

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С У БЕРЕМЕННЫХ.

Худойдодова С.Г.

Гуламова Ш.У.

Кафедра инфекционных болезней и детских инфекционных болезней

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17007801>

Вирусный гепатит С тесно связанна с преждевременным старением яичников и ухудшает фертильность (1,3). Течение ВГС у беременной может сопровождаться увеличением вирусемии и самопроизвольным снижением вирусой нагрузки после родов. Возможен спонтанный клиренс вируса после родов. У беременной с ХВСГ выше риска гестационного диабета и чрезмерной прибавки в весе и внутрипеченочного холестаза беременных. ВГС связан с неблагоприятными исходами родов (низкий вес при рождении, малый вес гестационного возраста, дистресс плода, асцит плода, госпитализация новорожденного в отделении интенсивной терапии, преждевременные роды или мертворождения). Частота вертикальной передачи ВГС составляет 3-14% и имеет гораздо более узкий диапазон, чем при ВГВ (1-28%) (2,4,6). ВГС передается вертикально, 30% случаев передаются внутриутробно, но 40-50%-перинатально. Нередко обнаруживается ВГС-инфекция плаценты с повреждением плацентарного барьера. Передача ВГС от инфицированной матери ребенку возможно во время беременности и родов (вертикальный путь передачи вируса) () Высокая вирусная нагрузка ($\geq 2,5 \times 10^5$ МЕ/мл.); высокая активность АЛТ у матери (во время беременности или родов); Наличие у матери ВИЧ-инфекции, которая снижает иммунный ответ на HCV, может нарушаться целостность плаценты, что увеличивает возможность передачи вируса через нарушенный плацентарный барьер и риск повышается в 2 раза при наличии вредных привычек. Внутриутробное инфицирование может происходит за счет прямого инфицирования трофобласта или клеток плаценты и пуповины: многоплодная беременность, затяжные роды, акушерские процедуры, инвазивный мониторинг плода, разрыв плодных оболочек > 6 часов, контакт плода с зараженной кровью матери в результате разрывов влагалища, промежности или эпизитомии; Доказано что женский пол ребенка при инфицирование ВГС тоже является фактором риска инфицирования плода, в то время при ВГВ – мужской пол. У женщин с коинфекцией ВГС/ВИЧ кесарево сечение и грудное вскармливание повышают риск передачи инфекции. Беременные, роженицы и родильницы с симптомами

и лабораторными признаками гепатита (в том числе острого), выявленными на любом сроке беременности, подлежат тестированию на вирусные гепатиты с определением в сыворотке крови: анти-ВГА IgM (вирусный гепатит А, ВГА), HBsAg (ВГВ), анти-ВГС + РНК ВГС или анти-ВГС + core Ag ВГС (ВГС). Тестирование на вирусный гепатит Е (ВГЕ) проводится по показаниям: анти-ВГЕ IgM +анти ВГЕ IgG или РНК ВГЕ. Стандартное определения случая острого вирусного гепатита включает наличие любого из следующих симптомов: недомогание, повышенная утомляемость, анорексия, тошнота, рвота с сочетание желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтении склер и кожных покров) с повышением активности АЛТ в сыворотке крови. Обследованию на ОВГ подлежат беременные с повышенной активностью АЛТ в сыворотке крови, а также беременные, контактные из очагов ВГ. Беременные с диагнозом «острый вирусный гепатит», установленным в любом триместре беременности, подлежат госпитализации в инфекционное отделение. Беременные с ХВГС подлежат госпитализации на роды и при наличии показания кесарево сечение в перинатальные центры, специализированные отделения (палаты) роддомов с обеспечением противоэпидемического режима. Прием родов производят в специально выделенной палате, в том числе боксе, где мать с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную обсервационного отделения.

Литература / references:

1. Joint Panel from the American Association for the Study of Liver Diseases and the Infectious Diseases Society of America. Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C. Available at: <http://www.hcvguidelines.org/>. Accessed July 02, 2019.
2. World Health Organization. Guidelines for the screening, care, and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en>. Accessed July 02, 2019.
3. Kushner T, Terrault NA. Hepatitis C in Pregnancy: A Unique Opportunity to Improve the Hepatitis C Cascade of Care. *Hepatol Commun*. 2019 Jan; 3(1): 20-28.
4. Fauteux-Daniel S, Larouche A, Calderon V, Boulais J, Beland C, Ransy DG, et al. Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Variable Transmission Bottleneck and Evidence of Midgestation In Utero Infection. *J Virol*. 2017; 91(23). pii: e01372-17. doi: 10.1128/JVI.01372-17.



5. Boxall E, Baumann K, Price N, Sira J, Brown M, Kelly D. Discordant outcome of perinatal transmission of hepatitis C in pregnancies. J Clin Virol; 38(2): 91-95.Nº3 (78) 2019.
6. Bartholomew ML, Lee MJ. Management of Hepatitis B Infection in Pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2018; 61(1): 137-145.

