Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай Виталий Борисович

РЕФЕРАТ

«Вирусные гепатиты и беременность»

Выполнила:

Клинический ординатор кафедры перинатологии,

акушерства и гинекологии лечебного факультета

Приходько Юлия Дмитриевна

Проверил:

Ассистент кафедры

Коновалов Вячеслав Николаевич

Красноярск, 2022г.

Содержание

Введение3

Вирусный гепатит А4

Вирусный гепатит Е5

Вирусный гепатит В6

Вирусный гепатит С8

Лечение…………………………………………………………………………………………………………….11

Профилактика…………………………………………………………………………………………….…….12

Заключение……………………………………………………………………………………………………….13

Список литературы15

**Введение.**

Вирусные гепатиты – группа заболеваний человека, вызванных гепатотропными вирусами с множественными механизмами передачи и проявляющихся преимущественным поражением печени с нарушением ее функций, интоксикационным, диспептическим синдромами и нередко гепатомегалией и желтухой. 60% случаев желтухи во время беременности обусловлены вирусными гепатитами.

Влияние вирусных гепатитов на беременность обусловлено многими факторами, но, прежде всего, определяется типом вируса, вызвавшим развитие гепатита.

Беременность, как правило, не оказывает какого-либо заметного отягчающего влияния на течение ВГ.

**Вирусный гепатит А** - острое инфекционное заболевание, с преимущественно фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое вирусом гепатита А, клинически характеризующееся синдромом общей инфекционной интоксикации, синдромом нарушения пигментного обмена, синдромами энтерита, холестаза, увеличением печени и в некоторых случая селезёнки, сопровождающееся нарушением функции печени, преимущественно доброкачественного течения.

Особенности течения вирусного гепатита А во время беременности:

* + Вирусный гепатит А наблюдается не чаще и протекает не тяжелее, чем у небеременных, но сохраняется циклическое течение.
  + Характерно наличие выраженного кожного зуда.
  + ВГА не обладает неблагоприятным воздействием на течение беременности, плод и новорожденного.
  + Роды и послеродовый период не отличаются от таковых у здоровых беременных при своевременно начатом лечении.
  + При тяжелых формах ВГА увеличивается частота преждевременных родов, фетоплацентарной недостаточности, риск кровотечений в послеродовом периоде.
  + Кормление грудью не противопоказано, но при условии соблюдения всех правил гигиены.
  + Вероятность инфицирования ВГА новорожденного минимальна, в специфической профилактики не нуждаются.

**Вирусный гепатит Е** - заболевание печени, возбудителем которого является вирус гепатита Е, с фекально-оральным механизмом передачи, отличающийся особо тяжелым течением у женщин во 2-ой половине беременности.

Особенности течения ВГЕ во время беременности:

* Характерно тяжелое течение.
* Кроме симптомов гепатита наблюдается геморрагичекий синдром, почечная недостаточность, боли в животе, костях, суставах.
* Летальность во время беременности 30-40%, на 37-40 неделе – до 70%.
* Повышается частота самопроизвольных абортов и неразвивающихся беременностей.
* Высокий риск антенатальной гибели плода (35-40%)
* Ранний послеродовый период часто осложняется коагулопатическим кровотечением на фоне нарушения сократительной деятельности матки.
* Специфические противовирусные препараты отсутствуют, лечение патогенетическое.
* Предпочтительным является ведение родов через естественные родовые пути.

**Вирусный гепатит В** - острое и хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита В, с гемоконтактным механизмом передачи (через кровь), протекающее в различных клинико-морфологических вариантах, и возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Течение острого ВГВ во время беременности:

* У беременных встречаются все формы НBV –инфекции, от острого желтушного гепатита В до бессимптомного хронического носительства.
* Острый ВГВ и беременность могут оказывать взаимное отягощающее влияние.
* Для гепатита В характерно тяжелое и неблагоприятное течение во II и в III триместрах беременности.
* Длительность желтушного периода у беременных 1-4нед.
* Увеличивается частота самопроизвольных абортов (27-33%), преждевременных родов (38%), антенатальной гибели плода (10-14%), плацентарной недостаточности (50-70%), синдрома задержки роста плода (22-22%), анемии (30-40%), много- маловодия (15-22%).

