одновременное использование вакцины и иммуноглобулина (так называемая симультантная вакцинация) эффективно предупреждает его более чем в 90% случаев. К сожалению, в Украине иммуноглобулин не производится и не зарегистрирован. В связи с этим может быть использована альтернативная ускоренная схема вакцинации (0–1–2–12 мес.) вместо стандартной (0–1–6 мес.).

Вместе с тем у 3–10% новорожденных вакцинация не предупреждает развитие гепатита В, поскольку инфицирование происходит внутриутробно. Это обычно бывает в случае высокой вирусной нагрузки у HBeAg-положительной матери. В исследовании E. Wiseman и соавт. [10] внутриутробное инфицирование развивалось исключительно у женщин, которые были HBeAg-положительными и имели вирусную нагрузку, превышающую 8 log копий/мл (рис. 3).

Как европейское, так и американское руководства по лечению гепатита В рекомендуют в этом случае

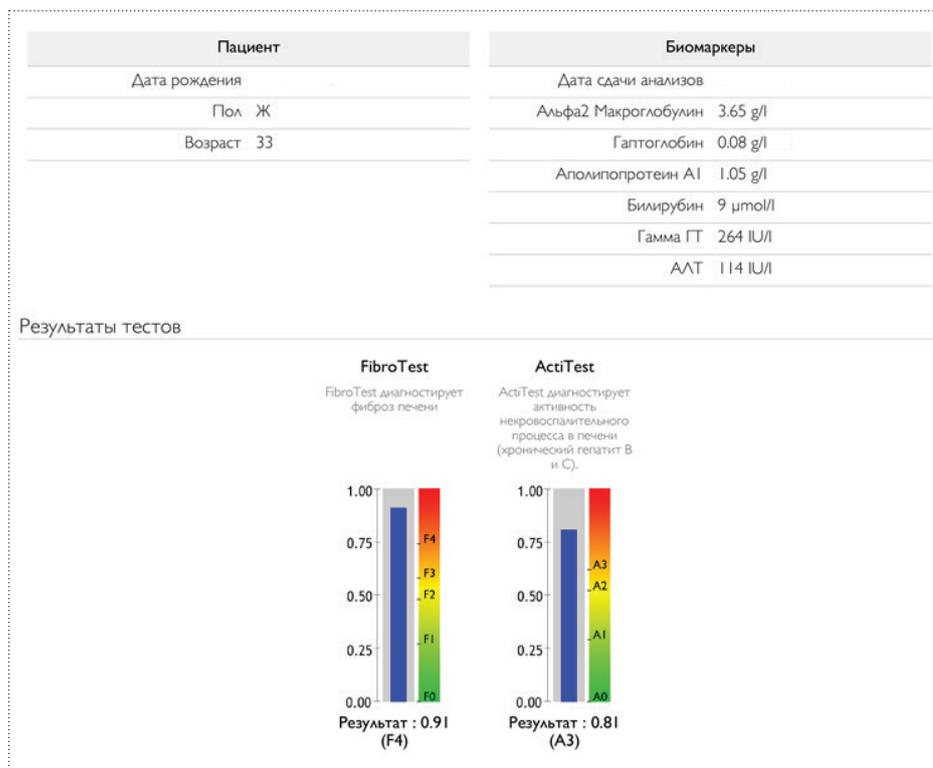


Рисунок 2. Результаты тестов пациентки М., 33 лет, страдающей хроническим вирусным гепатитом С

Результат FibroTest свидетельствует о наличии у пациентки ЦП (F4 по шкале METAVIR) с высокой активностью процесса (A3 по шкале METAVIR).

В свою очередь, ЦП примерно в 2 раза увеличивает вероятность абортa и преждевременных родов (30–40% против 15–20% и 25% против 12,8% соответственно). Перинатальная смертность в группе больных ЦП превосходит популяционную в 16 раз (18% против 1,08%).

