

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ГОСТРИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ

Шифр МКХ-10 (В15-В19)

Гострий вірусний гепатит – це дифузне запалення печінки, вірусної етіології, яке супроводжується жовтяницею та причина якого не пов'язана з вагітністю.

Класифікація за МКХ-10

В15 гострий гепатит А

В15.0 Гепатит А з печінковою комою

В15.9 Гепатит А без печінкової коми

Гепатит А (гострий), (вірусний) БДВ

В16 гострий гепатит В

В16.0 Гострий гепатит В з дельта - агентом (коінфекція) і печінковою комою

В16.1 Гострий гепатит В з дельта - агентом (коінфекція) без печінкової коми

В16.2 Гострий гепатит В без дельта - агента із печінковою комою

В16.9 Гострий гепатит В без дельта - агента і без печінкової коми

Гепатит В (гострий), (вірусний) БДВ

В 17 інші гострі вірусні гепатити

В17.0 Гостра дельта (супер) - інфекція у носія гепатиту В

В17.1 Гострий гепатит С

В17.2 Гострий гепатит Е

В17.8 Інший уточнений гострий вірусний гепатит

Гепатит ні А ні В (гострий), (вірусний) ННК

В 19 Неуточнений вірусний гепатит

В 19.0 Неуточнений вірусний гепатит з комою

В 19.9 Неуточнений вірусний гепатит без коми

Вірусний гепатит БДВ

Клінічна класифікація вірусних гепатитів.

Виділяють вірусні гепатити:

А. За етіологією:

1. Вірусний гепатит А

2. Вірусний гепатит В

3. Вірусний гепатит С

4. Вірусний гепатит Е

5. Вірусний гепатит D

6. Вірусний гепатит G

7. Вірусний гепатит F

Б. За вираженістю клінічних проявів:

1. Безсимптомні форми:

- інапарантна;

- субклінічна.

2. Маніфестні форми:

- безжовтянична;

- жовтянична.

В. За циклічністю перебігу:

1. Циклічні.

2. Ациклічні.

Г. За ступенем тяжкості:

1. Легка.

2. Середньої тяжкості.

3. Тяжка.
4. Вкрай тяжка (фульмінантна).

Д. Ускладнення:

1. Гостра і підгостра дистрофія печінки (гостра печінкова енцефалопатія).
2. Функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів та жовчевого міхура.
3. Позапечінкові ураження (індукція імунокомплексних та аутоімунних захворювань).

Е. За наслідками:

1. Видужання.
2. Залишкові ознаки патології (постгепатитна гепатомегалія і гіпербілірубінемія, затяжна реконвалесценція – астеновегетативний синдром).
3. Хронічний гепатит.
4. Цироз печінки.
5. Первинний рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома).

Діагностика гепатитів

Клінічні дані.

Наявність одного чи більше синдромів:

- інтоксикаційний синдром;
- астеновегетативний синдром;
- холестатичний синдром;
- мезанхімально-запальний синдром;
- цитолітичний синдром;
- інші.

Лабораторні показники.

1. Загальний аналіз крові – лейкопенія (можливо лейкоцитоз), лімфопенія, зниження ШОЕ, тромбоцитопенія.

2. Біохімічні показники крові – підвищення загального білірубіну переважно за рахунок прямого, підвищення активності АлАТ, і у меншій мірі АсАТ, диспротеїнемія, підвищення тимолової проби (не змінюється при ГВГВ), зниження сулемової проби, альбуміно-глобулінового, альбуміно-гамаглобулінового коефіцієнтів, протромбінового індексу та фібриногену, поява продуктів розпадів.

3. Специфічне обстеження (виявлення у крові):

Методом ІФА:

- гепатит А- анти-НАV IgM – навіть однократне виявлення є абсолютним доказом захворювання (з'являються в крові за 4-5 днів до виявлення симптомів захворювання та зникають через 6-8 міс.);

- гепатит В – HBsAg (основний маркер інфікування HB – вірусом, виявляється з 3-5 тижня захворювання і визначається 70-80 днів), HBeAg (маркер епідеміологічного ризику, активної реплікації вірусу та трансмісії від матері до плоду; ризик враження плода при цьому підвищується до 90%), HBcAg (у крові не визначається, але можуть бути антитіла до нього – анти HBcIgM та HBcIgG, що свідчить про етіологію ГВГВ та про перспективу вірусоносійства), HBcorAg, HBxAg, анти-HBc IgM;

- гепатит С - анти- HCV IgM (діагностичне значення при хронічному гепатиті);

- гепатит D – HBsAg (маркер активної реплікації вірусу при гострому гепатиті), анти- HDV IgM (з'являються на 10-15 день захворювання і зберігаються 2,5-3 міс.);

- гепатит E- анти- HEV IgM.

Методом ПЛР (по можливості):

- гепатит А- РНК HAV;
- гепатит В –ДНК HBV;
- гепатит С- РНК HCV;
- гепатит D- РНК HDV;
- гепатит E- РНК HEV.

