



А.Н. Рымашевский, А.Е. Волков, Л.А. Терехина, Э.А. Ковалева, Г.А. Уелина

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕПАТИТОМ С

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
E-mail: avolkov@aaanet.ru*

Цель: оценка влияния инфицирования вирусным гепатитом С (ВГС) на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

Материалы и методы: обследовано 49 беременных, страдающих ВГС (основная группа). Группу сравнения составили 124 «практически здоровые» женщины с физиологическим течением беременности. В группах оценивали паритет, клинико-лабораторные показатели крови (общий анализ крови, гематокрит, лейкоцитарный индекс интоксикации), течение беременности, родов, состояние новорожденных детей и их заболеваемость.

Результаты: беременность при ВГС протекает с высокой частотой развития фетоплацентарной недостаточности (практически в 2 раза чаще, чем в группе контроля, $p < 0,05$). Влияние ВГС на течение родов не выявлено: роды протекали в большинстве случаев так же, как и в группе сравнения. Однако при практически равных объемах кровопотери в группах частота послеродовой анемии у родильниц, инфицированных ВГС, наблюдалась достоверно чаще ($p < 0,05$). Структура перинатальной патологии новорожденных у женщин, инфицированных ВГС, представлена в основном замедлением роста и недостаточностью питания плода и расстройствами, связанными с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении.

Заключение: ВГС является фактором, влияющим на течение беременности, но не влияющим на развитие перинатальной патологии у новорожденных.

Ключевые слова: гепатит С, беременность, роды, перинатальные исходы.

A.N. Rymashevsky, A.E. Volkov, L.A. Terekhina, E.A. Kovaleva, G.A. Uelina

ANALYSIS OF PREGNANCY, LABOR AND PERINATAL OUTCOMES OF WOMEN WITH HEPATITIS C

*Rostov State Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology № 1
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia.
E-mail: avolkov@aaanet.ru*

Purpose: Estimate the influence of infection with hepatitis C virus (HCV) on pregnancy, childbirth and neonatal status.

Materials and Methods: Examined 49 pregnant women with HCV (core group). Comparison group consisted of 124 apparently healthy women with physiological pregnancy. In the groups evaluated parity, clinical and laboratory parameters of blood (blood count, hematocrit, leukocyte index of intoxication), during pregnancy, birth, state of newborn babies and their incidence.

Results: Pregnancy with HCV occurs with a high incidence of placental insufficiency (almost 2 times more frequently than in the control group, $p < 0,05$). Effect of HCV on the course of childbirth is not revealed: progress of labor in most cases the same way as in the comparison group. However, in almost equal amounts of blood loss in groups the frequency of postpartum anemia in parturients infected with HCV, we observed significantly more frequently ($p < 0,05$). The structure of perinatal pathology in infants of women infected with HCV, represented mainly by slowing growth and fetal malnutrition and disorders related to shortening the duration of pregnancy and low birth weight.

Summary: HCV is a factor influencing the course of pregnancy, but does not affect the development of perinatal pathology in infants.

Keywords: hepatitis C, pregnancy, childbirth, perinatal outcomes.



Введение

Вирусный гепатит С (ВГС) был открыт как нозологическая единица в 80-х годах прошлого столетия. Однако, несмотря на недолгую историю, успел занять прочное место среди заболеваний, значительно ухудшающих качество жизни больных и часто имеющих неблагоприятный прогноз. Данные о месте ВГС среди причин акушерской патологии весьма противоречивы [1]. Если одни исследователи не выявляют прямой зависимости между наличием вируса и возникновением осложнений беременности и родов [2], то другие указывают на повышенную частоту заболевания ВГС в группах женщин с осложненным течением беременности и родов [3].

Влияние беременности на течение ВГС при поверхностном анализе кажется парадоксальным [4]. Несмотря на то, что гестационный процесс характеризуется повышенной нагрузкой на печень, связанной с необходимостью детоксикации плода, беременность благоприятно сказывается на манифестации заболевания [5]. Поскольку повреждение печени при ВГС преимущественно иммуноопосредовано, активность печеночного процесса нередко снижается во второй половине беременности за счет физиологической иммуносупрессии [6].

