

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 3

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 3
2022

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

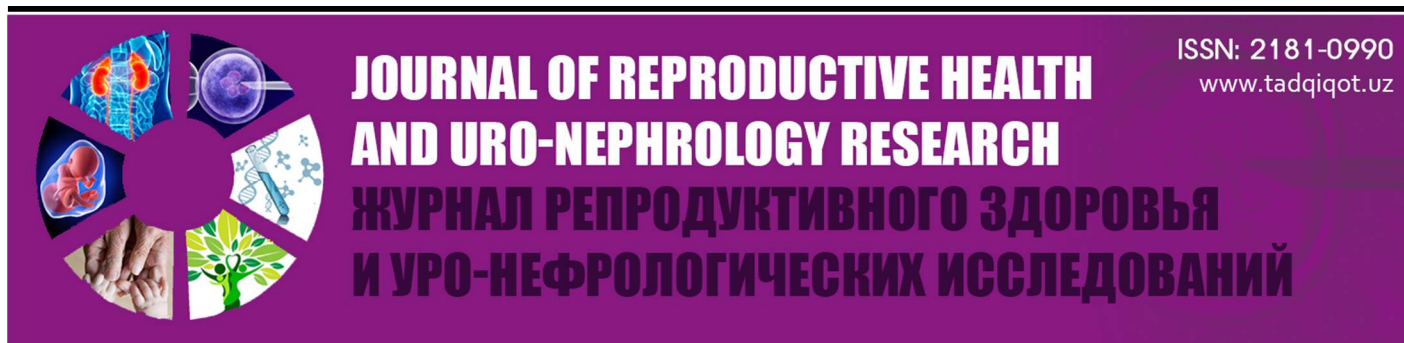
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Ахмедов Ю.М., Амедов И.Ю., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н.**
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ / SURGICAL TREATMENT OF UROLITHIASIS IN PEDIATRIC PRACTICE
/ PEDIATRIYA AMALIYOTIDA UROLITIYOZNI DAVOLASH UCHUN JARROHLIK USULLARI.....6
- 2. Валиев Ш. Н., Негмаджанов Б.Б.**
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ / CAESAREAN SECTION IN
WOMEN WITH A UTERINE SCAR. MODERN METHODS OF MANAGEMENT/ BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA
KESARCHA KESISH OPERATSIYASI. ZAMONAVIY OLIB BORISH USULLARI.....11

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Ахмедов Ю.М., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н., Асатуллаев А.Б.**
МИНИИНВАЗИВНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ У ДЕТЕЙ/ MINIMALLY INVASIVE PERCUTANEOUS
NEPHROLITHOTOMY IN CHILDREN/ BOLALARDA MINI-INVAZIV PERKUTAN NEFROLITOTOMIYA.....19
- 2. Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-
КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF HYPERANDROGENISM IN MAYER-ROKITANSKY-
KUESTER-HAUZER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKIY-KUSTER-XAUZER SINDROMIDA GIPERANDROGENIZMNING
KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI.....23
- 3. Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А.**
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН/ TACTICS OF MANAGEMENT
AND TREATMENT OF VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN/ HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT B NI
BOSHQARISH VA DAVOLASH TAKTIKASI.....27
- 4. Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Насимова Н.Р.**
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО
ЗВЕНА/ DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VAGINAL AND UTERINE APLASIA AT THE PRIMARY LEVEL/
BACHADON VA KIN APLAZIYASI BULGAN BEMORLARDA BIRLAMCHI ZVENODA DIAGNOSTIKA KUYISH VA OLIB BORISH
TAKTIKASI.....33
- 5. Рузибаев А.Р., Рахимбаев А. А., Акилов Ф. А., Гиясов Ш.И.**
ЧАСТОТА, ТЯЖЕСТЬ, ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-
ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА/ FREQUENCY, SEVERITY, CAUSES OF DEVELOPMENT OF
COMPLICATED PYELONEPHRITIS AFTER EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY AND PREVENTION METHODS/
EKSTRAKORPORAZ ZARB-TO'LQINLI LITOTRIPSIYADAN KEYINGI ASORATLANGAN PIYELONEFRITNING CHASTOTASI,
OG'IRLIGI, SABABLARI VA PROFILAKTIKASI.....36
- 6. Широф Т. Ф., Мавлянов Ф. Ш., Нормурадова Н. М., Мавлянов Ш. Х.**
ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PROTEIN METABOLISM DISORDERS IN
CHILDREN WITH CHRONIC TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS/ O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SAMARQAND VILOYATI
BOLALARDAGI BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARINING PATOLOGIK O'ZGARISHINI DIAGNOSTIKASI.....44
- 7. Шодмонова З.Р., Исмоилов Ш.А., Зокиров Ш.Ш.**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ/ ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL CONTACT LITHOTRIPSY IN THE
TREATMENT OF URETEROLITHIASIS PATIENTS/ URETEROLITIYOZNI DAVOLASHDA TRANSURETRAL KONTAKT
LITOTRIPSIYANING SAMARADORLIGINI BAHOLASH.....49
- 8. Ibatova SH. M., Mamtkulova F. X.**
SOME ASPECTS OF OBESITY IN CHILDREN / НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ
/ BOLALARDA SEMIZLIKNING BA'ZI JIHATLARI.....54
- 9. Rizayev J. A., Khusanbayeva F.A.**
STUDY OF ORAL IMMUNITY FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ
ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI
BO'LGAN BEMORLARDA OG'IZ IMMUNITETI OMILLARINI O'RGANISH.....58
- 10. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.**
TO STUDY IN A COMPARATIVE ASPECT THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS WITH TUBULOINTERSTITIAL KIDNEY
DAMAGE COMBINED WITH CHRONIC PERIODONTAL DISEASE/ ИЗУЧЕНИЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ОСОБЕННОСТИ
МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА/ QIYOSIY JIHATDAN O'RGANISH BUYRAKNING TUBULOINTERSTITIAL SHIKASTLANISHI
BO'LGAN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARI BIRLASHTIRILGAN SURUNKALI GENERALLASHGAN
PARODONTIT KASALLIK.....62

11. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.	
ASSESSMENT OF BIOMARKERS OF RENAL KIDNEY DAMAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS/ ОЦЕНКА БИОМАРКЕРОВ РЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПАРОДОНТИТОМ/ SURUNKALI GENERALLASHGAN PARIODONTIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA RENAL BUYRAK SHIKASTLANISHINING BIOMARKERLARINI BAHOLASH.....	66
12. Rizaev J. A., Raximov N. M., Kadirov X. X.	
RESPUBLIKANING VILOYATLAR KESIMIDA PROSTATI BEZI SARATONINI KASALLANISH KO'RSATGICHINI O'RGANISH/ ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗРЕЗЕ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ/ STUDY OF PROSTATE CANCER MORBIDITY RATE BY REGIONS OF THE REPUBLIC.....	70




УДК 616.36-002:614.2.

Мирзаабдуллахожиева О.У.
Ташкент педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан.
Зуфарова Ш.А.
доктор медицинских наук, профессор
Республиканский центр репродуктивного
здоровья населения Ташкент, Узбекистан

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

For citation: Mirzaabdullakhozhieva O.U., Zufarova Sh.A., Tactics of management and treatment of viral hepatitis b in pregnant women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 3. pp.27-32

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7145982>

АННОТАЦИЯ

В развитии хронического вирусного гепатита доказана этиологическая роль вирусов гепатита В /HBV/, С /HCV/ и дельта /HDV/. Хронический вирусный гепатит, как известно, характеризуется латентностью течения, преобладанием неактивных и малоактивных форм; лишь у части (до 1/4) инфицированных в среднем в течение 20-30 лет наблюдается развитие цирроза печени и имеется риск развития гепатоцеллюлярной карциномы. При этом сочетанная инфекция двумя (HBV и HDV, HBV и HCV) или тремя вирусами гепатита ускоряет темпы прогрессирования заболевания.

Влияние беременности на течение хронического вирусного гепатита изучалось в ряде исследований, в том числе в исследовании, проведенном в нашей клинике. Показано, что у большинства больных беременность не оказывает влияния на течение заболевания и не представляет риска для матери. Течение хронического вирусного гепатита у беременных характеризуется, как правило, низкой активностью и редкостью обострений, которые проявляются нарастанием лабораторных признаков цитолиза и наблюдаются чаще в первой половине беременности или после ее разрешения. В данной статье широко освещаются вопросы ведения, лечения и профилактики вирусного гепатита В у беременных женщин.

Ключевые слова: гепатит В, беременность, вирус, цирроз печени.

Mirzaabdullakhozhieva O.U.
Tashkent pediatric medical institute
Tashkent, Uzbekistan
Zufarova Sh.A.
Doctor of Medical Sciences, Professor
National Centre for Reproductive Health of Population
Tashkent, Uzbekistan

TACTICS OF MANAGEMENT AND TREATMENT OF VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN

ABSTRACT

The etiological role of hepatitis B /HBV/, C/HCV/ and delta/HDV/ viruses has been proven in the development of chronic viral hepatitis. Chronic viral hepatitis, as is known, is characterized by the latency of the course, the predominance of inactive and inactive forms; only a part (up to 1/4) of those infected on average for 20-30 years have the development of cirrhosis of the liver and there is a risk of developing hepatocellular carcinoma. At the same time, combined infection with two (HBV and HDV, HBV and HCV) or three hepatitis viruses accelerates the rate of disease progression. The effect of pregnancy on the course of chronic viral hepatitis has been studied in a number of studies, including a study conducted in our clinic. It has been shown that in most patients pregnancy does not affect the course of the disease and does not pose a risk to the mother.

