

2. Симоненков А.П., Федоров В.Д. // Анестезиол. и реаниматол.– 1998.– №3.– С. 32–35.
3. Чернух А.М. и др. Микроциркуляция.– М., 1984.
4. Лязаренко В.А., Симоненков А.М., Лазарев Е.В. // Ангиология и сосудистая хирургия.– 2003.– Т.9, №2.
5. Симоненков А.П., Федоров В.Д. Анестезиология и реаниматология.– 2000.– №6.– С.73–76
6. Суворов Г.А. и др. Общая вибрация и вибрационная болезнь/ Под ред. Н.Ф. Измерова.– М., 2000.– 151 с.
7. Итоги и перспективы исследований по актуальным проблемам медицины труда. / Сб. акт. речей ведущих НИИ медицины труда.– М., 2003.– С.57–63
8. Медико-экологические проблемы здоровья работающих / Сб. мат-лов.– Ростов-на-Дону, 2003.– С.43, 111, 144, 168, 174, 195.

УДК 616.9-036.22; 616.36-002

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Т.Ю. ГУРСКАЯ, И.Г. НИКИТИН, Н.И. РАЗМАХНИНА*

Хронический гепатит С (HCV) – актуальная медико-социальная проблема, что связано с широким его распространением, объективными трудностями в его диагностике и тяжелыми последствиями (формирование цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы и т.д.). По данным Национального Института Здоровья США, в 1997 г. в стране насчитывалось ~4 млн. человек с носительством HCV [6]. Схожая статистика распространности хронической HCV-инфекции и в странах Европы [5].

Особую категорию больных HCV представляют беременные женщины. До сих пор нет данных о течении HCV на фоне беременности. Работы по этому вопросу носят разрозненный и противоречивый характер [1–2], в связи с чем весьма актуальна проблема диагностики хронического HCV у беременных.

Точной и объективной статистики о распространенности хронического HCV среди беременных женщин в России пока нет, однако, по данным ведущих гепатологических центров страны, свыше 60% всех форм хронических диффузных заболеваний печени в качестве этиологической причины имеют под собой хроническую HCV-инфекцию в чистом виде или в ассоциации с другими гепатотропными вирусами [1–2]. Причем более половины из обследованных – это люди в возрасте от 16 до 34 лет [3–4]. Именно к этому возрасту относится самый активный репродуктивный период у женщин, и можно предположить, что процент распространения HCV среди беременных достаточно высок. Поэтому вопросы адекватной диагностики HCV важны для изучения его развития и клинического течения.

В тканевой культуре размножение вируса происходит медленно, и в настоящее время нет систем обнаружения антигена, поэтому клиническая диагностика сводится к определению серологической реакции на гепатит, либо к обнаружению вирусного генома (РНК гепатита С). Развитие антител, достаточное для их выявления, иногда происходит спустя несколько месяцев после острой инфекции HCV, поэтому одним из недостатков существующих серологических анализов является их неспособность обнаружить острую инфекцию гепатита этого типа, протекающего без явных клинических симптомов во время беременности.

Острый HCV диагностируется выявлением вирусного генома путем полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исчисление вирусных геномов имеет значение для диагностики острого состояния, что связано инфицированием HCV ребенка [7–8].

Цель работы – оценка состояния диагностики хронического HCV у беременных на базе 2 акушерского отделения клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 132 женщины, поступивших в стационар за период с января 2001 по декабрь 2004 года. Основную группу составили женщины, в сыворотке крови которых определялись суммарные антитела к вирусу гепатита С – anti-HCV. Срок беременности составил 18±4 нед. беременности. Диагноз ставили на

основании клинико-лабораторных данных и дополнительных методов исследования (УЗИ органов брюшной полости), а также анамнеза заболевания. Для оценки течения хронического HCV во время беременности использовали результаты биохимического обследования сыворотки крови: АЛТ, АСТ, конъюгированный билирубин, ГТТП, ПТИ, холестерин, альбумин.

Результаты исследования. У 104 женщин (79%) anti-HCV впервые выявлены во время беременности. У 28 женщин (21%) anti-HCV выявлены за 1–2 года до наступления беременности. При этом только 10 женщин (7%) смогли указать на возможный момент инфицирования: после переливания крови – 7 женщин (5%) или после хирургических вмешательств – 3 женщины (2%).

Средний возраст лиц основной группы составил 27±7 лет и достоверно не отличался от возраста anti-HCV-негативных женщин контроля (60 чел.). Течение беременности у 28 женщин (21%) осложнилось токсикозом первой половины беременности, у 46 (35%) – угрозой прерывания беременности в ранние сроки.

Беременность закончилась своевременными родами у 120 женщин (91%), преждевременные роды были у 12 (9%). Роды через естественные родовые пути произошли у 100 женщин (75%), операция кесарева сечения сделана 32 беременным (25%), из них в связи с нарастанием степени тяжести внутриутробной гипоксии плода – 6 (5%), с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – у 8 (6%), в 14% случаев имела совокупность показаний к операции.

Из биохимических сдвигов чаще отмечалось повышение АЛТ сыворотки крови, этот феномен зарегистрирован у 68 (52%) беременных, у остальных этот параметр был нормальным. Рост уровня АСТ зарегистрирован у 40 лиц из 132 (30%), конъюгированного билирубина – у 34 (26%), уровня ГТТП у 23 (17%), снижение уровня ПТИ отмечалось у 20 (15%) женщин, уровня холестерина – у 17 (13%), уровня альбуминов – у 21 (16%).

Изолированное повышение уровня АЛТ у женщин с предполагаемым хроническим HCV, по полученным нами данным, – самый распространенный признак биохимических сдвигов. По полученным данным можно рассчитать чувствительность и специфичность каждого из биохимических сдвигов. Чувствительность параметра «повышенный уровень АЛТ» будет ≤60%.

Видимо, беременность вызывает в организме женщины специфические изменения биохимических показателей крови, проявляющиеся в основном цитолитическим синдромом – ростом уровня сывороточных трансаминаз (чаще – аланиновой и в меньшей степени – аспарагиновой). Сочетание позитивных тестов на anti-HCV с цитолитическим синдромом весьма вероятно предполагает наличие хронического HCV (существует возможность иных причин повышения трансаминаз, ложноположительные результаты anti-HCV), что предполагает необходимость всестороннего обследования беременной для верификации диагноза хронического HCV с использованием метода ПЦР (PCR – RT HCV RNA), раздельного определения антител к детерминантам HCV, а в ряде случаев и выполнения пункционной биопсии печени. Проведенные методы исследования позволяют подтвердить диагноз хронического HCV, выработать тактику ведения беременности и способ родоразрешения.

Литература

1. Кривоустова А.В. и др. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.– 1997.– Т. 7, №5.– С.149.
2. Львов Д.К. // Рос. гастроэнтерол. ж.– 1998.– №1.– С. 4–6.
3. Соринсон С.Н. Вирусный гепатит.– 2 изд., СПб, 1997.
4. Соринсон С.Н. и др. // Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы.– 1999.– Т. 1, №5.– С. 17–21.
5. Allison M. et. al. // J. Hepatol.– 1994.– № 21.– P. 1135–1139.
6. National Institutes of Health consensus Development Conference Panel Statement: Management of hepatitis // С Hepatology.– 1997.– Vol. 269, suppl. 1.– P. 2–10.
7. Seeff L.B. et. al. // N Engl J med.– 1992.– Vol. 327.–P.1906–1911.
8. Wright T.L. // Gastroenterology.– 1993.– Vol.104.– P.640–643.

* Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова