



Гепатит Е, как и гепатит А, относят к антропонозным инфекциям с фекально-оральным механизмом заражения, которые обычно заканчиваются выздоровлением. Отличительной чертой гепатита Е является его способность поражать преимущественно взрослых молодых мужчин, реже — женщин. У беременных болезнь характеризуется избирательно тяжелым течением с угрозой летального исхода, особенно высокой в III триместре. В этом заключается главная особенность гепатита Е, известная как «драматический маркер»

Драматический маркер

ИНФОРМАЦИЯ К РАЗМЫШЛЕНИЮ

В самостоятельную нозологическую единицу гепатит Е выделен недавно. В 1983 г. в фекалиях экспериментально инфицированных добровольцев с помощью иммунной электронной микроскопии исследователи обнаружили вирусоподобные частицы, названные впоследствии вирусом гепатита Е. А в 1990 г. удалось клонировать и геном инфекционного агента. Но это вовсе не означает, что гепатит Е представляет собой новую, ранее не существовавшую инфекцию. Хотя бы потому, что, судя по результатам ретроспективного анализа, в XIX и первой половине XX вв. эпидемические вспышки энтерального гепатита в европейских и азиатских странах характеризовались преимущественным вовлечением молодого взрослого населения и избирательно тяжелым, фульминантным течением болезни у беременных женщин.

Начиная со второй половины прошлого столетия, в Европе регистрируются лишь спорадические случаи гепатита Е. Но в развивающихся странах с тропическим и субтропическим климатом эпидемические

вспышки заболевания регулярно повторяются и поныне. Обычно — каждые 7–8 лет, иногда через 1–2 года, как правило, осенью, в сезон дождей и паводков крупных рек, когда отмечаются высокий уровень стояния грунтовых вод, загрязнение источников водоснабжения сточными водами. Отсюда и второе название возбудителя — «вирус гепатита, передающийся через воду» (в оригинале — *water-born hepatitis virus*). Правда, в последнее время в эпидемически неблагоприятных странах, помимо эпидемий, фиксируются и спорадические вспышки заболевания, не связанные с загрязнением водных источников.

Механизмы передачи и факторы риска спорадического гепатита неизвестны. Несомненно лишь то, что чаще всего причиной вспышек заболевания в развивающихся странах является вирус гепатита Е 1-го генотипа. Существует 4 основных генотипа и 24 подтипа упомянутого вируса. 2-й генотип был выделен в 1986 г. во время эпидемии в Мексике. Позднее выяснилось, что он стал причиной эпидемических вспышек в Чаде и Нигерии. 3-й и 4-й ге-

нотипы идентифицированы у свиней. Насколько опасен 4-й генотип для человека, пока сказать трудно. Но то, что заболевание может развиваться вследствие употребления печени свиней, инфицированных вирусом гепатита Е 3-го генотипа, сомнений не вызывает. Такие случаи в литературе описаны.

Известны и случаи заражения, обусловленные применением китайских лекарственных трав и сырых моллюсков, контаминированных вирусом гепатита Е. Есть информация о передаче инфекции контактно-бытовым и парентеральным путями, а также сведения о вертикальной передаче вируса от беременной к плоду. Более того, удалось установить, что внутриутробное заражение приводит к неонатальному поражению печени, а иногда и к гибели плода. Однако ни в одной из этих работ генетические варианты инфекционного агента не упоминаются.

Нет данных и о влиянии генотипа вируса на продолжительность инкубационного периода. Известно только, что инкубационный период при инфекции, вызванной вирусом

гепатита Е, составляет от 15 до 60 дней. Длительность и тяжесть течения заболевания зависят от инфицирующей дозы: чем больше доза, тем меньше инкубационный период и тяжелее протекает болезнь.

Отклонения лабораторных показателей при гепатите Е, как и при других острых вирусных гепатитах: повышение уровней сывороточных аланинаминотрансфераз, аспаратаминотрансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина и гамма-глутамилтрансферазы, а выраженность нарушений печеночной функции обычно соответствует выраженности клинических симптомов болезни. К тяжелому течению гепатита Е предрасполагают хронические заболевания печени и, вероятно, многолетнее применение пероральных эстрогенсодержащих контрацептивов.

Однако в последние годы летальные исходы все чаще отмечают среди молодых людей, не имеющих каких-либо сопутствующих заболеваний, а также детей первых двух лет жизни. Самая высокая детская смертность зарегистрирована во время недавней вспышки гепатита Е — она составила 8%. Но все же беременные по-прежнему остаются наиболее уязвимой категорией. Судите сами: летальность у них составляет 13–21%, а в некоторых случаях достигает 80%.

