

УДК 618.3-06:616.36-002-022-07

Ю.М. Запопадна

Клінічні симптоми порушень функції печінки у вагітних із HCV-інфекцією

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2023. 4(167): 40-45; doi 10.15574/HW.2023.167.40

For citation: Zapopadna YuM. (2023). Clinical symptoms of liver function disorders in pregnant women with HCV infection. Ukrainian Journal Health of Woman. 4(167): 40-45; doi 10.15574/HW.2023.167.40.

Мета — проаналізувати клінічні синдроми і симптоми порушень функції печінки у вагітних із вірусним гепатитом С (HCV-інфекцією).

Матеріали та методи. Проведено проспективний аналіз клінічних синдромів і симптомів порушень функції печінки у вагітних із HCV-інфекцією. Діагноз хронічного гепатиту С (ХГС) у фазі реактивації (з наявністю позитивного результату методом імуноферментного аналізу на анти-HCV) встановлено у 120 вагітних (основна група — ОГ). До контрольної групи (КГ) залучено 40 здорових вагітних жінок. Дослідження виконано за матеріалами історій вагітностей КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» у період 2018–2022 рр. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 8.0».

Результати. У III триместрі вагітності з HCV-інфекцією зберігалися значні відмінності за астеновегетативним синдромом порівняно з групою здорових за рахунок підвищеної стомлюваності — 21 (17,5%) випадок ($p < 0,001$), порушення сну — 20 (16,7%) випадків, сонливості — 47 (39,2%) випадків, а також труднощів із засинанням. Подразливість відзначалася значно частіше, ніж у здорових, у вагітних ОГ — 14 (11,7%) випадків ($p = 0,033$), головний біль у вагітних з ХГС виявлявся частіше — 11 (9,2%) випадків, ніж у здорових вагітних — 1 (2,5%) випадок ($p = 0,033$). Диспепсичний синдром у III триместрі вагітності в ОГ характеризувався зниженням апетиту — 5 (4,2%) випадків ($p = 0,012$), болем у ділянці епігастрію та правому підребер'ї — 21 (17,5%) випадок ($p = 0,001$), а також більш частим розвитком печії — 27 (22,5%) випадків проти 3 (7,55) випадків у КГ ($p < 0,001$). Свербіж шкіри був більш характерний для вагітних ОГ — 11 (10,8%) випадків ($p = 0,009$), ніж для здорових — 1 (2,5%) випадок. Шкірні висипання та сухість шкіри зустрічалися в ОГ — 4 (3,3%) випадки, але зовсім не було у здорових вагітних.

Висновки. Незважаючи на відсутність специфічних скарг і симптомів у вагітних із HCV-інфекцією, частота астеничного синдрому, що проявляється слабкістю та підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, а також диспепсичних явищ, представлених нудотою, блюванням, печією, була достовірно вищою, ніж у здорових вагітних. Специфічні ознаки ураження печінки, такі як субіктеричність склер, біль у ділянці печінки, болючість за пальпації, свербіж шкіри, обумовлений внутрішньопечінковим холестазом вагітних, були характерними для вагітних із HCV-інфекцією.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: вірусний гепатит С, порушення функції печінки, клінічні симптоми, астеничний синдром, диспептичний синдром.

Clinical symptoms of liver function disorders in pregnant women with HCV infection

Yu.M. Zapopadna

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

Purpose — to analyze the clinical syndromes and symptoms of liver dysfunction in pregnant women with viral hepatitis C (HCV infection).

Materials and methods. A prospective analysis of clinical syndromes and symptoms of liver dysfunction in pregnant women with HCV infection was conducted. Diagnosis of chronic hepatitis C (HCV) in the reactivation phase (with the presence of a positive ELISA result for anti-HCV) — in 120 pregnant women, the main group (MG). The control group (CG) consisted of 40 healthy pregnant women. According to the materials of pregnancy histories of the Kyiv Municipal Center of Reproductive and Perinatal Medicine for the period 2018–2022. Statistical processing of research results was carried out using standard programs «Microsoft Excel 5.0» and «Statistica 8.0».

