

Рецензия на реферат

По теме: Гепатиты и беременность.

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФНО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 10 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

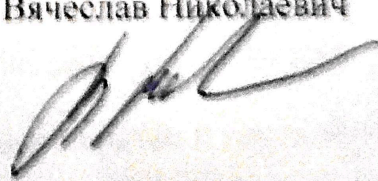
Актуальность темы не вызывает сомнений. Внутриутробное инфицирование ребенка или "вертикальный" путь передачи вируса гепатита С (ВГС) от беременной женщины ее будущему ребенку представляет собой очень актуальный вопрос. У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у небеременных, и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска, так как гестация у данного контингента женщин сопровождается большой частотой осложнений

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на 4 (хорошо)

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



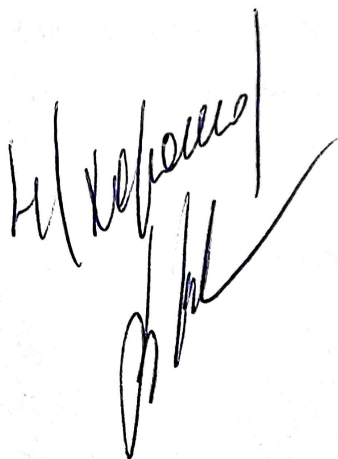
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

Реферат

на тему: «Гепатиты и беременность»



Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2021 г.

Оглавление	3
Вирусный гепатит	3
Внутриутробное инфицирование	3
Существует три возможных пути передачи вируса гепатита В от инфицированной матери к ребенку:.....	3
Влияние гепатита В на беременность:	4
Влияние беременности на гепатит В:.....	4
Клиническая картина.	4
Диагностика острого вирусного гепатита	5
Течение беременности.	5
Лечение гепатита В у беременных:	6
Исходы заболевания для детей.	7
Тактика ведения беременности:	8
Противовирусная терапия хронического гепатита В и грудное вскармливание:	8
Профилактика.	8
Используемая литература:.....	9

Вирусный гепатит — острое инфекционное заболевание с поражением ретикулоэндотелиальной системы желудочно-кишечного тракта и печени. Заражение может наступить вирусами А, В, С, Е.

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим широкое распространение в настоящее время.

Внутриутробное инфицирование

Внутриутробное инфицирование ребенка или "вертикальный" путь передачи вируса гепатита С (ВГС) от беременной женщины ее будущему ребенку представляет собой очень актуальный вопрос.

В среднем распространенность антител к ВГС среди беременных женщин составляет 1% и варьирует от 0.5% до 2.4% в разных географических зонах. Приблизительно у 60% беременных с позитивным тестом на антитела к ВГС имеются признаки размножения вируса (т.е. у них определяется РНК ВГС).

Существует три возможных пути передачи вируса гепатита В от инфицированной матери к ребенку:

1. перинатально (внутриутробно или трансплацентарно)
2. интранатально (во время родов)
3. постнатально (во время ухода за детьми или через грудное молоко).

Общепризнано, что наиболее часто передача вируса от матери к ребенку происходит во время или вблизи от времени родов, именно поэтому своевременно проведенная вакцинация новорожденных предотвращает заражение приблизительно в 80- 95% случаев.

Существует два важных аспекта этого заболевания у беременных:

- 1) влияние на здоровье матери;
- 2) риск инфицирования ребенка.

Влияние гепатита В на беременность:

1. Острый гепатит В – Следует отличать от иных острых поражений печени при беременности
 - Преэклампсии
 - Внутрипеченочного холестаза
 - Жирового гепатоза
 - HELLP-синдрома
2. Повышается риск и рождения недоношенных и маловесных детей
3. Передача инфекции в перинатальном периоде
4. Повышается вероятность имплантации при экстракорпоральном оплодотворении

Влияние беременности на гепатит В:

1. Общее самочувствие не ухудшается
2. Низкий риск цирроза печени
3. Повышенный уровень кортикостероидов
4. Нет увеличения виремии
5. На поздних сроках беременности и в послеродовом периоде растет уровень АЛТ
6. Обострения гепатита

Клиническая картина.

Клиническая картина ХВГ В и С во время беременности характеризуется малосимптомностью.

Под влиянием гормональных метаболических и иммунных факторов гепатиты протекают тяжелее, с укороченным преджелтушным периодом, затем в течение 1—2—3 нед. развивается желтушный период, за которым следует сравнительно короткий период послежелтушной реконвалесценции.

У большинства беременных преджелтушный период протекает по типу диспепсических расстройств (тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии); возможен гриппоподобный вариант, когда преобладает чувство разбитости, повышение температуры; возможен астеновегетативный синдром (общая слабость, утомляемость, раздражительность). Иногда развивается латентный вариант — темная окраска мочи и желтушность кожных покровов появляются без клинических предвестников. У некоторых больных в преджелтушный период заболевания развивается интенсивный зуд. Исходом заболевания может быть переход в хронический гепатит, острая дистрофия печени, возможен летальный исход. При этом смертность беременных, рожениц и родильниц в 3—4 раза превышает таковую у небеременных. У отдельных беременных может развиваться коматозное состояние с весьма высокой летальностью.

Диагностика острого вирусного гепатита

Для диагностики заболевания у беременных широко используют специфические маркеры инфекционного процесса, маркеры цитолиза и печеночно-клеточного некроза: аминотрансферазы (АлАТ, АсАТ, альдолаза и т. д.), показатели гуморального иммунитета (содержание иммуноглобулинов различных классов). Из других методов у беременных используют УЗИ печени. Обследование беременных должно быть по возможности более полным, так как во время беременности желтуха нередко является симптомом различных по этиологии заболеваний, в том числе ОПГ-гестозов. Обследование и лечение беременных острым вирусным гепатитом проводит инфекционист совместно с акушером.

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.

Течение беременности.

У больных возникают признаки угрозы прерывания беременности, возможны самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды. Однако после выкидыша или родов состояние больных не улучшается, а только прогрессивно ухудшается. В родах и раннем послеродовом периоде увеличивается риск кровотечений в связи с развитием ДВС-синдрома.

При обнаружении маркеров инфекции вирусом гепатита В, впервые выявленных во время беременности, необходимо провести максимально

полное обследование для того, чтобы установить, есть ли показания для лечения беременной в связи с активностью гепатита В или проведение противовирусного лечения необходимо только для профилактики инфицирования новорожденного. Необходимо исключить острый гепатит В. Обследование должно включать определение анти-НВс_{ог} IgM, НВеAg, антиНВе, анти-HDV IgG и IgM в крови, уровня виремии ВГВ. Дополнительные тесты должны включать общеклинический и биохимический анализ крови. Даже незначительные указания на возможность цирроза печени требуют выполнения ультразвукового обследования органов брюшной полости. Необходимо установить целесообразность проведения ПБТ в данную фазу болезни и оценить вероятность долгосрочной терапии, что определит выбор противовирусного препарата.

Лечение гепатита В у беременных:

Основные принципы

1. Лечение хронического гепатита у матери
2. Профилактика перинатальной передачи новорожденному

Лечение гепатитов у беременных проводится по общепринятым методикам с учетом влияния медикаментозных препаратов на плод и печень беременной.

Для предотвращения внутриутробной и перинатальной передачи ВГВ ребенку при наличии высокого уровня виремии у беременной, страдающей ХГВ, применение ламивудина, телбивудина и тенофовира в третьем триместре беременности в сочетании с пассивной и активной иммунизацией новорожденного безопасно и оправдано.

Применение препаратов интерферона противопоказано при беременности.

Рекомендовано применение противовирусных препаратов для профилактики передачи ВГВ инфекции от матери ребенку при уровне ДНК ВГВ 10⁶⁻⁷ МЕ/мл в третьем триместре беременности, особенно при наличии НВеAg-позитивного ХГВ, поскольку при таком сочетании существует 10% риск передачи инфекции новорожденному несмотря на введение специфического иммуноглобулина и вакцины.

Матери с наличием высокого уровня виремии должны быть информированы о том, что применение аналогов нуклеозидов снижает уровень вирусной нагрузки и может усилить профилактическое действие вакцинации и применения иммуноглобулина. Однако необходимо учитывать, что женщинам-носителям ВГВ с высоким уровнем виремии может понадобиться долгосрочная противовирусная терапия (после родов) в связи с показаниями

по лечению активного гепатита, поэтому выбор препарата должен быть сделан с учётом данных по риску развития лекарственной резистентности.