The course of chronic viral hepatitis in pregnant women is characterized, as a rule, by low activity and the rarity of exacerbations, which are manifested by an increase in laboratory signs of cytolysis and are observed more often in the first half of pregnancy or after its resolution.

This article extensively covers the issues of management, treatment and prevention of viral hepatitis B in pregnant women.

Keywords: hepatitis B, pregnancy, virus, cirrhosis of the liver.

Mirzaabdullaxiyeva O. U.
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
Toshkent, O'zbekiston
Zufarova Sh. A.
tibbiyot fanlari doktori, professor
Respublika reproduktiv salomatlik markazi
Toshkent, O'zbekiston

HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT B NI BOSHQARISH VA DAVOLASH TAKTIKASI

ANNOTATSIYA

Surunkali virusli gepatitning rivojlanishida gepatit V /HBV/, S /HCV/ i delta /HDV/ viruslarining etiologik roli isbotlangan. Surunkali virusli gepatit, ma'lumki, kursning kechikishi, harakatsiz va harakatsiz shakllarning ustunligi bilan tavsiflanadi; o'rtacha 1-4 yil davomida yuqtirganlarning faqat bir qismi (20-30 qismigacha) jigar sirrozi rivojlanadi va gepatotsellulyar karsinoma rivojlanish xavfi mavjud. Shu bilan birga, ikkita (HBV i HDV, HBV i HSV) yoki uchta gepatit virusi bilan birlashtirilgan infeksiya kasallikning rivojlanish tezligini tezlashtiradi. Homiladorlikning surunkali virusli gepatitning kechishiga ta'siri bir qator tadqiqotlarda, jumladan, klinikamizda o'tkazilgan tadqiqotda o'rganilgan. Ko'pgina bemorlarda homiladorlik kasallikning rivojlanishiga ta'sir qilmaydi va onaga xavf tug'dirmaydi. Homilador ayollarda surunkali virusli gepatitning kechishi, qoida tariqasida, sitolizning laboratoriya belgilarining ko'payishi bilan namoyon bo'ladigan va homiladorlikning birinchi yarmida yoki uni hal qilgandan keyin tez-tez kuzatiladigan past faollik va qo'zg'alishlarning kamligini kamligi bilan tavsiflanadi. Ushbu maqolada homilador ayollarda virusli gepatit V ni olib borish, davolash va oldini olish masalalari keng yoritib berilgan.

Kalit so'zlar: gepatit B, homiladorlik, virus, jigar sirrozi.

Актуальность. Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим широкое распространение в настоящее время. ХВГ В зарегистрированы более чем у 350 млн человек во всем мире, при этом ежегодно умирает более 1 млн человек от хронических заболеваний печени, включая цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК), обусловленных вирусным гепатитом В (ВГВ). В эндемичных зонах, где уровень носительства составляет > 5%, большинство лиц инфицируются перинатально, вследствие вертикальной передачи или в раннем детском возрасте [1]. Инфицирование вирусом гепатита С (ВГС) — наиболее значимая проблема общественного здравоохранения во всем мире. Предполагается, что ВГС в настоящее время инфицировано более 200 млн человек во всем мире, большинство из них имеют хроническую инфекцию [2].

Лица, инфицированные ВГС, служат резервуаром для передачи инфекции другим и имеют риск для развития хронического заболевания печени, ЦП и ГЦК. Установлено, что ВГС определяется при 27% ЦП и 25% ГЦК во всем мире. Подъем заболеваемости и смертности, обусловленной ВГС, который мы сейчас наблюдаем, является результатом беспрецедентного распространения этого возбудителя в XX столетии. Ответственным за это повышение является широкое распространение двух факторов: инвазивной терапии и употребления инъекционных наркотиков [3]. Несмотря на то, что наиболее вероятный путь передачи — это прямое чрескожное попадание ВГС, некоторые исследования демонстрируют, что сексуальный, внутрисемейный, профессиональный и вертикальный пути передачи также могут иметь значение [4].

Клиническая картина ХВГ В во время беременности характеризуется малосимптомностью [10, 11, 12]. По нашим данным, при обследовании 80 женщин с ХВГ у 22 (27,5%) подтвердился ХВГ В и у 58 (72,5%) — ХВГ С. Клинические проявления в виде гепатомегалии и внепеченочных знаков (телеангиэктазии, сосудистые звездочки), при отсутствии жалоб, были выявлены у 28% с ХВГ В и у 39% женщин с ХВГ С, повышение активности трансаминаз отмечалось лишь у 6,1% и 5,6% женщин с ХВГ В и ХВГ С соответственно.

