
Организация здравоохранения

УДК 614.2:616.36-002

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ АНТИ-НСV-ПОЗИТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Е. А. Галова¹, кандидат медицинских наук,
Н. К. Рыжова², кандидат медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 603950, Россия, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

² ГБУЗ Нижегородской области «Дзержинский перинатальный центр», 606033, Россия, Нижегородская область, г. Дзержинск, просп. Циолковского, д. 89

РЕЗЮМЕ Диспансерное наблюдение анти-НСV-положительных беременных крайне важно с точки зрения профилактики передачи перинатального вирусного гепатита С (ВГС).

Цель – оценить объем и качество диспансерного наблюдения за анти-НСV-положительными беременными в женской консультации.

Материал и методы. По Обменной карте беременной (форма 113/у) проведен ретроспективный анализ данных диспансерного наблюдения анти-НСV-положительных беременных, госпитализированных в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» с целью родоразрешения.

Результаты и обсуждение. Установлены недостаточный охват и отсутствие преемственности при диспансерном наблюдении анти-НСV-положительных беременных на этапах поликлиника – женская консультация. В 57% случаев диагноз хронического вирусного гепатита С (ХВГС) был известен до наступления беременности, в 16% – выявлен при постановке на учет по беременности. Кроме того, 19% обследованных наблюдались по поводу ВИЧ (шифр по МКБ-Х В20-В24). Только 59% беременных были проинформированы о необходимости диспансерного наблюдения у инфекциониста. У 42% в форме 113/у не имелось сведений об осмотре врачом-инфекционистом. У большинства беременных (92%) был зафиксирован клинический диагноз, который не в полной мере отражал риск НCV-перинатального инфицирования ребенка, отсутствовали результаты определения РНК НCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Четверть (26%) беременных не охвачена достаточным (двукратным) биохимическим исследованием крови.

Заключение. С целью профилактики перинатального ВГС необходимо активное внедрение мер по повышению информированности медиков и внесение необходимых дополнений в действующую нормативную базу.

Ключевые слова: перинатальный вирусный гепатит С, хронический вирусный гепатит С, беременность, диспансерное наблюдение, женская консультация.

* Ответственный за переписку (corresponding author): galova75@mail.ru.

Широкое распространение ХВГС у женщин детородного возраста в России [8, 9, 13] и за рубежом [2], отсутствие специфической иммунопрофилактики [11] и увеличение числа детей младших возрастных групп как с острыми [6], так и с хроническими [5] формами заболевания определяют актуальность профилактики перинатального ВГС.

Диагностика перинатального ВГС затруднена вследствие высокой частоты встречаемости его инаппарантных форм [7] и низкой эффективности широко применяемого иммуноферментного метода (ИФА) [4, 10]. В связи с этим существенное значение при-

обретают возможность прогнозирования и оценка степени риска вертикальной НCV-передачи ребенку [1, 12], которые напрямую зависят от полноты обследования и качества диспансерного наблюдения за анти-НСV-положительными беременными. Исследования, касающиеся организации, проведения и качества диспансерных мероприятий, проводимых в отношении анти-НСV-положительных беременных в период наблюдения в женской консультации, отсутствуют.

Цель настоящего исследования – оценить качество диспансерного наблюдения за анти-НСV-положительными беременными в женской консультации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ данных диспансерного наблюдения анти-HCV-позитивных беременных, госпитализированных в ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» с целью родоразрешения в период 01.01. по 31.01.2017. Для анализа использовали данные Обменной карты беременной (форма 113/у) [14].

У всех включенных в исследование пациенток были выявлены анти-HCV методом ИФА либо при обследовании в условиях женской консультации, либо при поступлении в центр. Женщины, обратившиеся в центр по поводу гинекологического заболевания и/или беременности, не предусматривающей родоразрешение в данный момент времени, в исследование не включались. Всего за указанный период в центр было госпитализировано 114 анти-HCV-позитивных беременных для родоразрешения. Возраст женщин на момент наступления беременности составлял $30,8 \pm 5,61$ года, более половины (55%) пациенток имели постоянное место работы (в сфере обслуживания, образования, на государственной службе), остальные (45%) были домохозяйками.