Риск развития резистентности к противовирусной терапии наиболее высок при лечении ламивудином, существенно меньше - телбивудином и минимален при лечении тенофовиром. В связи с этим при планировании долгосрочной терапии препаратом предпочтения должен быть тенофовир, поскольку, кроме указанного преимущества, данный препарат обладает высокой противовирусной активностью и продемонстрирована безопасность его применения у беременных.

Показаниями к назначению противовирусной терапии у пациенток в фазе иммунной толерантности ХГВ, которая уже была диагностирована до наступления беременности, являются: уровень материнской ДНК ВГВ более 10^6 МЕ/мл в конце второго триместра беременности, рождение ребенка, инфицированного ВГВ, с предшествующей неэффективной иммунопрофилактикой, преждевременные роды в анамнезе. Необходимо учитывать, что в данном случае противовирусная терапия назначается исключительно для профилактики инфицирования новорожденного и будет отменена после родов. В качестве монотерапии могут использоваться тенофовир, телбивудин или ламивудин. Оптимальный срок начала ПВТ - конец второго - начало третьего триместра беременности - чтобы было достаточно времени (4-6 недель) для снижения уровня вирусемии к моменту родов. Лечение может быть прекращено на 4 неделе послеродового периода или раньше при необходимости грудного вскармливания. Кроме того, необходим контроль активности сывороточных трансаминаз каждые 4-6 нед послеродового периода на протяжении как минимум 12 недель после окончания приема противовирусной терапии для исключения перехода заболевания в иммуноактивную фазу

Исходы заболевания для детей.

Плод относительно защищен от гепатита В, так как материнские антитела против вируса быстрее проникают через плаценту, чем поверхностный антиген HBsAg. Имеет значение срок беременности, при котором женщина заболевает гепатитом. Если заболевание развивается в ранние сроки, то только 10% детей становятся серопозитивными, если в III триместре беременности — число таких детей увеличивается до 76%. При повреждении плаценты и незначительном содержании антител плод может быть инфицирован. Ребенок может заразиться в процессе родового акта, если мать больна гепатитом В или С, а у ребенка есть трещины на коже или слизистых оболочках.

Тактика ведения беременности:

Главный принцип ведения беременности в острой стадии вирусного гепатита любой этиологии состоит в сохранении ее. Прерывание беременности резко ухудшает течение заболевания. Роды предпочтительно проводить через естественные родовые пути. Кесарево сечение возможно только по строгим акушерским показаниям.

Противовирусная терапия хронического гепатита В и грудное вскармливание:

Несмотря на то, что HBsAg был обнаружен в грудном молоке, грудное вскармливание не увеличивает риск передачи ВГВ-инфекции по сравнению с искусственным. Результаты исследований не продемонстрировали связи между естественным вскармливанием младенцев ВГВ-позитивными матерями и развитием у них ХГВ. Таким образом, новорожденные, которым введен иммуноглобулин и проведен первый этап вакцинации от гепатита В, могут находиться на естественном вскармливании. В случае необходимости продолжения противовирусной терапии в послеродовом периоде грудное вскармливание не рекомендовано из-за отсутствия сведений по безопасности принимаемых препаратов на развитие новорожденного.

Профилактика.

Всем беременным, имевшим контакт с больными вирусным гепатитом А, однократно вводится внутримышечно 3-5 мл гамма-глобулина, что предотвращает или ослабляет тяжесть течения.

Для профилактики распространения гепатита В и С среди беременных выявляют носительниц HBsAg и антител к вирусу гепатита С. Такие женщины должны родоразрешаться в родильных отделениях Обсервации с использованием одноразовых шприцев и белья. Новорожденным в первые 24 часа после рождения проводят сочетанную активную и пассивную иммунизацию: вакциной и гипериммунным гамма-глобулином.

Используемая литература:

1. Вирусные гепатиты. Под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жербуна.
2. Журнал StatusPraesens
3. В.Е. Радзинский «Акушерская агрессия»
4. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Н.Д.Юшук, акад.РАЕН Ю.Я.Венгеров.
5. Лекции по инфекционным болезням. Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров. М.
6. Методические указания «Эпидемиологический надзор за гепатитом В».