У больных хроническим гепатитом риск осложнений беременности существенно ниже, чем у больных ЦП. Однако было бы неправильно считать, что у всех пациенток с хроническим гепатитом он одинаков: чем больше выраженность фибро-

Оценка влияния гепатита на беременность диктует необходимость определения риска инфицирования плода. В целом при гепатите В он существенно выше, особенно в родах и при грудном вскармливании, и может достигать 90% (табл. 2).

Высокая вирусная нагрузка, наличие HBeAg (при гепатите В), повышенный

Таблица 2. Риск перинатального инфицирования при гепатите В и С

	HBV	HCV
Внутриутробно	Низкий (1–3%) [4]	Очень низкий (<1%) [5]
В родах	Очень высокий (10–90%) [6]	Низкий (<3–5%) [5]
При грудном вскармливании	Высокий (50%) [5]	Низкий (<0–1%) [7]

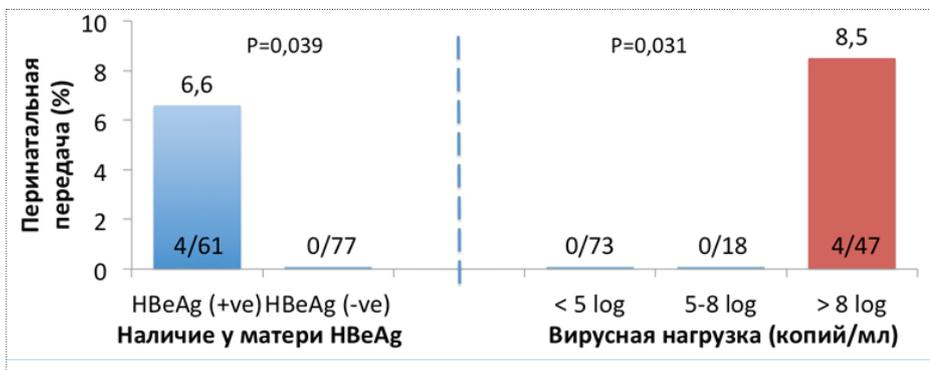


Рисунок 3. Риск передачи HBV-инфекции в зависимости от репликативной активности и наличия HBeAg у матери

Все новорожденные получили HBIG + первую дозу HBV-вакцины в первые 12 часов после рождения и дополнительные дозы вакцины через 2, 4 и 6 мес.

профилактическое назначение противовирусной терапии, которая возможна уже с конца 2-го триместра беременности. Из используемых ныне препаратов с этой целью могут применяться тенофовир, ламивудин и телбивудин (TBV) в обычных для лечения гепатита В дозировках. В исследовании G.R. Nap и соавторов [11] назначение TBV в дозе 600 мг/день 135 женщинам с высокой (более 107 копий/мл) вирусной нагрузкой в совокупности с симультантной вакцинацией новорожденных предупреждало внутриутробное инфицирование, в то время как у 8 из 88 новорожденных, получивших только симультантную вакцинацию, чьи матери отказались от медикаментозной профилактики внутриутробного инфицирования, был выявлен HBsAg (рис. 4).

Хотя при гепатите С риск перинатального инфицирования намного меньше и, скорее всего, не превышает

5%, его никак нельзя предупредить. Многочисленными исследованиями было продемонстрировано, что в отличие от коинфицированных ВИЧ больных гепатитом С, кесарево сечение не снижает вероятность его вертикальной передачи [12, 13]. Нет достаточных доказательств того, что кесарево сечение предупреждает трансмиссию и гепатита В, если другие виды профилактических мероприятий проводятся своевременно и в полном объеме [14].

Таким образом, если женщина только планирует беременность, оптимальным способом профилактики вертикальной передачи гепатита С является его лечение до наступления беременности, а гепатита В – симультантная вакцинация в первые сутки жизни новорожденного и медикаментозная профилактика внутриутробного инфицирования у матерей с высокой вирусной нагрузкой с конца 2-го – начала 3-го триместра беременности.