Течение острого вирусного гепатита В во время беременности может отличаться особой тяжестью с возникновением так называемых молниеносных форм заболевания. Трансплацентарное инфицирование возможно в 2-10% случаев, особенно при наличии различных повреждений плаценты (отслойка, фетоплацентарная недостаточность). Инфицирование ребенка происходит в 85-95% во время родов вследствие контакта с кровью, инфицированными выделениями родовых путей или при заглатывании выделений. Грудное вскармливание зараженным молоком также способствует возникновению инфекции у новорожденного. Позднее возможен контактно-бытовой путь инфицирования ребенка от матери. Тяжесть болезни у новорожденных определяется наличием тех или иных маркеров в крови матери и сроком беременности, при котором произошло первичное инфицирование вирусом гепатита В. Если заражение произошло в I или II триместре беременности, то ребенок рождается инфицированным в 25%, могут развиваться гипотрофия плода, рождение недоношенных детей. Если острая фаза заболевания пришлась на III триместр, риск передачи вируса плоду составляет 70%. Если мать является носителем HbsAg, то ребенок имеет 10-20% риск инфицирования. Когда у матери выявляется HbeAg, риск инфицирования у ребенка возрастает до 70-90%, с высоким уровнем последующей заболеваемости и смертности. Дети, рожденные от матерей с достаточным уровнем иммунитета (HbsAg +/анти HBe), имеют лучшие шансы и риск развития инфекции у них невелик.

**Вирусный гепатит С**- это вирусное инфекционное заболевание, которое вызывает воспаление печени, зачастую приводя к ее серьезным повреждениям. Вирус гепатита С распространяется через зараженную кровь.

Влияние ВГС на течение беременности:

* В целом, ХВГС не оказывает существенного влияния на течение и исход беременности, хотя имеются немногочисленные данные о более высокой частоте преждевременных родов, рождении детей с более низким весом и микроцефалией.
* Риск вертикальной передачи ВГС низкий, но может увеличиваться при ко-инфекция ВИЧ и высокой вирусной нагрузке.
* Способ родоразрешения, грудное вскармливание, генотип не влияют на частоту перинатального инфицирования ВГС.
* В настоящее время нет четких рекомендаций по лечению ВГС на фоне беременности и эффективных мероприятий по снижению частоты перинатального инфицирования, однако можно рекомендовать контроль АЛТ по крайней мере один раз за триместр, а также качественный ПЦР в конце беременности.

При наличии вирусного гепатита С у матери вертикальная передача осуществляется не более чем в 3-5% случаев. Риск инфицирования возрастает до 15% при одновременном инфицировании ВИЧ, либо при высокой вирусной нагрузке . При наличии у беременной иммунодефицита или условий провоцирующих обострение гепатита вовремя беременности (токсикозы беременности, гиповитаминоз, плохое питание) риск внутриутробного инфицирования возрастает. С целью предотвращения вертикальной передачи ВГС, беременным женщинам, инфицированным ВГС, не рекомендовано кесарево сечение. Детей женщин инфицированных ВГС следует обследовать на РНК ВГС через 1 месяц после рождения, так как материнские антитела ВГС, пассивно проникающие в организм, могут сохраняться в их крови в течение нескольких месяцев после рождения. Подходы к возможности грудного вскармливания различаются в зависимости от этиологии ВГ. Не показано значимой роли грудного вскармливания в инфицировании при ВГС, считают, что польза отг рудного вскармливания здесь намного выше по сравнению с незначительным риском передачи ВГС. В любом случае решение кормить или не кормить грудью ребенка принимает мать. Решая вопрос о целесообразности грудного вскармливания необходимо учитывать вирусную нагрузку и ко-инфекцию ВИЧ и ВГВ. При инфицировании ВИЧ грудное вскармливание противопоказано. Дополнительными факторами риска являются наличие трещин вокруг соска или афтозных изменений в полости рта новорожденного. Дети, рожденные от матерей носительниц HBsAg могут получать кормление грудью, если они привиты от ВГВ. При ВГА кормление грудным молоком возможно при условии строгого соблюдения гигиенических правил кормления отсутствия выраженной интоксикации у матери.