Results. In the III trimester of pregnancy, pregnant women with HCV infection had significant differences in the astheno-vegetative syndrome, when compared with the healthy group, due to increased fatigue — 21 (17.5%) cases ($p < 0.001$), sleep disturbances — 20 (16.7%) cases, drowsiness — 47 (39.2%) cases and difficulty falling asleep. Irritability was observed much more often in pregnant women with MG — 14 (11.7%) cases ($p = 0.033$), headache in pregnant women with HCV infection was more often — 11 (9.2%) cases than in healthy pregnant women — 1 (2.5%) case, ($p = 0.033$). Dyspepsia syndrome in the III trimester of pregnancy in MG was characterized by decreased appetite — 5 (4.2%) cases, ($p = 0.012$), pain in the epigastrium and right hypochondrium — 21 (17.5%) cases, ($p = 0.001$), as well as more frequent development of heartburn — 27 (22.5%) cases against 3 (7.55) cases in CG, ($p < 0.001$). Itching of the skin was more typical for pregnant MG — 11 (10.8%) cases ($p = 0.009$) than for healthy 1 (2.5%) cases. Skin rashes and dry skin have been reported.

Conclusions. Despite the absence of specific complaints and symptoms in pregnant women with HCV infection, the frequency of asthenic syndrome, manifested by weakness and increased fatigue, irritability, as well as dyspeptic phenomena represented by nausea, vomiting, heartburn, was significantly higher than in healthy pregnant women. Specific signs of liver damage, such as subicteric sclera, pain in the liver region, tenderness on palpation, skin itching due to intrahepatic cholestasis of pregnancy, were characteristic of pregnant women with HCV infection.

The study was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was adopted by the Local Moral Committee of the institution indicated in the work. Informed consent was obtained from the women for the study.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: viral hepatitis C, liver dysfunction, clinical symptoms, asthenic syndrome, dyspeptic syndrom.

Хронічний гепатит С (ХГС) є однією з основних проблем охорони здоров'я у світі [17,19]. Рівень захворюваності на хронічні вірусні гепатити (ХВГ) зростає переважно за рахунок підвищення захворюваності на ХГС [1,19]. Статистика захворюваності на ХГС є далеко неповною, оскільки гострий гепатит С часто перебігає у вигляді прихованих без жовтяничних форм, залишається нерозпізнаним, приводячи згодом до формування ХВГ, який характеризується перебігом без клінічних симптомів [1,14,18,19]. Важливою особливістю вікової структури хворих на ХГС є переважання осіб молодого віку (19–29 і 30–39 років) [2,18]. Активне залучення до епідемічного процесу С молодих людей репродуктивного віку сприяє активізації статевого шляху передачі, більш інтенсивному перинатальному зараженню вірусом гепатиту С (ВГС) новонароджених дітей [3,6,7].

Можливість передачі інфекції від матері до дитини за ХГС становить соціально-значущу проблему [8,15,16]. Наслідком перинатального інфікування ВГС є формування в дітей першого року життя переважно первинно хронічних форм вірусних гепатитів, що перебігають без клінічних симптомів, але в подальшому здатні призводити до розвитку цирозу або раку печінки [2,3,6,7,18].

В Україні, на жаль, немає точної статистики про рівень поширеності ХГС серед вагітних жінок. Відомо, що ХГС часто виявляється вперше під час вагітності за результатами скринінгового обстеження [14].

Незважаючи на те, що ХГС у період вагітності характеризуються мало вираженими клінічними проявами [2,7,16], не можна виключати їхнього негативного впливу протягом вагітності [9,11,16]. Крім того, відомо, що частота ускладнень вагітності в жінок має взаємозв'язок із психоемоційними порушеннями [11]. Нормальний перебіг вагітності потребує узгодження в роботі гормональної, імунної та гомеостатичної систем, що забезпечується регуляторною функцією центральної нервової системи [4]. Значні негативні події в житті можуть істотно пошкодити здоров'я, спровокувати різні психопатологічні розлади [2,4,5,17]. Власне захворювання може розглядатися пацієнтами як ситуація, що травмує психіку [5,11]. За результатами оцінювання значущості захворювання, пацієнти ставлять ХВГ на друге місце після ВІЛ-інфекції та раку незалежно від ступеня фіброзу [12,20].