Проведен анализ ряда документов: Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 58), Приказа от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», Стандарта оказания медицинской помощи больным хроническим гепатитом С в амбулаторно-поликлинических условиях (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 23.11.2004 № 260 «Об утверждении

стандарта медицинской помощи больным хроническим гепатитом В, хроническим гепатитом С»). На основании результатов анализа указанной нормативной документации был определен перечень мероприятий, регламентирующий диспансерное наблюдение анти-HCV-позитивных женщин в период беременности с позиций профилактики вертикальной HCV-трансмиссии. Он включал двукратное серологическое обследование беременной с определением уровня анти-HCV IgG общих и к индивидуальным белкам ВГС (при первичном выявлении анти-HCV IgG), а также установление РНК ВГС методом ПЦР качественно и/или количественно; осмотр и диспансерное наблюдение/учет у врача-инфекциониста поликлиники/кабинета инфекционных заболеваний/гепатологического центра; двукратное (в первом и третьем триместрах беременности) исследование в крови уровня трансаминаз (АСТ, АЛТ), щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, общего и прямого билирубина, фибриногена, протромбинового индекса.

В настоящем исследовании критерием полноты диспансерного наблюдения за анти-HCV-позитивными беременными выбран показатель охвата женщин перечисленными мероприятиями.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica 6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство (74%) женщин были поставлены на диспансерный учет в женскую консультацию до 18-ти недель беременности.

Сведения о соматическом здоровье и коморбидности наблюдавшихся женщин представлены в таблице.

Таблица. Сопутствующие заболевания/состояния и/или осложнения беременности у обследованных

Заболевание/отклонения	Число беременных	
	абс.	%
Гипертоническая болезнь	9	8
Вегетативно-сосудистая дистония	60	53
Сахарный диабет гестационный	6	5
Хронический пиелонефрит и/или инфекция мочевыводящих путей	15	13
Ожирение	6	5
Эутиреоидный зоб	24	21
Анемия	72	63
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	6	5
Пиелонефрит гестационный	2	1,8
Бронхиальная астма	2	1,8
Миопия и/или астигматизм	14	12
Венерическое заболевание в анамнезе	22	19
Хроническая никотиновая зависимость	15	13

Наиболее часто регистрировались анемия, вегетативно-сосудистая дистония, эутиреоидный зоб. Одинаково часто (13%) – хронический пиелонефрит и/или инфекция мочевыводящих путей и хроническая никотиновая зависимость.

Почти у каждой пятой беременной в анамнезе имелось венерическое заболевание (сифилис, трихомоноз). На учете в ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» состояли 10 (9%) женщин.

В половине (57%) случаев диагноз ХВГС у женщины был известен до наступления беременности. У каждой шестой (16%) пациентки анти-HCV в крови впервые были выявлены при постановке на учет по беременности. В двух случаях маркеры HCV-инфекции были обнаружены при обследовании в центре.

У 22% обследованных информация о времени и обстоятельствах верификации диагноза ХВГС в форме 113/у отсутствовала. Возможная причина болезни была зафиксирована только в 31% случаев (у 35 женщин в анамнезе: у 26 – оперативные вмешательства, у 4 – переливание крови и ее компонентов, у 5 – перинатальное инфицирование). Давность заболевания составила в среднем $12,0 \pm 7,6$ года.

У всех женщин в обменной карте имелась отметка об осмотре терапевтом и направлении к инфекционисту. Заключение о постановке на диспансерный учет у инфекциониста имелось у половины (59%) беременных. В каждом пятом случае (19%) наблюдение осуществлялось по поводу В20-В24, а ХВГС являлся сопутствующим заболеванием. Менее чем в половине (41%) случаев отметка о диспансерном наблюдении/постановке на диспансерный учет анти-HCV-позитивной беременной врачом-инфекционистом отсутствовала. Только у каждой второй (58%) пациентки в форме 113/у имелось заключение, свидетельствующее о том, что осмотр врачом-инфекционистом состоялся.

В обменных картах большинства (92%) обследованных был зафиксирован клинический диагноз, который не в полной мере отражает риск HCV-перинатального инфицирования ребенка. Так, репликативная активность указана в диагнозе только у 9 женщин. Весьма насторожили такие формулировки диагноза, как «HCV-инфекция, неопределенный статус» (2 случая), «Хронический вирусный гепатит С?» (2 случая) и вовсе недопустимый – «Носитель анти-HCV» (у 6 пациенток).

