**Лекция № 5**  
 Тема: **«Вирусные гепатиты и беременность».**

План

1. ВГА:определение, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, осложнения, доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи, лечение и сестринский уход, профилактика. Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.
2. ВГЕ:определение, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, осложнения, доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи, лечение и сестринский уход, профилактика. Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.
3. ВГВ:определение, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, осложнения, доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи, лечение и сестринский уход, профилактика. Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.
4. ВГС:определение, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, осложнения, доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи, лечение и сестринский уход, профилактика. Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.
5. ВГД:определение, этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, осложнения, доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи, лечение и сестринский уход, профилактика. Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.

Вирусные гепатиты – группа острых инфекционных болезней, вызывающихся вирусами, имеющих разнообразные механизмы передачи и различные исходы. Эти болезни объединяет то, что все они протекают циклически, вызывающие их вирусы гепатотропны и центральное место в клинической картине занимает поражение печени.  
 В настоящее время выделяют 5 нозологических форм вирусных гепатитов: А, В, С, D и Е. Гепатиты А и Е имеют фекально-оральный механизм передачи, а для гепатитов В, С и D характерен парентеральный механизм.  
  
 **Гепатит А.**  
 Гепатит А (ВГА) – раньше называли болезнью Боткина, инфекционным, эпидемическим гепатитом. В РФ на его долю приходится около 70% всех вирусных гепатитов.  
 Возбудитель ВГА открыт С.Фейнстоуном в 1973 году, очень устойчив во внешней среде: при комнатной температуре он может сохраняться в течение нескольких недель, при 4 градусах – месяцами, при 20 градусах – несколько лет. ВГА не погибает при нагревании до 60 градусов, под действием кислот и эфира. Полная инактивация вируса происходит при 85 градусах в течение нескольких минут, при кипячении, обработке хлорамином, формалином, УФ-излучении, автоклавировании.   
 Источником ВГА является только больной человек. Он заразен с конца инкубационного периода и на ранних стадиях болезни. При выявлении желтухи больные практически не заразны.  
 Длительного носительства болезни ВГА не бывает.  
 Вирус выделяется с фекалиями.  
 Механизмы передачи – фекально-оральный, факторами передачи являются пищевые продукты без термической обработки и вода. В детских коллективах большое значение имеет контактно-бытовой путь через «грязные» руки и различные предметы.  
 Очень редко (т.к. вирусемия кратковременная) ГА передается с кровью и половым путем. Через плаценту вирус не проходит, нет его и в грудном молоке.  
 Восприимчивость людей и ВГА почти абсолютная. Чаще болеют дети дошкольного возраста (около 80%). Гепатиту А свойственна сезонность: рост заболеваемости обычно начинается в июле-августе, достигает максимума в октябре-ноябре, а затем снижается.

**Клиника.**  
 В типичных случаях ВГА протекает в желтушной форме, однако могут разви­ваться и атипичные формы, к которым относятся безжелтушная и субклиническая. В клинической картине желтушной формы вы­деляют следующие периоды: инкубационный, дожелтушный (начальный, продро­мальный), желтушный (разгара) и реконвалесценции.

I. Инкубационный период составляет 7-50 дней, чаще 15-30 дней.   
 II. Продромальный (дожелтушный период) период длится 3-7 дней.  
 Выделяют следующие варианты этого периода:  
 1) диспептический;  
 2) гриппоподобный или катаральный;   
 3) астеновегетативный;   
 4) смешанный – встречается в 2,5%  
 5) артралгический   
Заболевание, как правило, начинается остро и характеризуется повышением температуры тела до 38 — 39 °С, головной болью, слабостью, недомоганием, ломотой в теле, катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей. Больные отмечают снижение аппетита, чувство дискомфорта в животе, тошноту и рвоту. Поскольку у больных в этот период за­болевания никаких проявлений, свидетельствующих о поражении печени, не выявляется, их состояние нередко даже медицински­ми работниками расценивается как ОРЗ. В конце дожелтушного периода отмечается потемнение мочи, которая уже через несколько дней становится темной (цвета крепко заваренного чая или пива) и осветление кала (ахолия), увеличивается и становится болезненной печень.  
 III. Желтушный период – характеризуется появлением желтушного окрашивания склер, слизистых мягкого и твердого неба, кожи. Для ВГА очень характерно, что с появлением желтухи самочувствие больных начинает быстро улучшаться, температура тела нормализуется.  
 Желтуха обычно нарастает быстро, достигая максимума за 5-7 дню, затем 4-5 дней держится на этом уровне, а затем уменьшается. В среднем желтушный период длится около 2 недель.  
 Сохраняется повышенная активность АЛАТ, АСАТ, повышается количество билирубина (связанного), однако гипербилирубинемия обычно умеренная и непродолжительная. Повышен показатель тимоловой пробы.  
 IV. Период реконвалесценции - исчезают все клинические симптомы, нормализуются биохимические показатели. Длительнее всего сохраняются повышенные показатели АЛАТ, АСАТ и тимоловая проба.  
 Длится этот период 1-3 месяца.  
 *Безжелтушная форма* характеризуется теми же клиническими и лабораторными признаками, но нет желтухи и гипербилирубинемии. Субклиническая форма гепатита характеризуется отсутствием клинических проявлений заболевания. Однако и при такой форме в сыворотке крови больных отмечается умеренное повышение уровней аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ).   
 **Диагноз** ставится на основании анамнеза, клиники и лабораторных данных:

