

© Коханевич Є.В., Чернишова Л.І., Міцода Р.М., Самарін Д.В., 2006
УДК 618.2+618.4+618.6]-06:616.36-002-022

Є.В. Коханевич, Л.І. Чернишова, Р.М. Міцода, Д.В. Самарін

ВАГІТНІСТЬ У ЖІНОК З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Перебіг вагітності у жінок, у яких під час гестації маніфестують гепатити А, В та С, найчастіше супроводжується підвищенням ризиком самовільного переривання, зростанням числа ранніх токсикозів, анемії та збільшенням числа пієлітів вагітних.

Незважаючи на досягнення медицини та постійне впровадження нових медичних технологій у практику з метою контролю над інфекційними процесами, вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [1-4].

Захворюваність на гепатит А (ГА) сягає 250 випадків на 100 тис. населення в рік у Європейських країнах [5]. Кількість інфікованих гепатитом В (ГВ) має значні географічні коливання – від 0,3-0,5 % серед мешканців Німеччини носійства HBsAg до 30 % у тропічних країнах [4, 6]. На сьогодні у світі 1 млрд інфікованих та 350 млн носіїв вірусу ГВ, які є постійним резервуаром та джерелом збудника [5, 7]. Стосовно гепатиту С (ГС), то він є найбільш розповсюдженою хворобою печінки у світі – носіями його збудника є від 150 до 500 млн землян [8].

Дані про вплив ГА на перебіг вагітності неоднозначні. Частина дослідників вказує на підвищення ризику передчасного її переривання [4], інші ж наголошують на несуттєвості і навіть відсутності впливу [9]. У свою чергу, ГВ є реальною загрозою для життя жінки, плода та новонародженого. Погіршення стану у другій половині вагітності може ускладнитися гострою печінковою недостатністю з енцефалопатією та комою, з високою летальністю (летальність поза вагітністю досягає 0,4-2 %, у вагітних – у 3 рази вища) [1, 3, 10]. При вагітності ГС, як і ГА, особливого впливу на перебіг гестаційного процесу не мають [11, 12], хоча з цим твердженням згодні не всі науковці [13].

Спалахи ГА в Україні та загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності на ГВ та ГС підтверджують необхідність подальшого вивчення впливу гепатитів А, В та С на перебіг вагітності у жінок, що перенесли запалення печінки під час гестації.

Мета дослідження – простежити перебіг вагітності у жінок, в яких під час гестації маніфестували гепатити А, В та С, для прогнозування акушерських ускладнень і запобігання їм.

Матеріали і методи

Проведений аналіз вагітностей у жінок, хворих на ГА (50 випадків), ГВ (43) та ГС (20), які народжували на базі пологового будинку № 4 Києва, і 100 вагітностей у жінок, які народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у Київському пологовому будинку коливалася від 4,9 до 6,2 % при 1,9-2,9 % у фізіологічному відділенні в Ужгороді. Кількість пологів, завершених абдомінальним шляхом, була більшою у жінок з фізіологічного відділення – 12,0-18,0 при 8,4-11,5 % у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність була меншою серед роділь в Ужгороді – 7,4-9,0 при 10,6-14,6 % у Києві. Вагітні були розподілені на 4 групи: I – контрольну (КГ) – склали жінки, які в подальшому народжували в Ужгороді; II – порівняння (ГП) – вагітні, які перенесли ГА; III – ГП I – вагітні, у яких спостерігався ГВ; IV – ГП II – вагітні, хворі на ГС.

Групи були однорідними за віком, соціальним станом, певною мірою за спеціальністю (домогосподині або працювали за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживали у межах одного часового поясу та в умовах помірно-континентального клімату.

У 36 % випадків жінки перенесли ГА легкого ступеня та в 64 % – середнього. Стосовно терміну розпаду клінічної картини ГА, то до 10 тиж. вагітності зареєстровані 8 випадків, від 11 до 20 тиж. – 22; від 21 до 30 – 10 і також 10 випадків у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 6 на висоті пологів. Відповідно до терміну встановлення ГВ, то до 10 тиж. вагітності зареєстровано 4 випадки, від 11 до 20 – 21; від 21 до 30 – 12 і 6 випадків у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 5 на висоті пологів. У 2 випадках зареєстрована антенатальна загибель плода, що супроводжувала ГВ на висоті родів. У 25,6 % вагіт-

них ГВ супроводжувався легкими клінічними проявами, у 72,1 % – середньотяжкими та у 2,3 % – тяжкими. Стосовно ГС, то до 10 тиж. вагітності виявлений 1 випадок, від 11 до 20 – 4; від 21 до 30 – 12 і 3 випадки у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 3 на висоті пологів. 50 % вагітних з реплікацією HCV перенесли гепатит легкого та середнього ступеня тяжкості.