Большинству (92%) женщин было проведено однократное биохимическое исследование крови с определением уровня трансаминаз (АСТ и АЛТ), в 74% случаев – двукратное. С аналогичной частотой были выполнены исследования содержания общего билирубина (92 и 74% соответственно), реге (81 и 61%) –

прямого билирубина; ни у одной из обследованных не было результатов исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы в крови.

Почти у каждой пятой (19%) женщины не проведено двукратное (в первом и третьем триместрах беременности) серологическое обследование с определением суммарных анти-HCV IgG антител. Во всех случаях отсутствовали сведения о спектре антител к индивидуальным белкам ВГС (core, NS3, NS4 и NS5), в том числе и при первом выявлении маркеров заболевания.

Сформулированный в обменной карте клинический диагноз и отсутствие (в 92% случаев) отметки о результатах определения РНК HCV методом ПЦР не позволило сделать достоверное заключение об активности вирусной репликации, что не позволяет прогнозировать вертикальную трансмиссию вируса гепатита С плоду/ребенку.

Объем диспансерных мероприятий в рассмотренных случаях не коррелировал с социальным статусом женщин, временем установления диагноза, фактом диспансерного наблюдения у инфекциониста.

Результаты проведенного исследования выявили ряд актуальных вопросов, без решения которых разработка стратегии борьбы с ХВГС и повышение эффективности профилактики перинатального ВГС будут весьма затруднительными. Преобладание латентных форм острого ВГС и большая частота сопутствующей патологии у анти-HCV-позитивных беременных обуславливает стертую клинику и отсутствие достаточно обследования этих женщин. Формулировка заключительных клинических диагнозов в обменной карте, неполный охват анти-HCV-позитивных беременных серологическим и биохимическим обследованием могут свидетельствовать о низком уровне знаний врачей поликлиники и женской консультации вопросов диагностики, лечения и диспансерного наблюдения ХВГС, а также об отсутствии преемственности в ведении беременной с этим заболеванием на этапах поликлиника – женская консультация. Складывается впечатление о недостаточной мотивации медиков к предупреждению вертикальной HCV-трансмиссии плоду/ребенку.

Существенный вклад в сложившуюся ситуацию вносит отсутствие единого профильного документа, объединяющего и систематизирующего накопленные знания и нормативные акты по вопросам профилактики, диагностики, диспансерного наблюдения и лечения больных ХВГС (в отличие от заболевания ВИЧ) [15]. В то же время практически тотальное отсутствие в изученных обменных картах результатов ПЦР-обследования и исследования на наличие антител к индивидуальным белкам вируса гепатита С, в том числе при впервые выявленных маркерах ХВГС, а также ряда биохимических тестов могут быть обусловлены неполным

соответствием разделов учетной формы 113/у действующим нормам и правилам эпидемиологического надзора, профилактики, стандартам диагностики [16], диспансерного наблюдения и лечения [17] больных ХВГС на современном этапе. Очевидна необходимость разработки и внесения дополнений в действующую нормативную базу по вопросам эпидемиологического надзора и профилактики ВГС.