1. б/х анализ крови:

-гипербиллирубинемия;  
 - гиперферментемия;  
 - высокий показатель тимоловой пробы;

b) в сыворотке крови определяются специфические анти­тела к вирусу гепатита А при ИФА – маркёры гепататов.

**Лечение.**

Больные ВГА госпитализируются по клинико-эипдемическим показаниям.

Назначают базисную терапию, которая включает:

* диету (ст. № 5a) - полноценную, легкоусвояемую и ка­лорийную пищу: полностью исключается упо­требление жареных, копченых, маринованных и жирных про­дуктов, категорически запрещается употребление алкоголя;
* обильное питьё (до 2 — 3 л в сутки);
* щадящий режим: при лег­ком течении болезни - полупостельный ре­жим, а при тяжелом — постельный;
* витамины В, С;
* желчегонные препараты (аллахол, холензим, тыквеол, экстракт кукурузных рылец).   
   При среднетяжелой форме с целью дезинтоксикации в/в капельно 5% раствор глюкозы, гемодез и др. При тяжелой форме показана патогенетическая терапия по той же схеме, как и при тяжелом ВГВ.

**Исходы и диспансеризация.** В подавляющем большинстве случаев ВГ заканчивается полным выздоровлением. Иногда после перенесенного ГА остается дискинезия желчевыводящих путей.  
 Все реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению. Через 1 месяц после выписки из стационара они посещают своего лечащего врача. При отсутствии у реконвалесцента каких-либо клинических и биологических отклонений они могут быть сняты с учета. Реконвалесценты, имеющие остаточные явления, передаются в КИЗ, где они проходят повторную диспансеризацию в установленные сроки (через 3 месяца). Практика показала, что в более длительный диспансеризации они не нуждаются.  
  
 **Профилактика.**  
 Профилактика – включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественными продуктами, питьевой водой.  
 Больных изолируют.  
 За контактными – медицинское наблюдение в течение 35 дней.  
 Иммунопрофилактика проводится только среди наиболее поражаемых этой инфекцией контингентов.  
 В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.  
 В настоящее время уже существует вакцина против гепатита А – вакцина Хаврикс по схеме: 1- 6(-12) мес.