Клініко-епідеміологічні особливості у вагітних з ХГС, вплив їх на перебіг і результати вагітності та пологів останніми роками активно вивчаються фахівцями різних спеціальностей: інфекціоністами, гастроентерологами, акушерами-гінекологами [10,12,19,20]. Існують поодинокі роботи з оцінювання клініко-лабораторних даних ХГС у період вагітності [2–6,8,9,11,12,15,16,18], у тому числі імунного статусу [5,11]. У літературі недостатньо висвітлено питання про динаміку лабораторних показників за ХГС у період вагітності, у тому числі показників плацентарного комплексу [3,6,14,16,17], немає даних про їхній взаємозв'язок із вірусним навантаженням (ВН).

Високий рівень ВН у матері є основним фактором передачі ВГС від матері до дитини. Вважається, що патологія плаценти може бути пов'язана з передачею ВГС від матері до дитини [8]. Однак не існує методів медикаментозної профілактики плацентарної недостатності. За ХГС, крім проведення протівірусної терапії до настання вагітності, інших профілактичних заходів не передбачається [4,5,9,11], усі відомі протівірусні препарати, що застосовуються на етапі лікування ХГС, протипоказані під час вагітності [2,3,6]. У вітчизняній літературі є поодинокі роботи з використання у вагітних жінок імунних препаратів у супозиторіях для зниження ризику передачі інфекції від матері до дитини за ХГС [14].

Малочисельні публікації з оцінювання перебігу ХГС у період вагітності та розроблення методів прегравідарної підготовки до вагітності з метою профілактики передачі інфекції від матері до дитини, відсутність комплексного підходу до тактики ведення вагітних із ХГС з урахуванням оцінки якості життя та ризику передачі інфекції дитині в цих вагітних стало підставою для планування дослідження.

Мета дослідження — проаналізувати клінічні синдроми та симптоми порушення функції печінки у вагітних із вірусним гепатитом С (HCV-інфекцією).

Матеріали та методи дослідження

На клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» за період 2018–2022 рр., у разі виявлення маркерів вірусних гепатитів, вагітних жінок спрямовано на консультативний прийом до лікаря-інфекціоніста для підтверджен-

Таблиця 1

Клінічні симптоми в обстежених вагітних у I триместрі (абс., %)

Клінічна ознака	ОГ (n=120)	КГ n=40)	P
Стомлюваність	53 (44,2)	8 (20,0)	<0,001
Слабкість	27 (22,5)	2 (5,0)	<0,001
Дратівливість	21 (17,5)	0	<0,001
Сонливість	31 (25,8)	3 (7,5)	<0,001
Порушення сну	19 (15,8)	0	<0,001
Зниження апетиту	17 (14,2)	0	0,024
Нудота, блювання	14 (11,7)	3 (7,5)	0,030
Відчуття тяжкості	34 (28,3)	0	<0,001
Біль в епігастрію та правому підребер'ї	15 (12,5)	0	0,003
Метеоризм	59 (49,2)	0	<0,001
Закрепи	3 (2,5)	1 (2,5)	–
Жовтяниця шкіри	0	0	–
Субіктеричність склер	21 (17,5)	0	–
Телеангіектазії	13 (10,8)	0	–
Пальмарна еритема	17 (14,2)	0	–
Гепатомегалія	5 (4,2)	0	–
Болючість за пальпації	11 (9,2)	0	–
Щільність за пальпації	17 (14,2)	0	–
Спленомегалія	3 (2,5)	0	–

ня діагнозу та визначення тактики ведення. За цей період обстежено 168 вагітних із маркерами на HCV-інфекцію. З них 120 (95,7%) жінок мали позитивний результат імуноферментного аналізу (ІФА) на анти-HCV-сумарні (сумарні антитіла до ВГС), а хибно позитивний результат скринінгового обстеження був у 48 (4,3%) з анти-HCV-сумарними.

Діагноз ХГС у фазі реактивації встановлено за таких критеріїв: а) відсутність клініко-лабораторних ознак ВГС; б) виявлення в крові пацієнток анти-HCV-core імуноглобулінів класу М (IgM) та імуноглобулінів класу G (IgG), анти-HCV-NS, позитивна полімеразна ланцюгова реакція на РНК ВГС; в) відсутність ознак цирозу печінки за даними ультразвукового дослідження; г) відсутність у крові маркерів вірусних гепатитів А, В, D, E. Діагноз ХГС у фазі реактивації встановлено 120 (68,4%) вагітним (основна група — ОГ). До контрольної групи (КГ) залучено 40 здорових вагітних жінок. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 8.0» [13].