При ультразвуковом исследовании женщин с ХВГ В и ХВГ С обнаруживаются умеренные диффузные изменения печени (55,4%), признаки хронического холецистита (41,9%), в единичных случаях при ХВГ С выявляется жировой гепатоз. 70% женщин имели в анамнезе различные медицинские и парентеральные вмешательства.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза было выявлено, что у большинства женщин неоднократно были выполнены искусственные аборты: у 34% женщин с ХВГ В и у 63% женщин с ХВГ С. Случаи самопроизвольных выкидышей на

различных сроках беременности встречались у 22% и 31% беременных при ХВГ В и ХВГ С соответственно.

Течение данной беременности осложнялось угрозой прерывания беременности у 36,8% с ХВГ В и у 49,1% беременных с ХВГ С.

При доплерометрическом исследовании маточно-плацентарного кровотока и кардиотокографии плода в III триместре беременности у 52,2% с ХВГ В и у 68,4% женщин с ХВГ С была диагностирована плацентарная недостаточность (ПН).

Преждевременными родами беременность закончилась у 39,1% женщин с ХВГ В и у 24,6% с ХВГ С. При изучении особенностей течения родов было выявлено, что в 56,5% случаев при ХВГ В и в 43,8% при ХВГ С роды осложнились преждевременным разрывом плодных оболочек. У 7,2% обследуемых женщин с ХВГ В и у 6,3% с ХВГ С диагностирована аномалия родовой деятельности в виде первичной слабости.

При определении генома вируса с помощью полимеразной цепной реакции в III триместре беременности положительные результаты были диагностированы у 28% женщин, инфицированных ВГВ, и у 60% женщин, инфицированных ВГС [4]

Цель исследования. Оценить эффективность оптимизированной комплексной профилактики осложнений беременности при хронических вирусных гепатитах В с включением гепатопротектора отечественного производства «Гептронг».

Материалы и методы исследования. В исследование приняли участие 95 женщин беременность которых протекала на фоне ХГВ. Контрольную группу составили 60 беременных без гепатита В. Возрастная градация беременных с ГВ варьировала от 18 до 40 лет (рис. 1), с преобладанием частоты выявляемости ГВ в возрасте от 25 до 29 лет (40%; 44 беременных). Средний возраст беременных с ГВ составил 28,5±0,3 лет.

Диагноз установлен врачами инфекционистами и гепатологами на основании результатов клинического обследования, данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Как известно дисфункция гормонального статуса при беременности, нарушение проницаемости капилляров, которые непосредственно влияют на снижение детоксикационной и белковой функции женщин в некоторых случаях обуславливают развитие токсикоза беременных. Наличие в анамнезе у беременных ХГВ отягощает выраженность данных нарушений, что в последующем ведет к развитию холестатического гепатоза беременных и преэклампсии.

При анализе гестационных осложнений мы обратили внимание на относительно высокую частоту раннего токсикоза — в 2,2 раза больше у беременных с ХВГ, чем у здоровых женщин (25,4% против 11,7% в группе контроля; P<0,05).

Одну из ключевых ролей в патофизиологических процессах при ХГВ у беременных играет наличие гипоксии. Так по данным Антоновой Т.В. «... что при ХГВ, на пике метаболических нарушений, выявляется сочетание признаков гипоксической, гемической, циркуляторной и гистотоксической (тканевой) гипоксии, которая, в свою очередь, приводит к анемии»[1]. По данным различных авторов, прогрессирование ГВ способствует развитию дисбаланса показателей красной крови [3, 4].

При анализе полученных данных нами было установлено, что анемия у беременных с ХГВ отмечалась в 64,7% случаях (90

больных из 95 женщин), тогда как среди беременных с нормально протекающей беременностью анемия встречалась в 2 раза реже, составив 46,7% (28 из 60 беременных) (рис. 2).

Наличие анемии у беременных с ХГВ свидетельствует о наличии нарушений компенсаторных механизмов в клетках красного ростка, в дальнейшем данные механизмы запускают патологические изменения в печени. В связи с чем анемия может быть одним из главных факторов риска, которые приводят к развитию нарушений функции печени, а также может являться маркером развития донного патологического процесса.