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

Гепатит А у беременных протекает так же, как у небеременных. Риска антенатальной передачи возбудителя нет. При редких тяжёлых и затяжных формах гепатита А возможны преждевременные роды, в единичных случаях — самопроизвольные выкидыши. Возможны угроза прерывания беременности, преждевременное или раннее излитие ОВ. У беременных, болеющих гепатитом А, как и при других экстрагенитальных заболеваниях, несколько чаще, чем в популяции, развиваются ранний токсикоз, гестоз (в том числе в родах). Беременных с гепатитом А следует госпитализировать в инфекционный стационар для контроля и своевременного выявления угрозы возникновения осложнений гестации и предупреждения неблагоприятных исходов беременности. В стационаре беременную должны наблюдать два лечащих врача — инфекционист и акушер. При адекватной тактике ведения беременной и должном совместном наблюдении акушера и инфекциониста исходы [беременности у женщин](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=mHDcjHV-fn87pPS-9rnTqz31CC9EQJqix*uuHElgxsv377CDJoNiDerV5IugPezb8NY-ZxXqGvqrUCpn3PUa8cmwwJ*XqucSJoAm8tGFALTIYhwcW6mffEFCfkO9QYsBcKh13FmFdvyVUzghTdYvaTNYvPFFils5DNRpIhbT*EU*ZuHgVktoe-Mbu*jA6Q1AKhW4GewGJaloVQCtg*kvlzSGTskqWs1y0HIQ5SMnpghDDkkQdd4SjwyoIQpCipOQj9W-cSpes-XVxru683gM886dJJLDtYQWn0hMOFPeoXhlc6Bp9St81Z1P3hd4UYa4hFSBatrPZ7o8xXU*CcESMzz4l53Gi4NJoYAZuiZtYdUWe8SHA*-Eew0nR7Orluziz4gPHLYc4cJhkrF83cylehpmkAipzuo15rdSQIUfm7x-8EfcX6ku0fJrrc28L5LwGCrS*s*KFoPwUPOa2ARdXi52pS9qiHNLTCV*wJm18kiSHRLfbzMJYGb8iiyFeDt7BHvQcOmwWy833ee0&eurl%5B%5D=mHDcjCkoKSjv*VXO*C7XQBjaefhiba34EzIxXP0u6PHFbpo7) при гепатите А благоприятны (для матери, плода и новорождённого). Осложнения гестации, возникшие у больной гепатитом А в любом триместре, корригируют по принятым в акушерстве принципам соответствующими методами и средствами. Сказанное относится и к осложнениям в родах и в послеродовой период.

**Гепатит Е.** Возбудителем является вирус,источник инфекции – больной человек.  
 Встречается в странах с жарким климатом.   
 Механизм передачи – фекально-оральный. Ведущий путь передачи – водный.  
 Инкубационный период – в среднем 30 дней с колебаниями от 14 до 50 дней.  
 Гепатитом Е чаще всего болеют молодые люди в возрасте 15-29 лет.  
 Развивается, как правило, постепенно. Повышение температуры в преджелтушном периоде не характерно. Более выражены при гепатите Е боли в правом подреберье.  
 После появления желтухи для гепатита Е не характерно столь быстрое улучшение состояния, как при гепатите А.  
 Протекает ВГЕ тяжелее, особенно тяжело у беременных.  
 При гепатите Е более стойкая гипербилирубинемия и гиперферментемия.  
 Диагноз – обнаружение в крови анти ВГЕ, которые можно выявить на 10-12 день болезни и в течение 1-2 месяца.  
  
 **Лечение.**  
 Лечение ВГЕ – только в стационаре.  
 Этиотропная терапия – отсутствует.   
 При легких формах – базисная терапия.  
 При средне-тяжелых формах – проводят инфузионную терапию с целью снятия явлений интоксикации, контролируют диурез, ежедневное опорожнение кишечника.   
 Тяжелые формы лечат в условиях реанимации, особенно при угрозе выкидыша или преждевременных родов, тяжелом геморрагическом синдроме.  
 Комплексная терапия тяжелых форм включает в себя:  
 - дезинтоксикационную инфузионную терапию;   
 - ингибиторы протеолитических ферментов (гордокс, контрикал);  
 - профилактику и лечение геморрагического синдрома (переливание свежезамороженной плазмы, свежеге паринизированной крови, гепаринотерапия под контролем коагулограммы);  
 - подавление микрофлоры кишечника антибиотиками группы аминогликозидов;  
 - гипербарическую оксигенацию;   
 - кортикостероидные гормоны;  
 - плазмоферез;  
 Выписка – производится после нормализации клинико-биохимических показателей с направлением в КИЗ.  
 Диспансерное наблюдение проводится через 1 месяц после выписки. При отсутствии клинико-биохимических изменений реконвалесценты могут быть сняты с учета. При сохраняющихся остаточных явлениях ежемесячное обследование продолжается до их исчезновения.  
  
 **Профилактика.**  
 В настоящее время считается целесообразным использование с целью профилактики в группе риска (беременные) специфического иммуноглобулина.

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

Высокий риск осложнений беременности для матери и плода, часто с фатальным исходом, отмечают при тяжёлых и особенно молниеносных формах гепатита E. Наиболее опасны случаи, когда беременная женщина заражается HEV во второй половине гестации (позже 24 нед). При этих формах гепатита E клиническая картина больше напоминает самые тяжёлые формы гепатита В (см. ниже). Желтуха неуклонно нарастает, усиливается лихорадка, стремительно развивается печёночная и почечная недостаточность, усиливаются признаки ДВС-синдрома. При гепатите E у беременных нередко возникает усиленный гемолиз эритроцитов с гемоглобинурией, что усугубляет почечную недостаточность. Гемоглобинурия — ранний признак начинающегося ухудшения состояния беременной и тяжёлого прогноза для её жизни и здоровья.