У процесі роботи використовували наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, за потреби, сканування органів гепатобілярної системи. Діагноз вірусного гепатиту встановлювали на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало біохімічні тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу та методом полімеразної ланцюгової реакції. Критерієм активної реплікації HBV було визначення в крові HBeAg.

Статистична обробка результатів клінічного спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0. Для оцінки достовірності отриманих даних використані t-критерій Стюдента, критерій Фішера та кореляційний аналіз.

Результати досліджень та їх обговорення

Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розбита на вікові інтервали, причому жінки молодші 17 та старші 35 років у дослідження не включалися.

У всіх вікових підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, що засвідчують числові дані (критерій Фішера наводиться у групах порівняння стосовно КГ) – ГП ($F=1,50$), ГП-I ($F=0,89$) та ГП-II ($F=1,22$). При визначенні кореляції між групами

порівняння та КГ ($ГП=0,94$; $ГП-I=0,96$; $ГП-II=0,98$) отримані результати свідчать про практичну лінійну залежність (ГП-I та ГП-II) та сильний ступінь лінійного зв'язку між параметрами (ГП).

При вивченні анамнезу встановлена тенденція до зростання числа артифіційних переривань вагітності у жінок з Києва – 14 % представниць КГ та 24 % ГП ($P > 0,05$), 25,6 % ГП-I ($P > 0,05$) при всього 1 випадку (5 %) у жінок, що перенесли ГС. Цікаво, що саме у ГП-II виявлене значне зростання відсотка самовільних викиднів в анамнезі – 75 % при 2 % у КГ ($P < 0,001$). На ерозію шийки матки страждало 10 % представниць ГП, за відсутності цієї патології в інших групах. У групах порівняння частіше виявлялися випадки апендектомії до гепатиту – 16 % у ГП ($P < 0,05$), 11,6 % у ГП-I ($P > 0,05$) та 5 % у ГП-II ($P > 0,05$) при 3 % у КГ. Випадки хронічного тонзиліту виявлялися тільки у групах порівняння – 8 % у ГП, 13,9 % у ГП-I та 15 % у ГП-II. Ускладнення вагітності жінок досліджуваних груп представлені у таблиці 1.

Відповідно до даних таблиці, встановлене зростання кількості загроз самовільного викидня – 38,0 % у ГП ($P < 0,05$), 39,5 % у ГП-I ($P < 0,05$) і 40,0 % у ГП-II ($P < 0,01$) при 20,0 % у КГ, пізнього самовільного викидня у ГП-I (37,2 та 14,0 % у КГ; $P < 0,01$) та загроз передчасних пологів у ГП-II (20 при 10 % у КГ, $P < 0,01$), при тенденції до наростання частоти пізнього самовільного викидня у ГП (18 %, $P > 0,05$) та ГП-II (15 при 14 % у КГ, $P > 0,05$) і загроз передчасних пологів – 20 % у ГП ($P > 0,05$), 16,3 % у ГП ($P > 0,05$) і при 10 % у КГ.

Зареєстрована тенденція до наростання час-

Таблиця 1

Перебіг вагітності у жінок, в яких під час гестації діагностовано ВГ

Ускладнення вагітності	КГ		ГП		ГП-I		ГП-II	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Загроза самовільного викидня	20	20,0	19	38,0	17	39,5	8	40,0
Загроза пізнього самовільного викидня	14	14,0	9	18,0	16	37,2	3	15,0
Загроза передчасних пологів	10	10,0	10	20,0	7	16,3	4	20,0
Ранній токсикоз	6	6,0	8	16,0	5	11,6	2	10,0
Гестаційний набряк	4	4,0	1	2,0	3	6,9	1	5,0
Передекламписія I-II ст.	2	2,0	1	2,0	1	2,3	1	5,0
Пієлонефрит вагітних	-	-	1	2,0	4	9,3	-	-
Фетоплацентарна недостатність	11	11,0	4	8,0	7	16,3	3	15,0
Анемія	18	18,0	5	10,0	8	18,6	8	48,0
Нейроциркуляторні дистонії	6	6,0	10	20,0	1	2,3	1	5,0
ГРВІ	2	2,0	5	10,0	1	2,3	-	-
Наркоманія	-	-	-	-	1	2,3	1	5,0
Вагітність без ускладнень	36	36,0	-	-	-	-	-	-