4. Уробілінурія.

Про несприятливий прогноз гепатиту свідчать:

- поява геморагічного і асцитично-набрякового синдрому;
- підвищення рівня загального білірубину більше як 200 мкмол /л за рахунок непрямого;
- зниження активності АлАТ до норми на фоні наростання інтоксикації та росту рівня білірубину;
- значне зниження рівня загального білка, альбуміно/глобуліновий коефіцієнт <1, альбуміно/гаммаглобуліновий коефіцієнт <2,5;
- зниження протромбінового індексу $\leq 50\%$ і фібриногену.

ГВГВ представляє реальну загрозу для життя жінки, плода і новонародженого.

Етапи надання медичної допомоги:

1. Жіноча консультація:

- оцінка стану вагітної;
- встановлення попереднього діагнозу спільно з терапевтом та інфекціоністом;
- вирішення питання щодо необхідності та місця госпіталізації;
- гострий гепатит є протипоказом до переривання вагітності у будь-якому терміні;
- ризик переривання вагітності підвищується в два рази, в II-III триместрі ризик вищий, ніж в I-му (С).

2. Інфекційне відділення (до 36 тижнів вагітності чи до початку пологової діяльності).

3. Обсерваційне відділення пологового будинку.

4. Лікування та реабілітація породіль в амбулаторних умовах.

Принципи надання медичної допомоги.

1. Лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного і психічного навантаження.

2. Дієта № 5 а, 5 в залежності від періоду хвороби, тяжкості її протікання. Необхідно забезпечити хворій не менше 2000 ккал на добу чи 8374 кДж на добу. Забезпечується така кількість калорій за рахунок білків (1,5 – 2 г/кг маси тіла на добу), жирів (0,8 – 1,8 г/кг маси тіла на добу), вуглеводів (4 – 5 г/кг маси тіла на добу). Половина отриманих з їжею білків має бути рослинного походження.

3. При легкому та середньому ступеню тяжкості гепатиту лікування обмежується наданням лікувально-охоронного режиму та дієтою (А).

4. Специфічне протівірусне лікування вірусних гепатитів під час вагітності не проводиться.

5. Дезінтоксикаційна терапія з метою виведення шкідливих метаболітів із крові, корекції водно-електролітного та кислотно-лужного балансу. забезпечується призначенням ентеросорбентів, а також внутрішньовенного крапельного введення 5% розчину глюкози, 0,9% натрію хлориду та інших кристалоїдних розчинів з урахуванням клініко-лабораторних показників При тяжкій формі – амінокислотні

суміші 2 –3 рази на тиждень по 500 мл інфузійно, повільно, протягом 12 – 24 годин, 7 – 10 вливань на курс, бажано на фоні введення глюкозо – інсуліно – калієвої суміші (В). Рибоксин по 0,2 г 4 рази в день при ГВГВ (С).

6. Ферментативна терапія призначається у разі дефіциту власних ензимів для зменшення навантаження на травну систему та покращення роботи кишківника. Застосовують поліферментні препарати, які призначають хворим тричі на день під час їжі.

7. У разі виникнення поліорганної недостатності проводиться інтенсивна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії.

8. У період реконвалесценції призначають гепатопротектори.

9. При гострому вірусному гепатиті вітамінотерапія не показана.

10. Лікування загрози переривання вагітності та інших акушерських та перинатальних ускладнень.

11. Лабораторний контроль проводять у залежності від перебігу захворювання. При легкій і середньої тяжкості – один раз на 2 дні, при тяжкій формі - щодня проводиться повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін) та визначення: білку, цукру, сечовини, креатиніну, трансамінази, білірубіну, електролітів, фібриногену та продуктів його розпаду, протромбіну і протромбінового часу. Щодня – аналіз сечі.

Принципи надання акушерської допомоги.

1. З початком пологової діяльності хвору госпіталізують до обсерваційного відділення.

2. Пологи ведуть через природні пологові шляхи:

- у гострій стадії захворювання пологи не загрожують роділлі ускладненнями, які пов'язані з гепатитом (С);

- пологи ведуть як передчасні (С).

- кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини (А).

- профілактика кровотечі у III періоді пологів (А).

- з метою профілактики інфекційних ускладнень не застосовуються препарати з переважно печінковим шляхом елімінації та з гепатотоксичною дією. Препаратами вибору є цефалоспорины II – III генерації та напівсинтетичні пеніциліни.

3. У післяпологовому періоді:

- лікувально – охоронний режим;

- дієтичне харчування;

- аналіз сечі – один раз у три дні;

- загальний аналіз крові;

- біохімія крові та коагулограма – за показаннями;

- спостереження інфекціоніста, терапевта.

4. У всіх новонароджених від інфікованих HCV матерів у сироватці крові визначається материнські анти – HCV, які проникають крізь плаценту. У неінфікованих дітей антитіла зникають у першій рік життя. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування дитини (А). Новонароджений не є безпечним для інших новонароджених.