При самопроизвольном прерывании беременности состояние женщины резко ухудшается, возможен летальный исход. В родах крайне велика вероятность массивного кровотечения, равно как и в послеродовой период. Некоторые авторы не исключают возможности вертикальной передачи возбудителя. Тяжелейшим осложнением гестации выступает также анте-, интра и постнатальная гибель плода. Вероятность рождения здорового ребёнка практически отсутствует, возможность выживания новорождённого очень невелика.

**Гепатит В**

Гепатит В (ГВ) ранее называли сывороточным, парентеральным, шприцевым и т.д., подчеркивая тем самым особенности путей передачи.

В отличии от ВГА ВГВ поражает не только печень, но и другие органы; заболевание может протекать тяжело и заканчиваться смертью; возможно формирование хронического гепатита В, вирусоносительства (в общей структуре вирусных гепатитов В составляет 10 -39%).

**Этиология.** Возбудитель – гепадновирус, содержащий ДНК. В середине 60 годов В.Бламберг открыл новый антиген, который затем был назван «австралийским» и его стали считать маркером этого заболевания. Позже выяснилось, что австралийский антиген является лишь частью вируса, возбудителя ГВ. В 1970 году Дейн впервые выделил полный вирус, который содержит 3 компонента: ядерный, антиген инфекционности и поверхностный – он же «австралийский»

Вирус ГВ высоко устойчив к различным клиническим и физическим факторам, он сохраняется при комнатной температуре в течение 3-х месяцев, в холодильнике – до 6 месяцев, в высушенной плазме – до 25 лет, не погибает при действии различных консервантов крови. Инактивация его происходит при автоклавировании (30 мин.) стерилизации сухим паром, прогревании (60С в течение 10 часов) или кипячении не менее 30 минут.

**Эпидемиология.** Основным резервуаром и источником ВГВ являются больные острым, хроническим гепатитом ГВ, а так же «здоровые» вирусоносители, число которых в РФ превышает 5 млн.

Как у носителей, так и у больных в различных биологических субстратах обнаруживается НВsAg. Однако только кровь, сперма и, может быть, слюна предоставляют реальную опасность.

В отличие от ГА ГВ относится к кровяным инфекциям, т.к. передается парентеральным путем, при различных медицинских и немедицинских манипуляциях

Возможен так же половой путь.

Заражение ГВ возможно при бытовом общении с больными или вирусоносителями.

Особое значение имеет передача вируса от беременной женщины (больной или носителя) плоду или новорожденному.

Нетрудно убедиться, что пути и факторы передачи ГВ аналогичны таковым при передаче ВИЧ-инфекции. Общими являются группы риска: больные гемофилией, реципиенты крови, лица, часто меняющие половых партнеров, наркоманы, новорожденные от инфицированных матерей, медработники некоторых специальностей и т.д. Именно поэтому ВГВ называют «кузиной СПИДа».

Восприимчивость людей всех возрастов к ГВ высокая. Иммунитет после ГВ длительный, возможно пожизненный.

**Клиника**. *И.П*. от 6 недель до 6 месяцев.

*Продромальный период* характеризуется постепенным началом, возможны боли в суставах, иногда экзантема типа крапивницы, слабость, быстрая утомляемость, головокружение, сонливость, выражены диспептические явления, температура субфебрильная. У 10% больных – зуд кожи. Увеличивается печень, иногда селезенка, моча становится темной, кал – обесцвечен. В сыворотке крови увеличивается резко АЛАТ и АсАТ. В крови обнаруживаются специфические маркеры HBsAg, анти-НВc, HBсAg . Длится этот период 1-5 недель.

*С появлением желтухи* (*период разгара)* самочувствие больных ухудшается. Еще больше увеличивается печень. Однако артралгия исчезает. Желтуха нарастает постепенно, достигая максимума на 2-3 неделе.

В крови гипербилирубинемия за счет связанной фракции-более интенсивная и более продолжительная, чем при ВГА. Снижен уровень протромбина.. Длится желтушный период в среднем около 1 месяца.

*Период реконвалесценции* при ГВ более длительный – до полугода. Клинико-биохимические показатели исчезают медленно.