В настоящий момент считается, что у большинства больных ВГС беременность не представляет значительного риска для матери [7]. Женщинам, инфицированным ВГС, беременность не противопоказана. Некоторые авторы указывают [8], что во время беременности при острой или хронической инфекции ВГС не повышается риск акушерских осложнений, включая аборт, мертворождения, преждевременные роды или врожденные пороки. Тем не менее, у женщин с ВГС отмечено относительное увеличение отягощенного течения родов (60,5%) [9]: учащение родового излития околоплодных вод (29%), слабости родовых деятельности (8%), наличия плоского плодного пузыря (5,5%) и других [10].

Таким образом, в литературе, посвященной ВГС и беременности нет единого мнения о взаимовлиянии этих состояний. Несмотря на то, что указания на акушерские осложнения при ВГС немногочисленны, нельзя забывать о вертикальной передаче вируса и ее последствиях для новорожденного.

Цель: оценка влияния инфицирования ВГС на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

Материалы и методы

Обследовано 49 беременных, страдающих ВГС (основная группа). Возраст пациенток колебался от 15 до 39 лет (в среднем $25,23 \pm 0,77$ лет). Группу сравнения составили 124 «практически здоровые» женщины с физиологическим течением беременности. Различий по возрасту, анамнезу, паритету среди пациенток обеих групп обнаружено не было.

В группах проводили исследование общего анализа крови (ОАК), гематокрита, уровня белка, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), сравнивали вес рожденных детей в группах, его динамику в раннем неонатальном периоде, изучали заболеваемость новорожденных.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы MS Excel-2003. Достоверное отличие признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента (при $p = 95\%$). Оценку

различий показателей крови до и после родов проводили с использованием методики связанных групп.

Результаты и обсуждение

Длительность заболевания ВГС в анализируемой группе была от 8 месяцев до 4-х лет. Случаев первичного выявления ВГС не было. Соматические хронические неспецифические заболевания в стадии ремиссии были выявлены у 11 беременных (22,5%).

При исследовании ОАК беременных, инфицированных ВГС, непосредственно перед родами было выявлено, что в 63,2% случаев эти показатели не отличались от нормы. В 10,2% случаев была выявлена анемия I степени. В контрольной группе анемию I степени регистрировали реже (6,45%, при $p < 0,05$).

Достоверные отличия наблюдали в показателях гематокрита, ЛИИ, СОЭ и уровня белка у беременных с ВГС по сравнению с контрольной группой. Различия в общем нейтрофилёзе оказались недостоверными. Лейкоцитарный индекс интоксикации в основной группе составили $2,42 \pm 0,15$ против $2,96 \pm 0,14$ в группе контроля. Показатель СОЭ у женщин с ВГС был достоверно ниже, чем в группе контроля (18,87 против 23,23 мм/ч, при $p < 0,05$). Кроме того, было отмечено более высокое содержание белка. Высокое содержание лимфоцитов определило низкий удельный вес сегментоядерных нейтрофилов.

Осложнения течения беременности в III триместре чаще наблюдали в основной группе (67,35%), чем в группе контроля (50,81%) ($p < 0,05$). Достоверно чаще диагностировали фетоплацентарную недостаточность (34,7% случаев). Гестозы, родовое излитие околоплодных вод, маловодие, анемию, интимное прикрепление плаценты регистрировали чаще у беременных, инфицированных ВГС.

Среди способов родоразрешения в группе женщин, страдающих ВГС, преобладали спонтанные роды в срок через естественные родовые пути (47 пациенток; 95,8%). Родоразрешение путем кесарева сечения в основной группе наблюдали реже, чем в контрольной. В основной группе у 1-й пациентки (2,04%) роды были преждевременными и у 1-й (2,04%) - запоздалыми. В контрольной группе отмечалась аналогичная картина: роды в срок произошли у 114 женщин (91,9%); преждевременные роды – у 2-х (1,6%), запоздалые – у 8 (6,5%).

При родоразрешении через естественные родовые пути объем кровопотери был практически одинаковым в обеих группах.

Всем больным основной группы после родов исследовали показатели ОАК. У 18 (36,73%) родильниц этой группы была выявлена послеродовая анемия, причем у 2-х – II степени (родовая анемия наблюдалась у 5-и – 10,20%). Необходимо отметить, что в группе контроля анемию после родов регистрировали в 20,1% случаев (II степени – у 4,03%), а до родов – в 6,45% случаев. Показатели крови после родов в основной группе зависели от пути родоразрешения. Изучение различий показателей крови до и после родов проводили с использованием методики связанных групп. Различия оказались достоверными практически во всех показателях в основном за счет естественных родов.