Вирус гепатита С обнаруживается у молодых женщин чаще всего при скрининговом обследовании для подготовки к беременности или вовремя беременности. Проведение такого обследования на гепатит С является очень важным в связи с высокой эффективностью современного противовирусного лечения, (лечение гепатита С может быть назначено после родороазрешения), а также в связи с целесообразностью обследования и наблюдения (при необходимости – лечения) детей, родившихся от HCV-инфицированных матерей. Беременность у больных хроническим гепатитом С не оказывает неблагоприятного действия на течение и прогноз заболевания печени. Уровень АЛТ обычно снижается и приходит в норму во втором и третьем триместре беременности. В то же время уровень вирусной нагрузки, как правило, повышается в третьем триместре. Эти показатели возвращаются к исходному уровню через 3-6 месяцев после родов, что связывают с изменениями иммунной системы у беременных. Свойственное беременности повышение уровня эстрогенов может вызывать появление признаков холестаза у больных с гепатитом С(например, зуд). Эти признаки исчезают в первые дни после родов. Так как формирование цирроза в среднем происходит через 20 лет после инфицирования, развитие цирроза у беременных происходит крайне редко. Тем не менее, цирроз может быть впервые диагностирован при беременности. Если при этом отсутствуют признаки печеночной недостаточности и выраженной портальной гипертензии, то беременность не представляет риска для материи и не влияет на течение и прогноз заболевания. Однако, выраженная портальная гипертензия (расширение вен пищевода 2 и больше степени) создает повышенный риск развития кровотечения из расширенных вен пищевода, который достигает 25 %.Развитие кровотечения из вен пищевода происходит чаще всего во втором-третьем триместре беременности, а в период родов крайне редко. В связи с этим, беременные с портальной гипертензией могут иметь роды естественным путем, а кесарево сечение выполняется по акушерским показаниям, когда требуется экстренное родоразрешение.

Передача вируса гепатита С от матери ребенку во время беременности. Риск передачи вируса от матери ребенку оценивается как низкий и по разным данным не превышает 5 %. Материнские антитела могут предотвращать развитие хронического вирусного гепатита у ребенка. Эти антитела обнаруживаются в крови ребенка и исчезают в 2-3 года. Способ родоразрешения не имеет существенного значения для предотвращения заражения ребенка во время родов. Поэтому нет оснований для рекомендации кесарева сечения с целью снижения риска заражения ребенка.

**Лечение.**

Учитывая особенности течения вирусного гепатита у беременных и неблагоприятное действие интерферона и рибавирина на плод, проведение противовирусной терапии во время беременности не рекомендуется.

В некоторых случаях может потребоваться медикаментозное лечение препаратами урсодезоксихолевой кислоты, направленное на снижение холестаза. Лечение кровотечения вен пищевода и печеночно-клеточной недостаточности у беременных остается в рамках общепринятого. Наличие у матери хронического вирусного гепатита С не влияет на репродуктивную функцию и течение беременности, не увеличивает риск врожденных аномалий плода и мертворождений. Однако, высокая активность печеночных процессов (холестаз), а также цирроза печени увеличивают частоту недонашиваемости и гипотрофии плода. Кровотечения из расширенных вен пищевода и печеночная недостаточность повышают риск мертворождения.

Лечение хронического вирусного гепатита противовирусными препаратами во время беременности может оказать неблагоприятное действие на развитие плода, в особенности рибавирин. Его применение во время беременности противопоказано, а зачатие рекомендуется не ранее, чем через 6 месяцев после отмены терапии.