По тяжести ВГВ может быть в легкой, средне - тяжелой и тяжелой форме.

Тяжесть гепатита определяется по наличию у больного синдрома печеночной интоксикации.

Осложнениями ВГВ являются: печеночная кома, острая печеночная энцефалопатия, цирроз печени, рак печени. Возможен переход в хроническую форму.

**Диагноз:** эпиданамнез (переливание крови, операции, другие парентеральные вмешательства, случайные половые связи в течение последних 6 мес., тесный контакт с носителями HBsAg или больными с хроническими заболеваниями печени); клиника и лабораторные данные: постепенное начало, длительный преджелтушный период с диспептическими явлениями, артралгиями и экзантемой, выраженной слабостью; ухудшение самочувствия на фоне появления желтухи; увеличение печени; постепенное нарастание интенсивности желтухи, гиперферментемия и т.д.

Существенное значение, иногда решающее, имеет выявление HBsAg, анти-НВs, анти-НВС: HBtAG, анти-НВе; ДНК-вируса, ДНК-полимеразы.

*На практике основным маркером гепатита В является наличие HBsAg. Однако, следует знать, что HBsAg может быть не только у больных, но и у «здоровых носителей», у людей с хроническими заболеваниями печени.*

**Лечение.** Всех больных госпитализируют в обязательном порядке. При легкой форме – базисная терапия. При средне-тяжелой и тяжелой форме к базисной терапии добавляют:

1. противовирусные препараты ( реоферон или другие интерфероны), во время беременности этиотропная противовирусная терапия гепатита C противопоказана;
2. дезинтоксикационную терапию ( кристаллоидные и колло­идные растворы);
3. гепатопротекторы (карсил, легалон, эссенциале – форте);
4. в тяжёлых случаях – гормонотерапию, гипербарическую оксигенацию и плазмоферез.

**Выписка** реконвалесцентов проводится при клиническом выздоровлении и изначальном улучшении биохимических показателей (при этом активность АЛАТ может превышать норму в 2-3 раза). Сохраняющийся в крови HBsAg не является противопоказанием к выписке, однако об этом следует сообщить в КИЗ, где будет наблюдаться реконвалесцент. Срок диспансеризации – 12 мес. Контрольное обследование проводят через 1-3-6-9-12 мес. после выписки. Реконвалесцентов снимают с учета только после получения стойко нормальных результатов клинико-биохимических исследований и двукратных (с интервалом 10-15 дней) отрицательных результатов на наличие HBsAg.

При выявлении HBsAg на протяжении 6 мес. необходима госпитализация для исключения хронического гепатита. Реконвалесценты ГВ могут приступить к учебе, работе не ранее чем через 4-5 недель после выписки из больницы. На 3-6 месяев их следует освободить от занятий спортом, физкультурой, от тяжелой физической работы. В течение 6 месяцев противопоказаны плановые профилактические прививки.

**Профилактика.** Тщательный отбор доноров с обязательным их обследованием на HBsAg и АЛАТ; максимальное ограничение показаний к переливанию крови, соблюдение правил обработки медицинского инструментария; обследование беременных на HBsAg; соблюдение правил безопасности медработниками, использование одноразовых инструментов, санпросветработа.

Специфическая профилактика осуществляется вакциной Энджерикс В. Для пассивной иммунизации – донорский иммуноглобулин против ГВ, который оказывает защитный эффект при использовании не позднее 48 часов после вероятного заражения.

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

У беременных гепатит B протекает так же, как у небеременных, но у них тяжёлую форму заболевания (10–11%) отмечают чаще. Риск внутриутробного заражения гепатитом B зависит от времени заболевания матери: при заражении в III триместре беременности он составляет 75%, а при заражении в I триместре — всего 8%. Таким образом, гепатит чаще наблюдается у новорожденных, чьи матери заразились им в конце беременности. Гепатит B не влияет на риск врожденных пороков. Главной причиной смерти беременных с гепатитом B служит острая печёночная недостаточность, точнее, её терминальная стадия — печёночная кома. Летальность беременных при остром гепатите B в 3 раза выше, чем у небеременных, и чаще встречается в III триместре гестации, особенно на фоне уже имеющихся акушерских осложнений беременности. Характер и спектр осложнений гестации при гепатите B такие же, как при других гепатитах. Наиболее опасны внутриутробная гибель плода (на высоте интоксикации и желтухи у матери), мёртворождение, выкидыши и преждевременные роды, которые могут приводить к критическому ухудшению состояния больной, переносящей тяжёлую форму гепатита B. При хроническом гепатите B невынашивание беременности наблюдают редко. В родах в разгар заболевания велика вероятность массивного кровотечения, как и в послеродовой период.