Чем обусловлен столь высокий уровень смертности, точно неизвестно. Не исключено, что в определенной степени исход заболевания зависит от генетического варианта инфекционного агента. На правомочность этого предположения указывают, как минимум, два обстоятельства. Во-первых, в Южной Индии во время вспышки гепатита Е 1-го генотипа подтипа 1А смертность среди беременных составила всего 3,4%. А во-вторых, в Египте, где эпидемия была вызвана вирусом 1-го генотипа подтипа 3, вообще не было зарегистрировано ни одного случая смерти среди беременных.

ДВОЙНАЯ УГРОЗА

Как показывает практика, легкие формы гепатита Е у беременных наблюдаются достаточно редко — 4:100. Примерно в 70% случаев болезнь протекает в средне-тяжелой форме. Тяжелые и фульминантные формы заболевания отмечаются в 25–28% случаев. И как правило, у беременных, заразившихся после 24-й недели гестации.

Фульминантная (наиболее опасная) форма гепатита Е характеризуется быстрым развитием массивного некроза печени и гепатоцеребральной недостаточности, манифестирующей стремительным нарастанием интоксикации и появлением признаков прекомы, переходящей в кому.

Почти у половины беременных отмечается усиленный гемолиз, сопро-



вождающийся рано возникающей гемоглобинурией, которая, в свою очередь, приводит к повреждению почечных канальцев с развитием прогрессирующей острой почечной недостаточности и энцефалопатии.

Тем не менее особенностью фульминантного варианта гепатита Е считается не это, а большая — в сравнении с другими фульминантными гепатитами — частота возникновения ДВС-синдрома. Последний в конечном итоге значительно увеличивает риск развития массивных кровотечений в родах и послеродовый период.

Кроме того, при фульминантном течении гепатита Е значительно возрастает вероятность самопроизвольного прерывания беременности. Причем и выкидыши, и преждевременные роды обычно сопровождаются резким ухудшением состояния женщины и могут приводить к летальному исходу. При доношенной беременности часть детей погибает в пре- и интранатальных периоды. А примерно половина из родившихся живыми детей умирают в течение первого месяца жизни.

СВОЯ ТАКТИКА

Диагностика гепатита Е у беременных, как и в других случаях, базируется на выявлении антител класса М к инфекционному агенту методом иммуноферментного анализа или определении вирусной РНК в крови и фекалиях с помощью полимеразной цепной реакции. Отличие состоит в том, что у беременных дифференциальная диагностика проводится не только с вирусными гепатитами, но и заболеваниями невирусной природы, вызывающими острую печеночную недостаточность в III триместре. В частности, с острой жировой дистрофией печени беременных, или синдромом Шихана. Патогенез синдрома Шихана изучен недостаточно. Предполагается, что его развитие обусловлено относительным белковым

голоданием беременных, связанным с приоритетным обеспечением развивающегося плода. Не исключено, что спровоцировать возникновение синдрома может тетрациклин: побочное действие препарата в значительной мере связано с ожирением печени.

Так или иначе, патология печени при синдроме Шихана протекает с развитием гепатоцеребральной недостаточности. Иногда к ней присоединяется острая почечная недостаточность. Зачастую болезнь осложняется массивными кровотечениями, хотя ДВС-синдром отмечается редко, всего в 10% случаев.

Словом, острая жировая дистрофия печени беременных характеризуется крайне тяжелым течением и чрезвычайно высокой — 70–90% — смертностью. Избежать летального исхода позволяют ранняя диагностика и родоразрешение — кесарево сечение под эпидуральной анестезией.

Что касается гепатита Е, то здесь главная задача заключается в сохранении беременности, предупреждении выкидыша и преждевременных родов. Причина тому проста — начало родовой деятельности, как правило, усугубляет тяжесть течения гепатита и ухудшает его исход. Поэтому при появлении признаков угрожающего выкидыша (например, боль внизу живота или в пояснице) применяют такие препараты, как папаверин, дротаверин, метацин, оксидбутират натрия, сернокислая магнезия. При необходимости используют токолитики, например, партусистен или сальбутамол. При начавшемся выкидыше и во время родов на первый план выходит обеспечение полноценного обезболевания.

Ламара Львова, канд. биол. наук

Как показывает практика, легкие формы гепатита Е у беременных наблюдаются достаточно редко — 4:100. Примерно в 70% случаев болезнь протекает в средне-тяжелой форме. Тяжелые и фульминантные формы заболевания отмечаются в 25–28% случаев