При оперативном родоразрешении после родов большинство показателей общего анализа крови (кроме содержания гемоглобина и количества эритроцитов) практически не отличались от родовых.



Уровень гемоглобина и количество эритроцитов в основной группепосле родов не отличались от таких в группе контроля, а количество лейкоцитов и СОЭ было выше. Лейкоцитарная формула в группах достоверно отличалась: в основной группе нейтрофилез оказался несколько ниже, чем в группе контроля, что было связано с более высоким уровнем лимфоцитов.

При сравнении различий в показателях ОАК между группами были получены следующие результаты: количе-

ство лейкоцитов ($8,061 \cdot 10^9/\text{л}$ против $7,391 \cdot 10^9/\text{л}$ в группе контроля); общий нейтрофилез (72,9% против 78,53%); уровень СОЭ (17,9 мм/ч против 22,5 мм/ч) и ЛИИ (3,01 против 3,72). При оперативном родоразрешении в основной группедостоверных отличий в показателях ОАК после родов по сравнению с контрольной группой не выявлено. Из рисунка видна идентичность изменения показателей ОАК до и после родов в группах, что указывает на неоднозначность влияния родов на состояние крови роженицы.

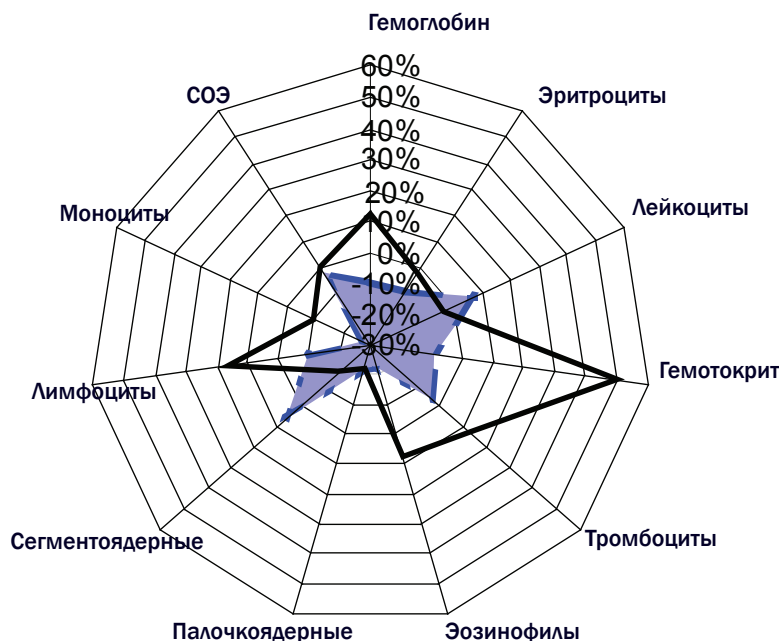


Рис. Диаграмма относительного изменения показателей ОАК до и после родов в анализируемых группах при естественных родах.
(0% – исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы, пунктирная – группа контроля)

При оценке статуса новорожденных обеих групп было выявлено, что значительная доля значений шкалы Апгар на 1 минуте сосредоточена на значении «7» (94% наблюдений), а на 5-й минуте – на 8 баллах – (92% наблюдений). Различий в состоянии ребенка на основании данных шкалы Апгар между анализируемыми группами на 1-й и на 5-й минутах не выявлено.

Средняя масса детей от матерей, инфицированных ВГС, при рождении без учета срока родов составила $3371,4 \pm 74,37$ г; при родах в срок – $3382,979 \pm 73,17$ г; при преждевременных – $2300 \pm 58,93$ г (для сравнения в группе контроля: без учета срока родов $3607,21 \pm 46,09$ г; при родах в срок – $3580,93 \pm 45,58$ г; при преждевременных $2150,0 \pm 250,0$ г). Различия в массе тела при рождении детей в группах оказались незначимыми.

Масса при рождении у новорожденных основной группы(роды в срок) варьировала от 2100 до 4450 г.