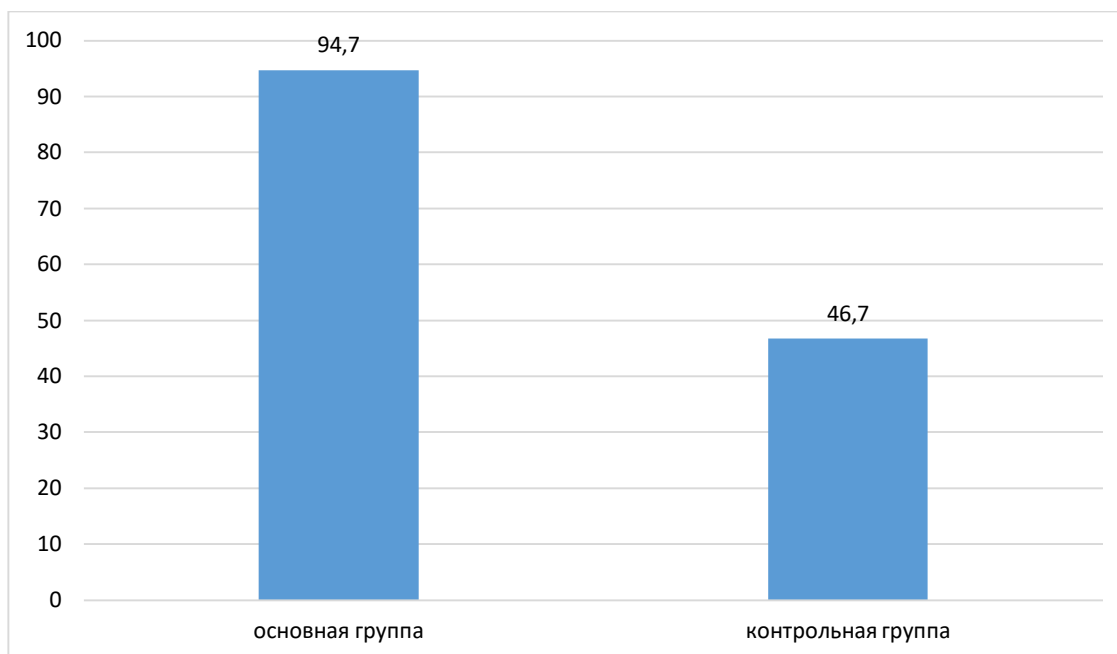


Рис. 2. Частота встречаемости анемии у беременных с ХГВ в сравнительном аспекте (%)

Лабораторное обследование беременных с ХГВ позволило выявить умеренная гипербилирубинемия, невыраженная гипертрансфераземия, диспротеинемия за счет снижения альбумина (табл. 1).

При исследовании белковообразовательной функции печени отмечено снижение средних показателей общего белка в 1,4 раза по отношению к показателям контрольной группы ($P < 0,05$).

Показатели АЛТ и АСТ в основной группе достоверно превышали данные контрольной группы в 2,1 и в 2,0 раза ($P < 0,05$) соответственно.

ЩФ плотно связана с мембраной гепатоцитов, а высокие значения ее в сыворотке крови являются следствием нарушений функции гепатоцитов, явления гепатотоксичности, повреждения паренхимы печени. Средние значения ЩФ в основной группе повышались в 1,6 раза по отношению к данным в контрольной группе ($P < 0,05$).

Средний уровень билирубина в крови беременных основной группе составил $16,34 \pm 0,5$ мкмоль/л и был в 1,6 раза выше аналогичных показателей в группы контроля ($P < 0,05$).

Таблица 1

Биохимические показатели функции печени среди беременных с ХГВ

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Основная группа (n=95)	Достоверность данных между группами
Общий белок, г/л	$70,5 \pm 2,8$	$50,12 \pm 1,1$	$P < 0,05$
Альбумин, г/л	$53,5 \pm 1,6$	$44,18 \pm 0,9$	$P < 0,05$
Билирубин общий, мкмоль/л	$10,1 \pm 4,2$	$16,34 \pm 0,5$	$P < 0,05$
АЛТ, ЕД/мл	$23,9 \pm 7,52$	$50,58 \pm 1,9$	$P < 0,01$
АСТ, ЕД/мл	$20,4 \pm 8,3$	$40,17 \pm 1,8$	$P < 0,05$
ЩФ, ЕД/л	$186,2 \pm 17,6$	$288,93 \pm 2,8$	$P < 0,05$
ГГТП, ммоль/л	$28,9 \pm 4,6$	$48,05 \pm 2,3$	$P < 0,05$
ЛДГ, U/L	$308,1 \pm 22,6$	$497,31 \pm 6,2$	$P < 0,05$
Глюкоза, ммоль/л	$3,8 \pm 1,06$	$4,55 \pm 0,07$	-
Креатинин, мкмоль/л	$76,5 \pm 19,8$	$80,41 \pm 0,6$	-
Мочевина, ммоль/л	$4,15 \pm 0,8$	$5,79 \pm 0,8$	$P < 0,05$

Показатели альбумина в основной группе беременных снижались в 1,2 раза по отношению к контрольной группе ($44,18 \pm 0,9$ против $53,5 \pm 1,6$ г/л; $P < 0,05$).