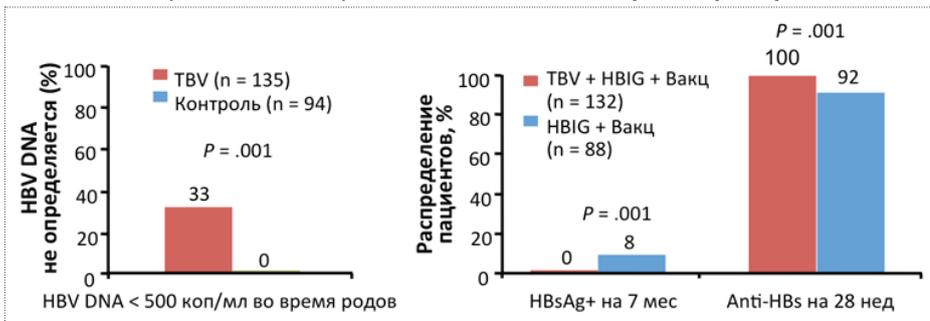


Рисунок 4. Профилактика внутриутробного инфицирования HBV телбивудином

HBsAg (+ve) беременные с HBV DNA > 107 копий/мл получали TBV в дозе 600 мг/день, начиная с 20–32 недели беременности, или были включены в контрольную группу. Без рандомизации, не лечиться – персональное решение пациенток.

Следует считать, что здоровье ребенка определяется здоровьем матери. Поэтому в семьях, где отец ребенка инфицирован гепатитом В или С, должны быть предприняты меры, направленные на предупреждение инфицирования будущей матери. В случае гепатита В у мужа это должна быть плановая вакцинация женщины по схеме 0–1–6 мес. В случае гепатита С риск инфицирования супругов при половых контактах минимален и, скорее всего, не превышает 5%. Раньше этим можно было пренебречь. Однако в настоящее время следует предлагать лечение гепатита С, которое почти в 95% случаев приводит к элиминации инфекции и таким образом нивелирует даже минимальные риски инфицирования. Правда, в этом случае, так же, как и при вакцинации женщины, беременность должна быть отложена на 6 месяцев (3 месяца продолжается лечение гепатита С и в течение 3 месяцев оцениваются его результаты).

Похожей тактики следует придерживаться и при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО). Если женщина здорова, а муж болен гепатитом В, ее следует привить и планировать беременность после завершения полного курса вакцинации [15]. Это позволит предупредить инфицирование матери, а от нее – ребенка. Однако вакцинация никак не влияет на шансы успешного ЭКО: известно, что у мужчин, больных HBV-инфекцией, снижается подвижность сперматозоидов. Пары, где мужчина инфицирован, имеют меньшую частоту фертилизации после ЭКО. Однако этот риск не связан с подвижностью сперматозоидов [16]. Имеется анекдотическое сообщение, где показано, что у 190 HBV-инфицированных женщин, у которых впервые проводилась ЭКО, частота как беременностей (родов), так и имплантаций, была выше по сравнению с неинфицированным контролем (53,3% против 24,2% и 43,3% против 18,4% соответственно) [17]. Однако надо полагать, что наличие гепатита



у женщины, так же, как и у мужчины, все-таки снижает шансы на успешное ЭКО. Так, N.F. Hanafi и соавторы показали намного более частое отсутствие ответа на стимуляцию у женщин, больных гепатитом С, по сравнению с серонегативными или анти-HCV позитивными, но HCV ПЦР-негативными пациентками ($p = 0,0001$) [18]. Частота беременности была значительно ниже среди HCV ПЦР-позитивных пациенток по сравнению с остальными группами (5, 3 и 48%). Возможно, это было связано с выявленной авторами обратной связью между числом ооцитов и вирусной нагрузкой (0,419; $p = 0,007$). Эти данные говорят в пользу необходимости предшествующего ЭКО лечению гепатита С независимо от того, кто инфицирован в супружеской паре – мужчина или женщина.