($3382,98 \pm 73,17$ г). Физиологическая потеря веса длилась от 2-х до 4-х суток ($2,95 \pm 0,08$ суток), а максимальная потеря веса в среднем составила $213,91 \pm 9,66$ г.

Длительность физиологической потери массы тела новорожденным оказалась практически одинаковой в обеих группах. Зависимости максимальной потери веса; длительности периода физиологической потери веса; скорости потери веса и скорости восстановления веса от массы тела при рождении не выявлено. Относительная скорость потери веса, относительная потеря массы тела и скорость восстановления веса новорожденных в основной группе было достоверно ниже в сравнении с контрольной группой. Интерпретировать полученные результаты следует следующим образом: дети, рожденные от женщин, инфицированных ВГС, медленнее и меньше теряли в весе в период физиологической потери веса, но и медленнее прибавляли в весе. Причем данная динамика



не зависела от массы при рождении, а относительная скорость прибавки массы тела не зависела от минимальной массы новорожденного.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что ранний неонатальный период у детей, рожденных от матерей, инфицированных ВГС, отличается от аналогичного периода новорожденных контрольной группы незначительно.

Заболевания новорожденных основной группы, связанные с течением беременности и родов, регистрировали в 10,2% случаев (5 из 49 новорожденных). Во всех случаях было выявлено только одно заболевание. В 4-х случаях (8,16%) отмечено замедление роста и недостаточность питания плода; в одном (2,04%) – расстройств, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении. Заболеваемость новорожденных обеих групп была сопоставима.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что состояние беременных, инфици-

рованных ВГС, незначительно отличается от состояния практически здоровых женщин. Беременность при ВГС протекает более тяжело с высокой частотой развития ФПН (практически в 2 раза чаще, чем в группе контроля). Кроме того, достоверно чаще у одной беременной сочетаются две и более патологии беременности. Влияния ВГС на течение самих родов выявлено не было: роды протекали в большинстве своем так же, как и у практически здоровых рожениц. Однако при практически равных объемах кровопотери в основной и контрольной группах, частота послеродовой анемии у рожениц, инфицированных ВГС, наблюдалась достоверно чаще. Отметим, что у женщин, инфицированных ВГС, структура перинатальной патологии новорожденных представлена в основном замедлением роста и недостаточностью питания плода и расстройствами, связанными с укорочением срока гестации и малой массой тела при рождении. На основании вышесказанного можно сделать заключение, что ВГС является фактором, влияющим на течение беременности, но не влияет на развитие перинатальной патологии у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jones J.S., Dieterich D.T. Treatment of hepatitis C virus and HIV coinfection: the road less traveled // *AIDS Read.* – 2001. – V.11, №10. – P.505-510.
2. Alric L., Costedoat N., Piette J.C. Hepatitis C and pregnancy // *Rev. Med. Interne* – 2002. – V.23, №3. – P.283-291.
3. Ищук Н.Д., Кузьмин В.Н. Вирусный гепатит С и беременность // *Терапевтический архив.* – 2000. – Т.72. – №10. – С.46-49.
4. Conte D., Colucci A., Minola E. et al. Clinical course of pregnant women with chronic hepatitis C virus infection and risk of mother-to-child hepatitis C virus transmission // *Dig. Liver Dis.* – 2001. – V.33, № 4. – P.366-371.
5. Chen J.D., Chung J.L., Kao J.H. Post-partum acute exacerbation of chronic hepatitis in a hepatitis C-carrier mother // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2001. – V.16, № 6. – P.705-708.
6. Nordbo S.A., Johansen O.J., Brubakk A.M. Vertical transmission of hepatitis C virus in Sor-Trondelag // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 2002. – V.122, № 20. – P.1977-1980.
7. Roberts E.A., Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection // *Hepatology* – 2002. – V.36, № 1. – P.106-113.
8. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* – 2002. – V.81, № 2. P.99-103.
9. Njoum R., Pasquier C., Ayoub A. Hepatitis C virus infection among pregnant women in Yaounde, Cameroon: prevalence, viremia, and genotypes // *J. Med. Virol.* – 2003. – V.69, № 3. – P.384-390.
10. Nie Q., Wang P., Zhou Y. Quantitation of hepatitis C virus RNA in amniotic fluid of gravida infected by hepatitis C virus // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* – 2002. – V.37, № 1. – P.19-21.

ПОСТУПИЛА: 25.11.2010