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічна симптоматика у вагітних із HCV-інфекцією була слабо вираженою. Незважаючи на

відсутність активних скарг у більшості вагітних, проте за результатами збирання анамнезу та під час клінічного огляду вдалося виявити прояви астеновегетативного та диспепсичного синдромів, а також ознаки ураження печінки в I триместрі (табл. 1).

За даними таблиці 1, у I триместрі вагітності жінки з HCV-інфекцією мали прояви переважно астеновегетативного та диспепсичного синдромів, які були більш вираженими та зустрічалися частіше, ніж у здорових вагітних.

Астеновегетативний синдром у вагітних із HCV-інфекцією виявлявся переважно у вигляді таких ознак: підвищеної стомлюваності — 53 (44,2%) випадки проти 8 (20,0%) випадків у КГ ($p<0,001$); дратівливості — 21 (17,5%) випадок; порушення сну — 19 (15,8%) випадків. Диспепсичний синдром найчастіше у вагітних ОГ виявлявся у вигляді відчуття тяжкості в ділянці епігастрію незалежно від вживання їжі — 34 (28,3%) випадки. Нудота і блювання, частота яких була дещо вищою у вагітних ОГ — 14 (11,7%) випадків ($p=0,030$) проти 3 (7,5%) випадків у КГ, мабуть, були зумовлені розвитком раннього токсикозу, оскільки надалі ці симптоми в більшості вагітних зникали.

Зниження апетиту було характерним лише для вагітних із HCV-інфекцією — 17 (14,2%) випадків ($p=0,024$). Так само частіше у вагітних ОГ виявлялися біль у правому підребер'ї — 15 (12,5%) випадків ($p=0,003$), а також метеоризм — 59 (49,2%) випадків ($p<0,001$).

Таблиця 2

Клінічні симптоми в обстежених вагітних у II триместрі (абс., %)

Клінічна ознака	ОГ (n=120)	КГ (n=40)	P
Стомлюваність	63 (52,5)	13 (32,5)	<0,001
Слабкість	16 (13,3)	1 (2,5)	<0,001
Дратівливість	14 (11,7)	4 (10,0)	–
Сонливість	37 (30,8)	6 (15,0)	0,003
Порушення сну	4 (3,3)	0	–
Розсіяність уваги	9 (7,5)	0	0,018
Зниження апетиту	7 (5,8)	0	0,048
Нудота, блювання	5 (4,2)	0	–
Відчуття тяжкості	14 (11,7)	2 (5,0)	–
Біль в епігастрію та правому підребер'ї	4 (3,3)	0	–
Печія	19 (15,8)	2 (5,0)	0,009
Метеоризм	15 (12,5)	2 (5,0)	–
Закрепи	4 (3,3)	1 (2,5)	–
Свербіж шкіри	9 (7,5)	0	–
Міалгія, артралгія	5 (4,2)	0	–
Висипання, сухість шкіри	4 (3,3)	0	–
Субіктеричність склер	41 (34,2)	0	0,018
Телеангіектазії	15 (12,5)	2 (5,0)	–
Пальмарна еритема	51 (42,5)	3 (7,5)	<0,001
Гепатомегалія	13 (10,8)	0	–
Болючість за пальпації	17 (14,2)	0	0,049
Щільність за пальпації	17 (14,2)	0	–
Спленомегалія	4 (3,3)	0	–

Ознаки ураження печінки в I триместрі переважно у вигляді субіктеричності склер, гепатомегалії, болючості, зміни консистенції печінки відзначалися тільки у вагітних із HCV-інфекцією і не мали міжгрупових відмінностей. Позапечінкові ознаки у вигляді телеангіектазії та пальмарної еритеми виявлялися лише у вагітних ОГ.

Клінічні прояви у II триместрі в обстежених вагітних наведено в таблиці 2. За отриманими даними, у II триместрі вагітності вираженість астеновегетативного синдрому у вагітних із HCV-інфекцією була вищою порівняно зі здоровими вагітними, за рахунок слабкості ($p<0,001$) та підвищеної стомлюваності ($p<0,001$). Більш виражена слабкість у вагітних ОГ ($p<0,001$), імовірно, обумовлювалася ранім токсикозом. Сонливість, яка частіше зустрічалася у вагітних із HCV-інфекцією ($p=0,003$), ніж у здорових вагітних, мала тенденцію до частішого виявлення. Водночас у 9 (7,5%) вагітних ОГ з'явився такий симптом, як порушення концентрації уваги, якого не було у здорових КГ ($p=0,018$).

