

Планирование семьи при вирусном гепатите С

Вероятность полового пути передачи вирусных гепатитов зависит от типа вируса. Так, риск инфицирования вирусом гепатита С (ВГС) при половом акте гораздо ниже, чем при вирусном гепатите В (ВГВ), вирусном гепатите G (ВГГ) или вирусном гепатите Е (ВГЕ), которые являются более контагиозными при половом пути передачи.

К группе высокого риска инфицирования относятся лица, часто меняющие половых партнеров, в том числе женщины коммерческого секса и гомосексуалисты. Для них также повышен риск инфицирования ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися половым путём.

В группу наименьшего риска передачи ВГС половым путем входят лица с постоянными половыми партнерами и стабильными сексуальными отношениями на протяжении многих лет. Частота, с которой выявляются маркеры ВГС, очень сильно отличается среди вышеперечисленных групп.

Методы контрацепции в дискордантных парах с вирусными гепатитами не отличаются от таковых в дискордантных парах, живущих с ВИЧ, где использование латексных презервативов и лубрикантов на водной основе является основным и наиболее эффективным методом защиты.

Если дискордантная пара принимает решение о репродукции (решение иметь детей), обоим партнерам следует пройти обследование. Для неинфицированного партнера необходимо уточнение статуса, не произошло ли инфицирование за время отношений в паре. Для инфицированного партнера важно определить вирусную нагрузку данного типа гепатита. Вирусная нагрузка (ВН) бывает высокой и низкой. Она может быть выражена в количестве копий вируса на миллилитр крови. Низкая ВН – менее 2 миллионов копий. Высокая ВН – более 2 миллионов копий.

В случае высокой ВН необходимо дальнейшее дообследование и лечение вирусного гепатита, а решение о репродукции должно быть отсрочено до снижения ВН и достижения срока устойчивой ремиссии (до 0,5 года после успешного лечения). В случае низкой ВН решение о репродукции вполне оправдано.

Передача вируса гепатита плоду (в случае, если пара приняла решение иметь детей) зависит от типа дискордантной пары. Такой риск значительно выше в паре, где инфицированной является женщина, поскольку даже при наличии низкой ВН в период оплодотворения, возможны обострения гепатита в течение беременности и риск горизонтальной трансмиссии во время родов и дальнейшего грудного вскармливания. В дискор-

дантной паре, где инфицирован мужчина риск инфицирования партнерши и, опосредованно, плода, значительно ниже и, при низкой ВН, колеблется в пределах 1-4%.

Риск передачи вируса гепатита в паре, где инфицирован мужчина, а женщина – нет, также зависит от осторожности в период репродуктивного полового акта, т.е. соития, направленного на зачатие ребенка. Для снижения риска инфицирования в такой паре половой акт должен быть защищен презервативом, который снимается непосредственно перед эякуляцией в полость матки. Или же возбуждение полового члена мужчины производится экстрагенитально, и лишь перед семяизвержением половой член вводится во влагалище. Это делается для того, чтобы снизить продолжительность репродуктивного полового акта и уменьшить время соприкосновения не защищенных презервативом поверхностей половых органов (кожи и слизистых оболочек), во избежание травматизации тканей и обмена биологическими жидкостями, содержащими вирус.

Вирусный гепатит и беременность

Какие вопросы приходится решать в случае наличия гепатита у беременной?

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. В этой ситуации врачам акушеру-гинекологу, инфекционисту и супружеской паре предстоит обсудить следующие вопросы:

- Влияние гепатита на беременность.
- Влияние беременности на течение гепатита.
- Вероятность инфицирования ребенка внутриутробно (вертикальная трансмиссия), во время родов и при кормлении грудью (горизонтальная трансмиссия).
- Возможность предупреждения заражения ребенка.

Если гепатит выявлен на этапе планирования семьи, дополнительно обсуждаются вопросы о необходимости и целесообразности первоочередного лечения гепатита. При этом исходят из шансов на излечение, возможности положительного влияния лечения на течение будущей беремен-

ности и соотносят все это с необходимостью отсрочить беременность на время лечения плюс 0,5 года после окончания терапии.

Риск передачи вируса гепатита от мужчины к женщине во время полового контакта зависит от вирусной нагрузки в организме мужчины и от активности вируса, что определяется лабораторно. Этот риск при незащищенном презервативом половом акте составляет 40-60% при ВГС с ВН более 2 миллионов копий.

Какое влияние оказывают беременность и гепатит друг на друга?