В основной группе показатели ГГТП и ЛДГ также превышали контрольные значения в 1,7 и в 1,6 раза ($P < 0,05$).

Повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ подтверждает синдром цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности у беременных с ХГВ.

Таким образом, анализ клинико-лабораторных особенностей течения ХГВ у беременных свидетельствует о нерезком отклонении от нормы функциональных проб печени.

Исследование плотности печени по УЗЭ (ультразвуковая эластография) проводилось у 30 беременных с

ХГВ в основной группе и у 20 беременных с нормальной беременностью показали. Результаты фибросканирования печени - по результатам эластометрии диагностируются следующие состояния: F0 - здоровая печень; F1 - F3 степени фиброза; F4 - цирроз печени (рис. 3).

При анализе полученных данных нами удалось установить (рис. 4), что F0 стадия была отмечена у 16,7% беременных (5 из 30), F1 стадия у 53,3% (16 из 30), тогда как F2, F3 степени фиброза регистрировались у 20% (6 из 30) и у 6,7% (2 из 30), F4 - цирроз печени был отмечен у 3,3% беременных с ХГВ (1 из 30).

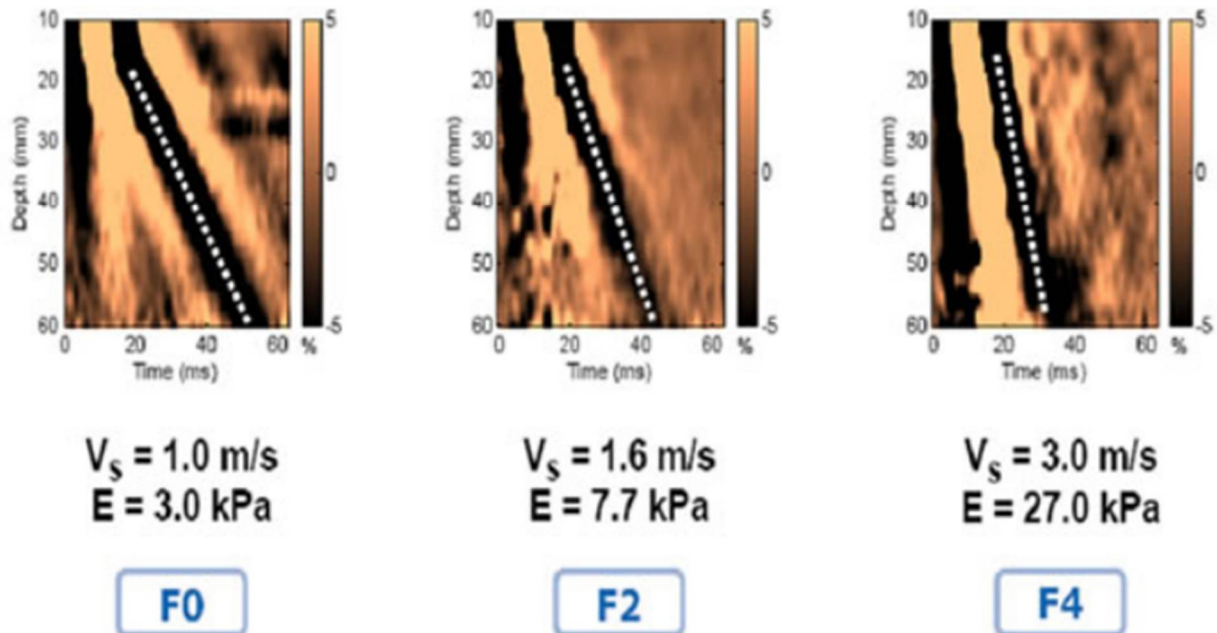


Рис. 3. Степень фиброза печени

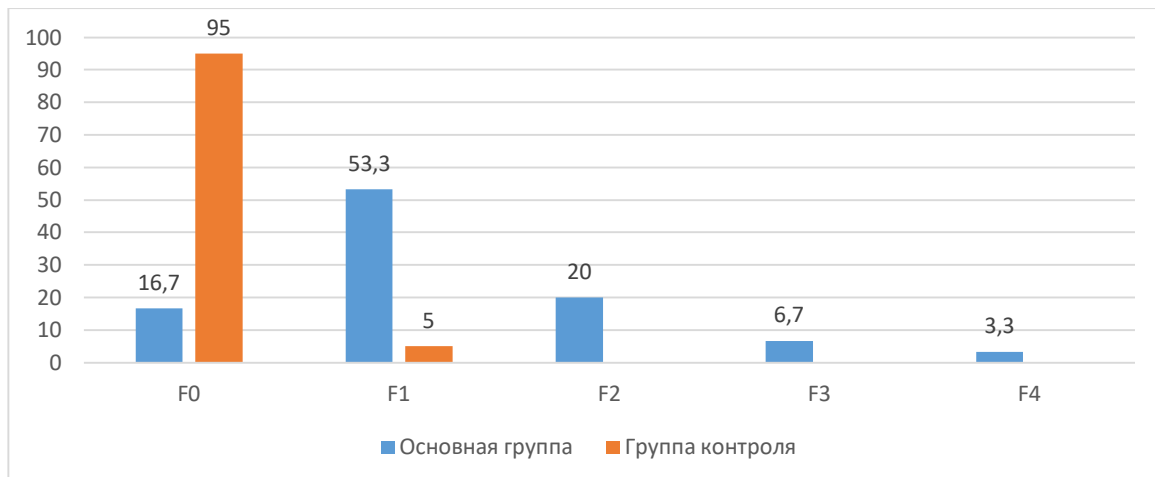


Рис. 4. Распределение обследованных женщин при беременности в зависимости от стадии фиброза печени по УЗЭ

Средние показатели плотности печени в сравниваемых группах составили $10,1 \pm 4,9$ кПА (вариационный ряд от 4,2 до 25,1 кПА) в основной группе, что в 2 раза было выше по отношению к контрольной группе – $5,0 \pm 0,5$ кПА ($P < 0,05$).

Таким образом, у беременных с ХГВ в большинстве случаев установлены не только функциональные нарушения в печени, но и также морфоструктурные изменения ее паренхимы.

На дальнейшем этапе нами проведена оценка эффективности проведения гепатопротекторной терапии среди беременных с ХГВ. Выбор пал на препарат отечественного производства «Гептронг», препарат с апробированным составляющим как гепатопротекторов (в инструкции по препаратам в перечне показаний указана жировая токсикозы и гепатиты различного генеза), а также в связи с