Диспепсичний синдром у II триместрі вагітності у вагітних ОГ характеризувався зменшенням частоти виявлення нудоти та блювання — 5 (4,2%) випадків, зменшенням відчуття тяжкості — 14 (11,7%) випадків, болю в ділян-

ці печінки та епігастрію — 4 (9,3%) випадки, появою печії — 19 (15,8%) випадків, частота якої порівняно з жінками КГ була вищою ($p=0,009$), зберігалися значні відмінності щодо зниження апетиту — 7 (5,8%) випадків ($p=0,048$).

Наприкінці II триместру у 9 (7,5%) вагітних із HCV-інфекцією відмічався виражений свербіж шкіри, мабуть, за рахунок розвитку внутрішньопечінкового холестазу вагітних.

На момент клінічного огляду у II триместрі не спостерігався розвиток синдрому жовтяниці, але у 41 (34,2%) вагітної ОГ ($p=0,018$) виявлено крайову субіктеричність склер, що, можливо, було відображенням порушення білірубінового обміну. Пальмарна еритема в цей період у поодиноких випадках визначалася у здорових вагітних — 3 (7,5%) випадки, значно частіше виявлялася у вагітних ОГ — 51 (42,5%) випадок ($p<0,001$). Болючість печінки за пальпації була у вагітних із HCV-інфекцією — 17 (14,2%) випадків ($p=0,049$).

У III триместрі вагітності (табл. 3) у жінок із HCV-інфекцією зберігалися значні відмінності за астено-вегетативним синдромом порівняно з групою здорових за рахунок підвищеної стомлюваності — 21 (17,5%) випадок ($p<0,001$), порушення сну — 20 (16,7%) випадків, сонливості — 47 (39,2%) випадків, а також труднощів із засинанням. Подразливість

Таблиця 3

Клінічні симптоми в обстежених вагітних у III триместрі (абс., %)

Клінічна ознака	ОГ (n=120)	КГ (n=40)	P
Стомлюваність	21 (17,5)	1 (2,5)	<0,001
Слабкість	15 (12,5)	2 (5,0)	–
Головний біль	11 (9,2)	1 (2,5)	0,033
Запаморочення	5 (4,2)	1 (2,5)	–
Дратівливість	14 (11,7)	0	0,033
Сонливість	47 (39,2)	2 (5,0)	–
Порушення сну	20 (16,7)	0	0,006
Розсіяність уваги	7 (5,8)	0	<0,001
Зниження апетиту	5 (4,2)	0	0,012
Нудота, блювання	1 (0,8)	0	–
Відчуття тяжкості	3 (2,5)	0	–
Біль в епігастрії та правому підребер'ї	21 (17,5)	0	0,001
Печія	27 (22,5)	3 (7,5)	<0,001
Метеоризм	5 (4,2)	0	–
Закрепи	9 (7,5)	0	–
Свербіж шкіри	11 (10,8)	1 (2,5)	0,009
Міалгія, артралгія	8 (6,7)	0	–
Висипання, сухість шкіри	4 (3,3)	–	–
Жовтяниця шкіри	1 (0,8)	0	–
Субіктеричність склер	45 (37,5)	0	<0,001
Телеангіектазії	29 (24,2)	1 (2,5)	<0,001
Пальмарна еритема	52 (43,3)	3 (7,5)	<0,001
Гепатомегалія	9 (7,5)	0	0,001
Болючість за пальпації	10 (8,3)	0	<0,001
Щільність за пальпації	14 (11,7)	0	0,001
Спленомегалія	5 (4,2)	0	–
Геморагічний синдром	1 (0,8)	0	–
Набряки гомілок	31 (25,8)	2 (5,0)	<0,001

відзначалася значно частіше у вагітних ОГ – 14 (11,7%) випадків ($p=0,033$), ніж у здорових, головний біль у вагітних із ХГС виявлявся частіше – 11 (9,2%) випадків порівняно зі здоровими вагітними – 1 (2,5%) випадок ($p=0,033$).