И хотя в эксперименте показан мутагенный эффект HCV на хромосомы сперматозоидов с риском генетических изменений и/или хромосомных aberrаций вследствие способности гена С HCV проникать через мембрану сперматозоида и интегрироваться в геном, возможность инфицирования ребенка от больного гепатитом С отца при здоровой матери показана не была [19, 20]. В случае если мужчина по каким-либо причинам отказывается от лечения гепатита С до проведения

ЭКО, следует прибегнуть к отмыванию спермы или ее интрацитоплазматической инъекции [21]. Последний метод значительно снижает риски передачи инфекции от HCV-позитивного мужчины в случае серонегативного статуса женщины [22].

На основании вышеприведенных данных оптимальная тактика подготовки к ЭКО в случае наличия гепатита у одного из супругов должна выглядеть, как представлено на рисунке 5.

Таким образом, при гепатите С как у мужчины, так и у женщины должна предлагаться противовирусная терапия в расчете на то, что лечение увеличит шансы на успешное ЭКО и полностью предотвратит риск вертикальной трансмиссии гепати-

та в случае инфекции у женщины. При гепатите В у мужчины женщина должна быть вакцинирована до начала процедуры ЭКО. Если инфицирована женщина, мужчина также должен быть вакцинирован до начала ЭКО. Поскольку пока не существует лечения, которое приводило бы к гарантированной эрадикации HBV-инфекции, в отношении потомства инфицированной гепатитом В женщины должны быть предприняты меры, предупреждающие или снижающие риск инфицирования: превентивная противовирусная терапия в случае высокой вирусной нагрузки во время беременности и симультантная вакцинация новорожденного.

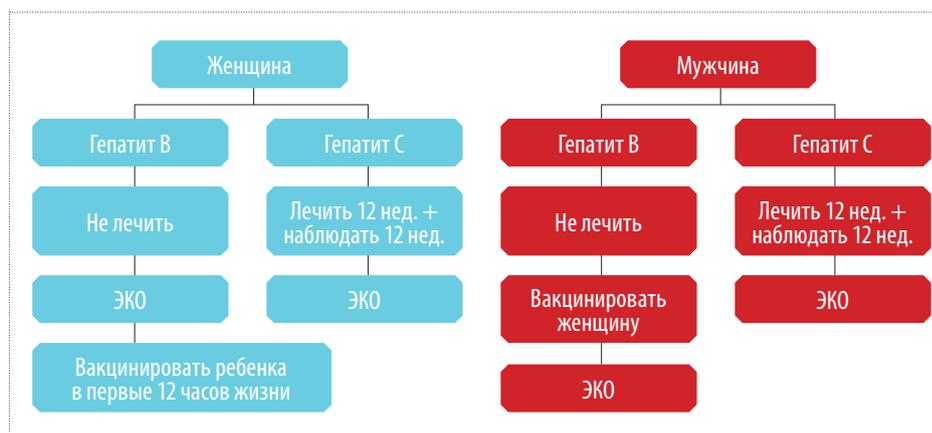


Рисунок 5. Оптимальная тактика подготовки к ЭКО при наличии вирусного гепатита у одного из супругов