С целью совершенствования и повышения эффективности мер профилактики ХВГС у детей при перинатальном инфицировании, принятия стратегически верных административных решений необходимы разработка и внесение дополнений в действующую нормативную базу, регламентирующую эпидемиологический надзор и профилактику ВГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ackerman, Z. Intrafamilial transmission of hepatitis C virus: a systematic review / Z. Ackerman, E. Ackerman, O. Paltiel // J. Viral. Hepat. – 2000. – № 7. – P. 93–103.
2. Hepatitis C Virus in Women of Childbearing Age, Pregnant Women, and Children / S. F. Schillie [et al.] // Am. J. Prev. Med. – 2018. – Vol. 55, № 5. – P. 633–641.
3. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н. Д. Ющук [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. 13
4. Галова, Е. А. Актуальные вопросы профилактики перинатального вирусного гепатита С / Е. А. Галова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2019. – Т. 63, № 1. – С. 35–41.
5. Галова, Е. А. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В и С детей Нижегородской области в 2000–2015 гг. / Е. А. Галова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2019. – Т. 24, № 1. – С. 11–18.
6. Некоторые эпидемиологические аспекты острого гепатита С / Е. А. Галова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2017. – № 3. – С. 50–56.
7. Грешнякова, В. А. Вирусный гепатит С с перинатальным путем инфицирования: эпидемиология и особенности клинического течения / В. А. Грешнякова, Л. Г. Горячева, Н. В. Скрипченко // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. – 2019. – Т. 98, № 2. – С. 203–208
8. Характеристика активности перинатальной передачи вируса гепатита С / О. Н. Ершова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 1. – С. 39–41
9. Кузьмин, В. Н. Вирусный гепатит С у беременных: современная проблема акушерства / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. – 2012. – № 3. – С. 50–54.
10. Серологическая диагностика вирусных гепатитов В, С и D / Г. М. Курманова [и др.] // Медицина. – 2013. – № 6. – С. 18–27.
11. Нетесов, С. В. Проблемы создания вакцины против гепатита С и ВИЧ-инфекции / С. В. Нетесов // Вестн. РАН. – 2008 – Т. 78, № 10. – С. 880–892.
12. Сенягина, Н. Е. Клинические особенности, критерии диагностики и профилактики вирусного гепатита С у детей при вертикальной передаче инфекции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Сенягина Наталья Евгеньевна. – Н. Новгород : НижГМА, 2011. – 26 с.
13. Ушкарева, О. А. Эпидемиологические аспекты и ретроспективный анализ заболеваемости вирусным гепатитом С в республике Саха (Якутия) / О. А. Ушкарева, Н. А. Ядрихинская // Medicus. – 2017. – Т. 14, № 2. – С. 82–90.
14. Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения : приказ Минздрава СССР от 04 октября 1980 № 1030 (с изм. 31.12.2002) // Консорциум Кодекс. – Режим доступа: docs.cntd.ru/document/9042149.
15. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) : федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // СПС «КонсультантПлюс».
16. Профилактика вирусного гепатита С : санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3112-13 (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 58). – М., 2015.
17. Стандарт оказания медицинской помощи больным хроническим гепатитом С в амбулаторно-поликлинических условиях (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 23.11.2004 № 260 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гепатитом В, хроническим гепатитом С») // СПС «КонсультантПлюс».

SOME ASPECTS OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION IN ANTI-HCV-POSITIVE PREGNANTS FROM THE POSITION OF PERINATAL PREVENTION OF VIRAL HEPATITIS C

E. A. Galova, N. K. Ryzhova

ABSTRACT Prophylactic medical examination of anti-HCV-positive pregnant women is very important from the point of view of perinatal viral hepatitis C (VHC) prevention.

Objective – to estimate volume and quality of prophylactic medical examination in anti-HCV-positive pregnant women in prenatal consultation clinic.

Material and methods. Prenatal medical records and data of prophylactic medical examination of anti-HCV-positive pregnant women who were admitted into “Dzerzhinsk perinatal centre” for induced labor were retrospectively analyzed.

Results and discussion. Insufficient scope and lack of succession were revealed in prophylactic medical examination

of anti-HCV-positive pregnant women at polyclinic–prenatal consultation clinic stages. The diagnosis of chronic viral hepatitis C (CVHC) was known in 57% cases before pregnancy onset and in 16% cases it was determined in registration of pregnancy in prenatal consultation clinic. Besides 19% of the examined patients were observed on the occasion of HIV. 59% of the observed persons only were informed upon the necessity of prophylactic medical examination by infectiologist. There were no data about infectiologist examination in 42% of the medical records of the observed patients. In the most part of patients (92%) the clinical diagnosis was confirmed and it did not reflect in full the risk for HVC fetus perinatal infection, the results of RNK HCV determination by polymerase chain reaction method were absent. 26% of patients were not covered by sufficient (double) blood biochemical examination.

Conclusion. Active introduction of measures for knowledge level heightening in medical personnel and inclusion of necessary additions into standard base in force are required.

Key words: perinatal viral hepatitis C, chronic viral hepatitis C, pregnancy, prophylactic medical examination, prenatal consultation clinic.