За даними таблиці 3, диспепсичний синдром у III триместрі вагітності в ОГ порівняно зі здоровими КГ характеризувався зниженням апетиту – 5 (4,2%) випадків ($p=0,012$), болем у ділянці епігастрію та правому підребер'ї – 21 (17,5%) випадок ($p=0,001$), а також частішим розвитком печії – 27 (22,5%) випадків проти 3 (7,55) випадків у КГ ($p<0,001$). Нудота і блювання вже не були характерними для цього періоду, виявлялися в 1 (0,8%) жінки ОГ та обумовлювалися загостренням хронічного холециститу. Свербіж шкіри був більш характерним для вагітних ОГ – 11 (10,8%) випадків ($p=0,009$), ніж для здорових – 1 (2,5%) випадок. Шкірні висипання та сухість шкіри зустрічалися в ОГ – 4 (3,3%) випадки, при цьому їх не було у здорових вагітних.

Жовтяниця зустрічалася вкрай рідко, не була характерною для здорових вагітних, розви-

валася в поодиноких випадках у вагітних ОГ – в 1 (0,8%) випадку зі 120 вагітних у III триместрі, що обумовлено лікарським гепатитом за допомогою застосування макролідів. Субіктеричність склер не зустрічалася у здорових вагітних, але часто виявлялася у вагітних ОГ – 45 (37,5%) випадків ($p<0,001$).

Як відомо, позапечінкові ознаки (телеангіектазії та пальмарна еритема) можуть з'являтися і за нормальної вагітності. Тим не менш, якщо телеангіектазії в практично здорових вагітних (КГ) можна було виявити лише в поодиноких випадках – 1 (2,5%) випадок, то у вагітних ОГ їхня частота наростала до III триместру і була значно вищою, ніж у здорових – 29 (24,2%) випадків ($p<0,001$).

Гепатомегалія (9 (7,5%) випадків в ОГ), болючість печінки (10 (8,3%) випадків в ОГ) та зміна її консистенції за пальпації, як правило, не відмічалися у здорових вагітних. Водночас ці симптоми частіше зустрічалися у вагітних ОГ ($p<0,001$), так само як і щільна консистенція печінки визначалася тільки у вагітних ОГ – 14 (11,7%) випадків ($p=0,001$). Спленомегалія

за пальпації виявлялася тільки в 5 (4,2%) вагітних ОГ.

Набряки гомілок на момент огляду вагітних жінок ОГ у III триместрі спостерігалися достовірно частіше — 31 (25,8%) випадок проти 2 (5,0%) випадків у КГ ($p < 0,001$).

Ехоскопічні ознаки ураження печінки визначалися набагато частіше, ніж під час клінічного огляду, у вагітних із HCV-інфекцією, ознаки дифузних змін печінки виявлялися у 60,2% вагітних із HCV-інфекцією.

Висновки

Незважаючи на відсутність специфічних скарг і симптомів у вагітних із HCV-інфекцією, частота астеничного синдрому, що проявляється слабкістю та підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, а також частота диспепсичних явищ, представлених нудотою, блюванням, печією, є достовірно вищою, ніж у здорових

вагітних. Специфічні ознаки ураження печінки, такі як субіктеричність склер, біль у ділянці печінки, болючість за пальпації, характерні тільки для вагітних із HCV-інфекцією. Свербіж шкіри, обумовлений внутрішньопечінковим холестазом вагітних, найчастіше зустрічається у вагітних із HCV-інфекцією, ніж у здорових. Ехоскопічні ознаки ураження печінки визначаються набагато частіше, ніж під час клінічного огляду, у вагітних із HCV-інфекцією, ознаки дифузних змін печінки виявлені у 68 (56,7%) вагітних із HCV-інфекцією.