небольшим количеством публикаций по их клинической эффективности.

Для оценки эффективности акушерской тактики в основной группе, выработанной в ходе исследования ($n=55$), провели сравнительный анализ течения беременности с группой сравнения из 40 беременных с ХГВ. Также проанализированы особенности течения беременности в основной группе в сравнении с физиологической беременностью в контрольной группе ($n=60$).

При оценке уровня ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ в динамике наблюдения за беременными ХГВ нами было установлено, что данные показатели достигали верхних границ нормы в основной группе, тогда как в группе сравнения эти

показатели не носили достоверного характера по отношению к исходным данным (табл. 2)

Таблица 1

Динамика биохимических показатели функции печени среди беременных с ХГВ

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Основная группа (n=55)		Группа сравнения (n=40)	
		Исход	После лечения	Исход	После лечения
Общий белок, г/л	70,5±2,8	49,5±1,2	68,2±2,1*	50,1±1,1	51,6±1,5^
Альбумин, г/л	53,5±1,6	43,8±0,9	54,1±1,7	44,2±0,9	46,5±0,8
Билирубин общий, мкмоль/л	10,1±4,2	16,5±0,4	11,3±0,5	16,3±0,5	15,6±0,6
АЛТ, ЕД/мл	23,9±7,52	50,7±1,8	29,2±2,3	50,6±1,9	42,3±1,8
АСТ, ЕД/мл	20,4±8,3	39,8±1,4	22,5±3,2	40,2±1,8	35,6±1,7
ЩФ, ЕД/л	186,2±17,6	286,5±2,2	191,3±7,6	288,9±2,8	165,3±3,2
ГГТП, ммоль/л	28,9±4,6	47,9±1,8	32,3±2,6	48,1±2,3	41,3±2,4
ЛДГ, U/L	308,1±22,6	498,2±5,6	307,5±4,9	497,3±5,2	435,6±4,9

В динамике наблюдения нами установлено, что включение препарата «Гептронг» способствует улучшению функции печени в основной группе у 92,7% беременных с ХГВ, о чем свидетельствовали биохимические показатели, характеризующие функцию печени. В группе сравнения улучшения функции печени регистрировались у 47,5%.