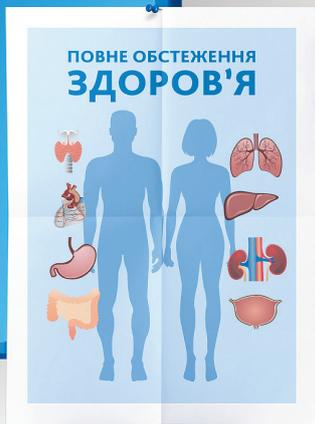
ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Державна служба статистики України. Оперативні дані щодо кількості населення. The State Statistics Service of Ukraine. Operational data on population. Available from: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html], last accessed Sep 6, 2017.
2. Гураль, А.Л. Эпидемиологические аспекты проблемы гепатитов В и С в Украине / А.Л. Гураль, В.Ф. Мариевский, Т.А. Сергеева // В кн.: «Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика», Київ, 2000. – Вип. 9, книга 4. – С. 56–60. Gural, A.L., Marievskiy, V.F., Sergeeva, T.A. "Epidemiological aspects of hepatitis B and C problem in Ukraine." In book: Collection of scientific papers of the employees of the P.L. Shupik NMAPE. Issue 9, book 4. Kyiv (2000): 56–60.
3. Tan, J., Surti, B., Saab, S. "Pregnancy and cirrhosis." *Liver Transplant* 14 (2008): 1081–91.
4. Tang, J.R., Hsu, H.Y., Lin, H.H., et al. "Hepatitis B surface antigenemia at birth: a long-term follow-up study." *J Pediatr* 133.3 (1998): 374–7.
5. Tosone, G., Maraolo, A.E., Mascolo, S., et al. "Vertical hepatitis C virus transmission: Main questions and answers." *World J Hepatol* 6.8 (2014): 538–48.
6. Dunkelberg, J.C., Berkley, E.M.F., Thiel, K.W., Leslie, K.K. "Hepatitis B and C in Pregnancy: A Review and Recommendations for Care." *J Perinatol* 34.12 (2014): 882–91.
7. ACOG Committee Opinion. "Breastfeeding and the risk of hepatitis C virus transmission." *Int J Gynaecol Obstet* 66.3 (1999): 307–8.
8. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. "A significant sex – but not elective cesarean section – effect on mother-to child transmission of hepatitis C virus infection." *J Infect Dis* 193 (2005): 1872–9.
9. Valladares, G., Chacaltana, A., Sjogren, M.H. "The management of HCV-infected pregnant women." *Ann Hepatol* 9 (2010): 92–7.
10. Wiseman, E., Fraser, M.A., Holden, S., et al. "Perinatal transmission of hepatitis B virus: an Australian experience." *Med J Aust* 190.9 (2009): 489–92.
11. Han, G.R., Cao, M.K., Zhao, W., et al. "A prospective and open-label study for the efficacy and safety of telbivudine in pregnancy for the prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus infection." *J Hepatol* 55 (2011): 1215–21.
12. Ghamar Chehreh, M.E., Tabatabaei, S.V., Khazanehdari, S., Alavian, S.M. "Effect of cesarean section on the risk of perinatal transmission of hepatitis C virus from HCV-RNA+/HIVmothers: a meta-analysis." *Arch Gynecol Obstet* 283 (2011): 255–60.
13. Centers for Disease Control and Prevention. "Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease." *Morbidity And Mortality Weekly Report* 47.RR19 (1998): 1–39.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. "ACOG educational bulletin. Viral hepatitis in pregnancy. Number 248, July 1998 (replaces No. 174, November 1992)." *Int J Gynaecol Obstet* 63.2 (1998): 195–202.
15. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.



СПІВПРАЦЯ З «СІНЕВО» — СУЦІЛЬНИЙ ПЛЮС ДЛЯ ЛІКАРЯ

Повний спектр
досліджень
на кращому
світовому
обладнанні



Міжнародний контроль
якості досліджень
і довіра понад 20 тисяч
лікарів в Україні



72 медичні
лабораторії
у 16 країнах Європи



Інформаційна підтримка
та зручні онлайн-сервіси
для лікарів і пацієнтів

0 800 50 70 30 безкоштовно
з усіх номерів

044 20 500 20

www.synevo.ua

 [synevolab](https://www.facebook.com/synevolab)

"Recommendations for reducing the risk of viral transmission during fertility treatment with the use of autologous gametes: a committee opinion." *Fertil Steril* 99.2 (2013): 340–6.