**Профилактика.**

Основным методом профилактики вирусного гепатита у новорожденных является 3-х кратное обследование беременных на наличие HbsAg. Вакцинация во время беременности считается безопасной и не является показанием для прерывания беременности, даже в случае ее проведения на ранних сроках гестации. К детям, родившихся от матерей-носителей HbsAg и от матерей, необследованных на ВГВ во время беременности, следует относиться как к инфицированным, и вакцинируют их в течение первых 12 часов жизни.

Вакцинация против ВГВ включена в календарь обязательных профилактических прививок детей в Российской Федерации. Инфицирование вирусными гепатитами (ВГ) происходит в большинстве случаев в молодом возрасте. Поэтому ситуация, когда вирусный гепатит в острой или хронической форме впервые диагностируется во время беременности, не является редкой или необычной. В принципе, идеальной следует считать ситуацию, когда обследование на вирусные гепатиты происходит на этапе планирования семьи. Но, в реальной жизни в большинстве случаев диагностика вирусного гепатита происходит на фоне состоявшейся беременности. Если вирусный гепатит выявлен на этапе планирования семьи, дополнительно обсуждаются вопросы о необходимости и целесообразности первоочередного лечения вирусного гепатита. При этом исходят из шансов на излечение, возможности положительного влияния лечения на течение будущей беременности и соотносят все это с необходимостью отсрочить беременность на время лечения плюс 6 месяцев после окончания терапии.

**Заключение.**

В целом, наиболее значимым проявлением инфицирования вирусами гепатита является досрочное прерывание беременности в виде самопроизвольных абортов и преждевременных родов. Частота самопроизвольных абортов при вирусном гепатите А (ВГА) составляет около 1%, преждевременных родов - 17,8%. При ВГВ прерывание беременности при легком течении отмечено у 7,7%, при среднетяжелом у 34,1%, при тяжелом у 55,5% беременных.

Невынашиваемость беременности при остром вирусном гепатите С (ВГС) примерно такая же как при ВГВ (15-20%). При хронических вирусных гепатитах частота невынашивания (выкидыши и преждевременные роды) существенно ниже: 2% и 10% соответственно.

Не отмечено увеличения количества врожденных аномалий, акушерских осложнений, а также более низкой массы при рождении детей у матерей больных хроническими вирусными гепатитами.

Одной из опасностей ВГ во время беременности является угроза инфицирования плода. Возможность вертикальной трансмиссии (передача ВГ от матери к плоду) при различных по этиологии гепатитах варьирует в широких пределах. Наиболее часто происходит инфицирование вирусными гепатитами В и в меньшей степени С. Инфицирование же вирусными гепатитами А или Е возможно только теоретически в момент родов при наличии острого гепатита у матери. Если внутриутробное инфицирование происходит в ранние сроки беременности, это заканчивается выкидышем. При инфицировании плода в более поздние сроки беременности возможно рождение живого, но зараженного ребенка, а иногда уже и с последствиями перенесенной инфекции. Считают, что 5-10% новорожденных, родившихся от матерей носителей HBsAg (австралийский антиген - маркер ВГВ) могут инфицироваться внутриутробно. При наличии у матери активного гепатита, инфицированными могут оказаться около 90% новорожденных.

Поэтому определение маркеров размножения вируса и количества вируса в крови (вирусной нагрузки), особенно во 2 и 3 триместре беременности, позволяет приблизительно оценить риск развития гепатита у ребенка.

**Список литературы:**

1. Вирусный гепатит С и беременность. М.А. Белопольская КИБ им. С.П. Боткина, 2018
2. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит С у взрослых», 2021
3. Инфекционные болезни и беременность. В.А.Климов, 2009
4. Гепатит В и беременность: современные подходы к скринингу и профилактике вертикальной передачи инфекции— Мозес Кира Борисовна, Мозес Вадим Гельевич, Захаров Игорь Сергеевич, Елгина Светлана Ивановна, Рудаева Елена Владимировна, 2019