**Гепатит С**

Гепатит С (ГС) **–**  называют посттрансфузионным гепатитом. Имеет склонность к длительному, малосимптомному хроническому течению с исходом в цирроз печени («ласковый убийца»). В мире инфицировано ВГС 500 млн. чел.

**Этиология.** Возбудитель гепатита С – это мелкий вирус, представляет собой «вариант» НВ-вируса.

Он находится в сыворотке крови в чрезвычайно низкой концентрации и определяется ультрачувствительными методами.

Основной путь передачи – парентеральный (наркоманы 40-80%), трансфузионный, редко возможен трансплацентарный путь заражения. Половой и бытовой – редко.

**Клиника.** И.П. в среднем 7-8 недель, хотя может варьировать от нескольких дней до 26 недель.

Начинается постепенно. У 20% больных преджелтушный период отсутствует. В остальных случаях он проявляется слабостью, снижением аппетита, вплоть до анорексии, дискомфортом в эпигастральной области и правом подреберье. Желтушный период протекает значительно легче, чем при других парентеральных гепатитах, возможны и безжелтушные варианты.

В целом ВГС, независимо от того, возникает он после гемотрансфузии или после инъекции, протекает легче, чем ВГВ, однако, при ВГС могут возникать тяжелые и злокачественные варианты болезни, выше летальность, часто переходит в хроническую форму, дает здоровое носительство.

**Лечение -**  как при ВГА и ВГВ. Трудно лечится хронический ВГС. **Профилактика –** как и ВГВ.

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

В большинстве случаев гепатит C протекает как у небеременных. Осложнения очень редки. Ведение беременной, больной гепатитом C, включает тщательное наблюдение для своевременного определения возможной угрозы прерывания беременности и гипоксии плода. Во многих случаях хронического гепатита C возможно ведение беременных в амбулаторных условиях (при благоприятном течении инфекции и гестации). При острой фазе гепатита C у беременных необходима госпитализация в инфекционный стационар и обеспечение наблюдения акушера-гинеколога. Все усилия акушеров должны быть направлены на то, чтобы роды у больных гепатитом C прошли в срок через естественные родовые пути. Передача возбудителя гепатита C плоду вертикальным путём возможна, но встречается крайне редко. С молоком матери HCV не передаётся.

**Гепатит – дельта (Д).**

Гепатит D самостоятельного значения не имеет: его возбудитель HDV не способен к репликации в отсутствие HBV, поскольку формирует свою оболочку из HBSAg. Существует исключительно как коинфекция или суперинфекция при гепатите B. Такого рода микстинфекция (гепатит B + гепатит D) имеет склонность к тяжёлому и хроническому течению. Гепатит с гемоконтактной передачей возбудителя.

Встречается часто в регионах с жарким и тёплым климатом, нередко и в странах [Европы](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=mHDcjPvx8PFbHI0eVxhyCpxUqY7l4TsDZkoPvfDzZhPoiuKP-fS9AaAA4nbrGTgf9hEToW3DkIEsXdwgs7Ei8VrGf7BBRE09OdjnW3iONGzp2yfBTZAE3LEq18CYIPtwlgEsNrT3lZ0SGnnPfwtF8va1ZkvloJ3GZys3VpkeKP3N4YeYqKuDIZZjZ231cT6yu47sIhCcezulVHJQMacqzn52dnv6Rj3DkQNzBmgv1X1FPCW7F-qPff3UsuK9v2c3yTN4TYGBTUHiBy6inIkOl-BHUdQf14kFXN9w9byLWMv20*ra9LfX6e3JH1VY6eMSRDF76KJIZnsM5JJsB4r1LLGndL0h-6gBSZsKw6yFUmxQgFW*71lueKi4CZfT757NW6nLc7idVRPRWaOCCcdZsd69oxsyaH-cLuvhz62c8ps7k2Fn4K6c0gQwQ4YooX6yZfnWMJlwA35sZyvekzeVFUYPJQevNIsIPgTHlXInq5DJghXWTCErg5q1qV8&eurl%5B%5D=mHDcjBMSExI4s2V3QZdu*aFjwEHezC5sHLCKIcaNOJ6RVs0y). Возможность инфицирования в средней полосе невелика.