16. Oger, P., Yazbeck, C., Gervais, A., et al.

"Adverse effects of hepatitis B virus on sperm motility and fertilization ability during IVF." *Reprod Biomed Online* 23.2 (2011): 207–12.

17. Lam, P.M., Suen, S.H., Lao, T.T., et al.

"Hepatitis B infection and outcomes of in vitro fertilization and embryo transfer treatment." *Fertil Steril* 93.2 (2010): 480–5.

18. Hanafi, N.F., Abo Ali, A.H., Abo el kheir, H.F.

"ICSI outcome in women who have positive PCR result for hepatitis C virus." *Hum Reprod* 26.1 (2011): 143–7.

19. Zhu, Y., Ma, M., Huang, J., et al.

"Effects of Hepatitis C Virus Infection on Human Sperm Chromosomes." *Clin Lab* 62.3 (2016): 373–9.

20. Ma, M., Zhu, Y., Wang, D., et al.

"Research on the Vertical Transmission of Hepatitis C Gene from Father-to-child via Human Sperm." *Clin Lab* 62.1–2 (2016): 1–6.

21. Garrido, N., Gil-Salom, M., Martínez-Jabaloyas, J.M., Meseguer, M.

"First report of the absence of viral load in testicular sperm samples obtained from men with hepatitis C and HIV after washing and their subsequent use." *Fertil Steril* 92.3 (2009): 1012–5.

22. Nesrine, F., Saleh, H.

"Hepatitis C virus (HCV) status in newborns born to HCV positive women performing intracytoplasmic sperm injection." *Afr Health Sci* 12.1 (2012): 58–62. 

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

И.А. Зайцев, д. мед. н., профессор кафедры терапии, инфекционных болезней и дерматовенерологии последипломного образования НМУ им. А.А. Богомольца

Немалое количество разнообразных заболеваний печени, которые связаны с протеканием беременности, довольно распространены и встречаются не менее чем у 3 процентов беременных. Данная патология является одной из наиболее важных причин развития широкого спектра различных заболеваний как у беременных, так и у плода и новорожденных детей. Особую остроту и значимость проблема изменения функциональных печеночных тестов при беременности приобретает в связи с не последней ролью патологии печени в материнской и перинатальной смертности.

В последние годы на основании большого количества наблюдений и статистических данных были получены важные сведения относительно деталей механизма данной патологии, разработаны и уточнены методы диагностики, а также подробные схемы лечения заболеваний печени у беременных женщин в разные сроки беременности. Собраны и скрупулезно переработаны обширные данные по изменению разнообразных функциональных печеночных тестов в различные сроки беременности как при нормальном, так и при осложненном ее течении. Особое внимание уделено такой патологии, как преэклампсия, эклампсия, острая жировая дистрофия печени беременных, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных, неукротимая рвота беременных, разрывы печени, в диагностике которых изменению функциональных печеночных тестов отводится одна из ведущих, если не решающих ролей.

В публикуемом нами обзоре основной акцент был сделан в направлении изменения различных значимых показателей функциональных печеночных тестов у беременных как при физиологически протекающей беременности, так и при различных заболеваниях печени, которые могут являться следствием беременности или не быть напрямую с ней связанными. В статье также освещены основные механизмы этих изменений. Кроме того, в публикации приводятся последние сведения о сроках полной или частичной нормализации широкого спектра функциональных печеночных тестов как после родоразрешения, так и при естественном течении заболевания.

Ключевые слова: функциональные печеночные тесты, беременность, преэклампсия, эклампсия, острая жировая дистрофия печени беременных, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных, неукротимая рвота беременных, разрывы печени.