Влияние гепатитов на беременность обусловлено многими факторами, но, прежде всего, определяется типом вируса, вызвавшим развитие гепатита. Лидирующее место по частоте неблагоприятных исходов у беременных при ВГ занимают Юго-Восточная Азия и Африка, что объясняется высоким удельным весом вирусного гепатита Е (ВГЕ) в этих странах. Именно при ВГЕ смертность остается очень высокой, составляя от 1,5% до 21% в зависимости от триместра беременности. При вирусном гепатите В (ВГВ) в странах этого региона материнская смертность достигает 10-45%. В экономически развитых странах летальность беременных при ВГ не превышает такие же показатели для небеременных. Беременность, как правило, не оказывает какого-либо заметного отягчающего влияния на течение ВГ. Наиболее значимым проявлением является досрочное прерывание беременности в виде самопроизвольных аборт 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 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, G 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, родив-

шихся 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.

Риск вертикальной трансмиссии наиболее высок при вирусном гепатите G (75-80%), хотя значение этого вируса в структуре печеночных заболеваний остается противоречивым.

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 (РНК-ВГС превышает 106 копий/мл). При наличии у беременной иммунодефицита или условий провоцирующих обострение гепатита во время беременности (токсикозы беременности, гиповитаминоз, плохое питание) риск внутриутробного инфицирования возрастает.

В большинстве случаев инфицирование происходит в момент родов или ближайший послеродовой период, когда при прохождении плода через родовые пути инфицированная кровь матери попадает на кожу ребенка или же при заглатывании им крови и околоплодных вод.

Как предупредить инфицирование ребенка?

Для предупреждения инфицирования в родах важной может оказаться тактика родоразрешения. К сожалению, окончательной точки зрения по поводу ведения родов у беременных, инфицированных ВГ нет. Есть данные, что при плановом кесаревом сечении вероятность инфицирования ребенка несколько ниже. Однако это не является общепризнанной точкой зрения. Несмотря на отсутствие четких указаний на тактику ведения родов у инфицированных ВГ в согласительных документах (консенсусах), следует рекомендовать родоразрешение путем кесарева сечения при высокой вирусной нагрузке при ВГС или одновременном инфицировании различными вирусами (ВГС+ВГВ; ВГС+ВИЧ). Поскольку при ВГВ инфицирование может быть предупреждено вакцинацией и введением иммуноглобулина, тактика ведения родов у матери, больной ВГВ, определяется так же, как у неинфицированной роженицы.

Отсутствие стопроцентной возможности защиты новорожденного от инфицирования ВГ в родах делает первостепенной постнатальную профилактику. С целью предупреждения развития гепатита у новорожденного проводится вакцинация, которая создает реальную возможность для предотвращения инфицирования как вирусом гепатита В, так и вирусом гепатита D. В США вакцинацию против гепатита В у новорожденных от матерей, инфицированных ВГВ, начали проводить с 1982 года. Детей из групп риска следует вакцинировать симультанно, т.е. вводить им гамма-глобулин

против ВГВ в сочетании с вакциной против ВГВ. Пассивная иммунизация гипериммунным анти-В глобулином проводится уже в родильном зале и обеспечивает иммунную защиту в течение периода, необходимого для образования специфических антител вследствие вакцинации. Вакцинация против ВГВ проводится при рождении в первые сутки и через 1 и 6 месяцев, что приводит к появлению защитного уровня антител у 95% новорожденных. Пассивная и активная защита новорожденных от ВГС не проводится из-за отсутствия специфических сывороток и вакцин.

Для решения вопроса о возможном инфицировании ВГ ребенка, рожденного от матери с ВГС или ВГВ рекомендуют лабораторное исследование крови на наличие вирусных антител. Если HBsAg у новорожденного определяется в пределах первых трех месяцев жизни, это указывает на внутриутробное инфицирование. Интерпретация результатов обследования новорожденного на ВГС должна проводиться очень осторожно, т.к. зачастую у них до 15-18 месячного возраста могут обнаруживаться материнские антитела. Для уточнения диагноза рекомендуется тестирование на антитела и РНК вируса гепатита С в возрасте 1, 3, 6, 12 и 15 месяцев.

Возможна ли передача инфекции при грудном вскармливании?

Подходы к возможности грудного вскармливания различаются в зависимости от этиологии ВГ. Не показано значимой роли грудного вскармливания в инфицировании при ВГС, считают, что польза от грудного 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 и отсутствия выраженной интоксикации у матери.