

УДК 616.36-002-007-053.1-084

**ВРОЖДЕННЫЙ ГЕПАТИТ В:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ***Романова Е. И., Красавцев Е. Л.***Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь****Введение**

По оценкам ВОЗ более трети населения планеты имеют какие-либо маркеры перенесенной или текущей HBV-инфекции. Более 350 млн человек живут с хроническим гепатитом В (ХГВ). Перинатальная трансмиссия HBV по данным разных авторов колеблется в пределах от 9 до 39 % новорожденных у матерей с высоким уровнем вирусемии. При вертикальном пути передачи у 80–90 % детей формируется ХГВ, в то время как при заражении детей в возрасте до 6 лет риск развития ХГВ составляет 30 %, а при инфицировании в старшем возрасте этот риск снижается до 12 %. [1].

Существует три возможных пути передачи HBV-инфекции от матери ребенку:

1. Пренатально (внутриутробно или трансплацентарно).
2. Интранатально (во время родов).
3. Постнатально (во время ухода за детьми или при грудном вскармливании).

На частоту вертикальной передачи влияют различные факторы. Риск передачи гепатита В во время родов зависит от длительности и выраженности контакта новорожденного с цервикальным секретом и материнской кровью. Кроме того, известно, что риск вертикальной передачи HBV-инфекции тесно связан с наличием в крови у беременной HBeAg и высокой вирусной нагрузкой. Для новорожденного, у матери которого имеются положительные HBsAg и HBeAg, в отсутствие своевременной иммунопрофилактики риск развития ХГВ составляет 70–90 %. Для детей, рожденных от матерей с положительным HBsAg и отрицательным HBeAg риск вертикальной передачи от 10 до 40 % [2].

Своевременная активно-пассивная иммунизация, то есть сочетание вакцины и высоко титрованного иммуноглобулина против гепатита В достаточно эффективно предотвращает передачу этого заболевания от матери новорожденному. Недавние исследования показали, что назначение противовирусных препаратов в третьем триместре беременности может повысить эффективность иммунопрофилактики новорожденных от матерей с высокой вирусной нагрузкой. Интерферон и ПЭГ-интерферон противопоказаны при беременности из-за их известных антипролиферативных эффектов. В то же время ряд препаратов из группы аналогов нуклеозидов (НА) могут применяться во время беременности. Ламивудин по влиянию на беременность отнесен FDA к категории С, а телбивудин и тенофовир — к категории В [3]. Эта классификация основана на данных о тератогенности, полученных в доклинических исследованиях. Из этих лекарственных средств следует отдавать предпочтение тенофовиру в связи с лучшим профилем резистентности и большим объемом данных по безопасности у беременных. Для профилактики перинатальной и внутриутробной передачи вируса тенофовир назначается в последнем триместре (после 30 недели) беременности у HBs-положительных женщин с высоким уровнем вирусемии (уровень ДНК HBV в сыворотке более 1 000 000–10 000 000 МЕ/мл). Если НА назначены только для профилактики перинатального заражения, их можно отменить через 3 месяца после родов [3]. Безопасность терапии НА в период лактации не изучена.

Цель

На клиническом примере показать эффективность перинатальной профилактики тенофовиrom гепатита В у HBs-положительных беременных с высоким уровнем вирусемии.

Материал и методы исследования

За период с 2015 по 2020 гг. в консультативный кабинет учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» обратилось 7 беременных женщин с диагнозом хронический гепатит В. У 4 из них ХГВ выявлен при обследовании по беременности, 3 — ранее находились на диспансерном учете у врача-инфекциониста. При комплексном дообследовании (определение спектра маркеров с учетом маркеров репликации, определение уровня вiremии (количество ДНК ВГВ), у некоторых — определение стадии фиброза), 3 женщинам была показана перинатальная противовирусная профилактика. Проведен анализ ее эффективности.

Результаты исследования

Этим женщинам с 30 недели беременности до 3-х месяцев после рождения ребенка назначен препарат тенофовир в дозе 0,3 г. У всех женщин, получавших противовирусную профилактику, родились здоровые дети.

Клинический пример

Пациент К., 2010 г.р., ребенок от первой беременности, наблюдался в У «ГОИКБ» с диагнозом хронический гепатит В в исходе врожденного, с высокой биохимической активностью и высокой вирусной нагрузкой (ДНК HBV более 100 000 000 МЕ/мл) с положительными маркерами репликации (HBsAg, HBeAg, анти-HBcor IgM). Из анамнеза выяснилось, что во время беременности у матери был выявлен HBsAg, в консультативный кабинет не обращалась. При первом обращении в У «ГОИКБ» (после выявления ХГВ у ребенка) при дообследовании матери были выявлены маркеры репликации (HBeAg, анти-HBcor IgM) и высокая вирусная нагрузка (более 100 000 000 МЕ/мл). В течение 36 недель мать получала ламивудин в дозе 0,2 г, который был отменен в связи с развитием резистентности и отсутствием вирусологического ответа.

Пациент К., 2015 г.р., ребенок от второй беременности этой же пациентки. Учитывая сохранение маркеров репликации и высокой вирусной нагрузки, а также наличие у ребенка от первой беременности врожденного гепатита В, матери с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов назначен тенофовир в дозе 0,3 г. ежедневно. Ребенок вакцинирован согласно национальному календарю прививок по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес). На момент рождения HBsAg не выявлен, при обследовании в 6 месяцев, в 12 месяцев и в 18 месяцев HBsAg отрицательный, ДНК HBV не определяется. Ребенок здоров, снят с учета.

Выводы

Обязательно определение маркеров вирусных гепатитов всех беременных женщин вне зависимости от предшествующего прививочного анамнеза. При наличии HBsAg и маркеров репликации (HBeAg и анти-HBcor IgM), а также высокой вирусной нагрузки (уровень вiremии выше 1 000 000 -10 000 000 МЕ/мл) показана профилактика НА из категории В по классификации FDA (оптимально тенофовир в дозе 0,3 ежедневно с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов). Детям, рожденным от HBsAg –положительных матерей, должна проводится активно-пассивная иммунизация по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская, М. А. Вертикальная передача гепатита В: опасности реальные и мнимые / М. А. Белопольская // Журнал инфектологии. — 2015. — Т. 7, № 1. — С. 18–25.
2. Ott, J. J. The risk of perinatal hepatitis B virus transmission: hepatitis B e antigen prevalence estimates for all world region / J. J. Ott, G. A. Stevens, S T. Wiersma // BMC Infection Diseases. — 2012. — P. 131.
3. Данилов, Д. Е. Метод лечения хронического вирусного гепатита В. Инструкция по применению. Видаль специалист / Д. Е. Данилов, И. А. Карпов. — РБ, 2016. — С. 225–236.