Прегравідарна підготовка жінок із HCV-інфекцією дасть змогу суттєво зменшити клінічні прояви порушення функції печінки під час вагітності і тим самим профілактувати розвиток акушерських і перинатальних ускладнень у цій групі пацієнток.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Abdel-Wahab N, Talathi S, Lopez-Olivo MA, Suarez-Almazor ME. (2018). Risk of developing antiphospholipid antibodies following viral infection: a systematic review and meta-analysis. *Lupus*. 27 (4): 572–583. doi: b10.1177/0961203317731532.
2. Barritt AS, Jhaveri R. (2018). Treatment of Hepatitis C during Pregnancy-Weighing the Risks and Benefits in Contrast to HIV. *Current HIV/AIDS reports*. 15 (2): 155–161. doi: b10.1007/s11904-018-0386-z.
3. Chappell CA, Hillier SL, Crowe D, Meyn LA, Bogen DL, Krans EE. (2018). Hepatitis C Virus Screening Among Children Exposed During Pregnancy. *Pediatrics*. 141 (6): e20173273. doi: b10.1542/peds.2017-3273.
4. Chilaka VN, Konje JC. (2021). Viral Hepatitis in pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 256: 287–296. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.052>.
5. Compagnone A, Catenazzi P, Riccardi R, Zuppa AA. (2019). Mother-to-child transmission of hepatitis C virus. *Minerva pediatrica*. 71 (2): 174–180. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.18.04898-3>.
6. Dibba P, Cholanckeril R, Li AA, Patel M et al. (2018). Hepatitis C in Pregnancy. *Diseases (Basel, Switzerland)*. 6 (2): 31. doi: b10.3390/diseases6020031.
7. El-Shabrawi M, Kamal NM, Mogahed EA, Elhusseini MA, Aljabri MF. (2019). Perinatal transmission of hepatitis C virus: an update. *Archives of medical science: AMS*. 16 (6): 1360–1369. doi: b10.5114/aoms.2019.83644.
8. Epstein RL, Sabharwal V, Wachman EM, Saia KA, Vellozzi C, Hariri S, Linas BP. (2018). Perinatal Transmission of Hepatitis C Virus: Defining the Cascade of Care. *The Journal of pediatrics*. 203: 34–40.e1. doi: b10.1016/j.jpeds.2018.07.006.
9. Freriksen J, van Seyen M, Judd A, Gibb DM, Collins IJ, Greupink R, Russel F, Drenth J, Colbers A, Burger DM. (2019). Review article: direct-acting antivirals for the treatment of HCV during pregnancy and lactation — implications for maternal dosing, foetal exposure, and safety for mother and child. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 50 (7): 738–750. <https://doi.org/10.1111/apt.15476>.
10. García-Romero CS, Guzman C, Cervantes A, Cerbón M. (2019). Liver disease in pregnancy: Medical aspects and their implications for mother and child. *Annals of hepatology*. 18 (4): 553–562.
11. Gowda C, Smith S, Crim L, Moyer K, Sánchez PJ, Honegger JR. (2021). Nucleic Acid Testing for Diagnosis of Perinatally Acquired Hepatitis C Virus Infection in Early Infancy. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 73 (9): e3340–e3346. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa949>.
12. Huang QT, Hang LL, Zhong M, Gao YF, Luo ML, Yu YH. (2016). Maternal HCV infection is associated with intrauterine fetal growth disturbance: a meta-analysis of observational studies. *Medicine*. 95: 35.
13. Mintser AP. (2018). Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. *Prakticheskaya meditsina*. 3: 41–45.
14. Public Health Center. (2018). Hepatitis C in Ukraine: epidemiological characteristics and severity assessment.
15. Ragusa R, Corsaro LS, Frazzetto E, Bertino E, Bellia MA, Bertino G. (2020). Hepatitis C Virus Infection in Children and Pregnant Women: An Updated Review of the Literature on Screening and Treatments. *AJP reports*. 10 (1): e121–e127. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709185>.
16. Rahim MN, Pirani T, Williamson C, Heneghan MA. (2021). Management of pregnancy in women with cirrhosis. *United European gastroenterology journal*. 9 (1): 110–119. <https://doi.org/10.1177/2050640620977034>.
17. Razavi H. (2020). Global epidemiology of viral hepatitis. *Gastroenterology Clinics*. 49 (2): 179–189.
18. Roudot-Thoraval F. (2021). Epidemiology of hepatitis C virus infection. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*. 45 (3): 101596. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2020.101596>.
19. World Health Organization. (2017). Global hepatitis report 2017: World Health Organization.
20. Zhang Y, Chen J, Liao T, Chen S, Yan J, Lin X. (2020). Maternal HBsAg carriers and pregnancy outcomes: a retrospective cohort analysis of 85,190 pregnancies. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20: 1–9.

Відомості про авторів:

Запопадна Юлія Миколаївна — аспірант каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0001-5494-4064>.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2023 р.; прийнята до друку 10.09.2023 р.