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

І.А. Зайцев, д. мед. н., професор кафедри терапії, інфекційних хвороб і дерматовенерології післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця

Чимала кількість різноманітних захворювань печінки, які пов'язані з перебігом вагітності, є досить поширеними і зустрічаються не менш ніж у 3 відсотків вагітних. Дана патологія є однією з найбільш важливих причин розвитку широкого спектру різної патології як у вагітних, так і у плода і новонароджених дітей. Особливої гостроти і актуальності проблема зміни функціональних печінкових тестів при вагітності набуває в зв'язку з не останньою роллю патології печінки в материнській і перинатальній смертності.

В останні роки на підставі великої кількості спостережень і статистичних даних були отримані важливі відомості щодо деталей механізму даної патології, розроблено та уточнено методи діагностики, а також докладні схеми лікування захворювань печінки у вагітних жінок в різні терміни вагітності. Зібрано та ретельно перероблено великі дані щодо зміни різноманітних функціональних печінкових тестів в різні терміни вагітності як при нормальному, так і при ускладненому її перебігу. Особливу увагу приділено такій патології, як преєклампсія, еклампсія, гостра жирова дистрофія печінки вагітних, HELLP-синдром, внутрішньопечінковий холестаз вагітних, нестримне блювання вагітних, розриви печінки, в діагностиці яких змінам функціональних печінкових тестів відводиться одна з провідних, якщо не вирішальних ролей.

В опублікованому нами огляді основний акцент був зроблений в напрямку зміни різних значущих показників функціональних печінкових тестів у вагітних як при вагітності, що перебігає нормально, так і при різних захворюваннях печінки, що можуть бути як наслідком вагітності, так і не пов'язаними з нею безпосередньо. У статті також висвітлені основні механізми цих змін. У публікації наводяться останні відомості про терміни повної або часткової нормалізації широкого спектру функціональних печінкових тестів як після пологів, так і при природному перебігу захворювання.

Ключові слова: функціональні печінкові тести, вагітність, преєклампсія, еклампсія, гостра жирова дистрофія печінки вагітних, HELLP-синдром, внутрішньопечінковий холестаз вагітних, нестримне блювання вагітних, розриви печінки.

VIRAL HEPATITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

I.A. Zaytsev, MD, professor at the Department of Therapy, Infectious Diseases and Dermatovenereology of Postgraduate Education, National Medical University named after O.O. Bogomolets

A considerable number of various liver diseases that are associated with the course of pregnancy are quite common and occur at least three percent of pregnant women. This pathology plays an important role and is one of the most important reasons for the development of a wide range of different pathologies in pregnant women, in fetuses and newborns. The problem of changing functional liver tests during pregnancy acquires special sharpness and significance in connection with the not-so-recent role of liver pathology in mortality in maternal and perinatal mortality.

In recent years, based on a large number of observations and statistical data, important information has been obtained on the details of the mechanism of this pathology, developed and refined diagnostic methods, as well as detailed schemes for treating liver diseases in pregnant women at different stages of pregnancy. Collected and scrupulously processed extensive data on the change in a variety of functional liver tests at various stages of pregnancy, both under normal and with complicated flow. Particular attention is paid to such pathology as preeclampsia, eclampsia, acute fatty liver disease of pregnant women, HELLP syndrome, intrahepatic cholestasis of pregnant women, uncontrollable vomiting of pregnant women, liver rupture, in the diagnosis of which one of the leading, decisive roles is assigned to the change in functional liver tests.

In our review, the main emphasis was made in the direction of changing various significant indicators of functional hepatic tests in pregnant women both in physiologically developing pregnancy and in various liver diseases, both as a consequence of pregnancy and not directly related to it. The article also highlights the main mechanisms of these changes. The publication provides the latest information on the timing of full or partial normalization of a wide range of functional liver tests both after delivery and in the natural course of the disease.

Keywords: functional hepatic tests, pregnancy, preeclampsia, eclampsia, acute fatty liver of pregnancy, HELLP syndrome, intrahepatic cholestasis of pregnancy, Hyperemesis Gravidarum, liver ruptures.