Дифференцированный подход к ведению беременности в основной группе позволил снизить частоту осложнений гестации по отношению к группе сравнения. Так частота угрожающего прерывания беременности снизилась в 1,63 раз на 29,1% (16 из 55 беременных с ХГВ) в основной группе против 47,5% (19 из 40 беременных с ХГВ) в группе сравнения. ПЭ выявлялся в 1,2 раза реже, и в 2 раза чаще проявлялся в легкой степени – 85,5% (47 из 55

беременных) легких форм в основной группе против 42,5% (17 из 40 беременных) в группе сравнения. В основной группе в 61,8% произошли самостоятельные срочные роды, в 21,8% беременные родоразрешены путем операции КС. В основной группе своевременное оперативное родоразрешение проводилось в 1,6 раз чаще ($p=0,0018$) в плановом порядке (96,3%), чем в группе сравнения (60%).

В группе сравнения 27,5% беременные были родоразрешены преждевременно, что в 3 раз чаще ($p=0,0098$), чем в основной группе (9,1%), из них в 75% – основным показанием к досрочному родоразрешению явилось прогрессирующее плацентарной недостаточности (ПН), что не наблюдалось в основной группе ($p=0,0014$) (табл. 2).

Таблица 2

Исходы беременности у наблюдаемых беременных с ХГВ

Исход беременности	Основная группа n=55		Группа сравнения n=40		Контрольная группа n=60	
	n	%	n	%	n	%
Срочные роды	34	61,8	21	52,5*	60	100
Преждевременные роды	5	9,1	11	27,5*	0	0
Кесарево сечение	12	21,8	8	20*	0	0
Самопроизвольный выкидыш/	4	7,3	0	0	0	0

Примечание: * $p<0,05$ по сравнению с показателями основной группы

Частота ПЭ выступала как одна из причин преждевременного оперативного родоразрешения в группе сравнения составила 16,4%, что в 4,6 раза чаще, чем в основной группе (3,6%).

Вывод. Во всех наблюдениях как в основной, так и в группе сравнения родились живые новорожденные. Росто-весовые показатели и оценка состояния новорожденных в основной группе была достоверно выше, чем во группе сравнения ($p>0,05$).

В группе сравнения 17,5% новорожденных имели массу тела при рождении меньше 2500 г с индивидуальными колебаниями от

820 до 2430 г и недоношенность по массе от I до IV степени, что в 3,2 раз чаще, чем в основной группе (5,5%). У всех недоношенных новорожденных группы сравнения был диагностирован синдром дыхательных расстройств (СДР) и ишемически-гипоксическое поражение ЦНС, что потребовало перевод на ИВЛ и дальнейшее лечение в отделении реанимации. У новорожденных основной группы в 2 раза реже потребовалось проведение ИВЛ, реанимационных мероприятий.

Список литературы

1. Антонова Т.В., Барановская В.Б. Кардиоваскулярные аспекты HBV-инфекции // Журн. инфектологии. — 2009. — Т. 1. — № 2/3. — С. 13 — 24.
2. Игнатова Т.М., Апросина З.Г., Шехтман М.М., Сухих Г. Т. Вирусные хронические заболевания печени и беременность. // Акуш. и гин. - 2013. - №2. С.20-24.
3. Мухин Н.А., Абдурахманов Д.Т., Лопаткина Т.Н. Внепеченочные проявления хронических заболеваний печени в практике терапевта // Рос.мед. форум. - 2008. - №1. - С. 46-51.;
4. Сторожок С.А., Панченко Л.Ф., Филиппович Ю.Д., Глушков В.С. Изменения физико-химических свойств биологических мембран при развитии толерантности к этанолу // Вопр. мед.химии. - 2011. - № 2. - С. 42 - 51.
5. EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection. J Hepatol 2012; 57(1):167-85. 33.

6. Everson G.T. Liver problems in pregnancy: part 2 - managing pre-existing and pregnancy-induced liver disease. // Medscape WomensHealth. - 2018. - v.3. p.2;
7. Keramat A, Younesian M, GholamiFesharaki M, Hasani M, Mirzaei S, Ebrahimi E. Inactive Hepatitis B Carrier and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Iran J Public Health. 2017; 46(4):468-474;
8. Michelsen P.P., Van Damme P. Viral hepatitis and pregnancy. // ActaGastroenterol.Belg. - 2009. -v.62.-p.21-29.
9. Pan CQ, Duan ZP, Bhamidimarri KR, Zou HB, Liang XF, et al. An algorithm for risk assessment and intervention of mother to child transmission of hepatitis B virus. ClinGastroenterolHepatol. 2012; 10(5): 452-459
10. Riely C.A. Liver disease in pregnant patient. // Am.J.Gastroenterol. - 2019. - v.94. - p.1728-1732.
11. Wirsing von Koning C.H. Hepatitis viruses and pregnancy. // Immune Infect. - 2013. - v.21. -p.16-19; Management of Hepatitis B in pregnancy. RANZCOG 2016; 1-13.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000