тоти ранніх токсикозів – 16 % у ГП ($P > 0,05$), 11,6 % у ГП-I ($P > 0,05$) та 10 % у ГП-II ($P > 0,05$) при 6 % у КГ та числа гестаційних набряків у ГП-I (6,9 %, $P > 0,05$) та ГП-II (5 %, $P > 0,05$) при 4 % у КГ. Передекламписії легкого та середнього ступеня ускладнювали перебіг вагітностей представниць досліджуваних груп майже з однаковою частотою, крім зростання показника у групі хворих на ГС – 5 % при 2 % у КГ ($P > 0,05$). Пієлонефрит встановлено у 9,3 % жінок, що мали ГВ, та 2,0 % – ГА. Цієї недуги не було у представниць КГ та ГП-II.

Частота фетоплацентарної недостатності була незначно підвищена у породіль ГП-I (16,3 %, $P > 0,05$) та ГП-II (15 %, $P > 0,05$) при 11 % у КГ. Вірогідне зростання числа анемії виявлене тільки у жінок, які перенесли ГС – 48 та 18 % у КГ ($P < 0,05$).

По одній представниці ГП-I та ГП-II мали наркоманію. У 36 % представниць Закарпаття вагітність перебігала без ускладнень.

Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для остаточного визначення впливу вірусів гепатитів А, В та С на перебіг вагітності, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення гестаційного процесу. Можливо, було б цікавим з практичного і наукового погляду провести порівняння перебігу вагітності з жінками, в яких на час гестації не було ознак реплікації збудників ВГ.

Висновки

1. Жінки, в яких під час вагітності розвивався ВГ, частіше страждають на хронічний тонзиліт, а наступленню вагітності передують більша кількість артифіційних переривань (ГА та ГВ) і самовільних викиднів (ГС).

2. Для перебігу вагітності у жінок, які мають ГА, характерне підвищення ризику самовільного викидня, зростання кількості випадків ранніх токсикозів і випадків гострих респіраторних захворювань.

3. Для жінок, які мали активну реплікацію HBV, типовими ускладненнями гестації є підвищення ризику самовільного переривання, числа гестаційних набряків, ранніх токсикозів, пієлонефритів вагітних, фетоплацентарної недостатності та анемії.

4. Найчастішими ускладненнями вагітності при ГС є загроза самовільного переривання, ранні токсикози та анемії.

Література

1. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2004. – 143 с.
2. Шехтман М.М. Острые вирусные гепатиты: перинатальные исходы // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 4. – С. 3-5.
3. Acharya S.K., Panda S.K., Saxena A., Gupta S.D. Acute hepatic failure in India: a perspective from the East // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – V. 15, N 5. – P. 473-479.
4. Bryan J.P., Reyes L., Hakre S. et al. Epidemiology of acute hepatitis in the Stann Greek District of Belize, Central America // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2001. – V. 65, N 4. – P. 318-342.
5. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 424 с.
6. Renge R.L., Dani V.S., Chitambar S.D., Arankalle V.A. Vertical transmission of hepatitis A // Indian. J. Pediatr. – 2002. – V. 69, N 6. – P. 535-541.
7. Wathne K.O., Rojahn A. Hepatitis B in children diagnosis, follow-up and treatment // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2002. – N 30. – P. 1984-1984.
8. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Топольницький В.С. Вірусні гепатити. – К.: Фенікс, 2002. – 296 с.
9. Chen D.S. Public health measures to control hepatitis B virus infection in the developing countries of the Asia-Pacific region // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – V. 15. – P. 7-10.
10. De Silvestri A., Avanzini M.A., Terulla V. et al. Decline of maternal hepatitis A virus antibody levels in infants // Acta Paediatr. – 2002. – V. 91, N 8. – P. 882-886.
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
12. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2002. – V. 81, N 2. – P. 99-103.
13. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter. Arkh. – 2000. – V. 72, N 10. – P. 46-49.

PREGNANCY OF WOMEN WITH VIRAL HEPATITES

Ye.V. Kokhanevych, L.I. Chernyshova, R.M. Mitsoda, D.V. Samarin

SUMMARY. The pregnancy course of the women suffering from the viral hepatitis A, B and C with active replication most often resulted in the increase of the rate of miscarriage threat, increase the number of early toxemia, anemia and pyelitis of pregnant women.