

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА**Р. Ф. Ширинбоева, Г. Ш. Элтазарова, З. Ж. Донабоева**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: беременность, гепатит В, гепатит С, вирусные гепатиты, осложнения, инфекция, невынашивание беременности, послеродовое кровотечение.

Таянч сўзлар: ҳомиладорлик, гепатит В, гепатит С, вирусли гепатитлар, инфекция, касаллик клиникаси, туғруқни кечиши, туғруқдан кейинги қон кетиш, асоратлар.

Key words: pregnancy, hepatitis B, hepatitis C, viral hepatitis, infection, miscarriage, postpartum hemorrhage, complications.

Несмотря на большие успехи в изучении гепатитов, некоторые важные вопросы эпидемиологии, клиники и перинатологии этого заболевания все еще требуют изучения. Эпидемиологическая распространенность гепатитов, активное вовлечение населения репродуктивного возраста, концентрация среди них лиц с хроническими инфекциями определяет актуальность проблемы вирусных гепатитов в акушерстве и перинатологии. В связи с этим важным является своевременное выявление клиники заболевания у беременных, диагностика, эпидемиология, оценка тяжести заболевания, выбор рационального лечения и акушерской тактики. Это, в свою очередь, служит мерой заблаговременного предотвращения осложнений и снижения риска для жизни матери и плода.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ФОНИДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ВА ТУҒРУҚНИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**Р. Ф. Ширинбоева, Г. Ш. Элтазарова, З. Ж. Донабоева**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Гепатитларни ўрганишдаги катта ютуқларга қарамай, ушбу касалликнинг эпидемиологияси, клиникаси ва перинатологиясининг баъзи муҳим масалалари ҳалигача ўрганиш керак бўлган муаммолардандир. Гепатитнинг эпидемиологик кенг тарқалиши, репродуктив ёшдаги аҳолининг фаол жалб этилиши, улар орасида сурункали инфекцияга чалинган одамларнинг тўпланиши, акушерлик ва перинатологияда вирусли гепатит муаммосининг долзарблигини белгилайди. Шу муносабат билан ҳомиладор аёлларда касаллик клиникасини ўз вақтида аниқлаш, таъхис қўйиш, эпидемиологияси, касалликнинг оғирлигини баҳолаш, рационал даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш муҳимдир. Бу ўз навбатида олдиндан асоратларни олдини олишга, она ва ҳомила ҳаёти учун хавфни камайтиришга хизмат қилади.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY IN THE BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS**R. F. Shirinboeva, G. Sh. Eltazarova, Z. J. Donaboeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Despite great advances in the study of hepatitis, some important issues of the epidemiology, clinic and perinatology of this disease still require study. The epidemiological prevalence of hepatitis, the active involvement of the population of reproductive age, the concentration of people with chronic infections among them determines the relevance of the problem of viral hepatitis in obstetrics and pediatrics. In this regard, it is important to timely identify the clinic of the disease in pregnant women, diagnosis, epidemiology, assessment of the severity of the disease, the choice of rational treatment and obstetric tactics. This, in turn, serves to prevent complications in advance and reduce the risk to the life of the mother and fetus.

Долзарблиги. Вирусли гепатит ва ҳомиладорлик акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Россия Федерациясида ва хусусан Доғистонда вирусли гепатит билан боғлиқ ноқулай эпидемиологик вазият ривожланди. Сўнгги 10 йил ичида ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит билан касалланиш кўпайди, бу эса муаммони фавқулодда ҳолга келтириб, "Эпидемия" нисбатларини оширди. Турли манбаларга кўра, Россияда 5 миллиондан ортиқ гепатит вирусини ташувчиси мавжуд. Шу билан бирга, уларнинг 80% касалланиши 15-30 ёш орасига тўғри келади [1,6,28].

Аниқланишича, инфекция ўчоқларида инфекция учун қулай шароитлар мавжуд бўлганда, ҳомиладор аёллар ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда вирусли гепатит билан

5 марта кўпроқ касалланади. Бу ҳомиладор аёл танасининг юқумли касалликларга юқори сезувчанлиги билан изоҳланиши мумкин. Жигар функциясининг ўзгариши, тананинг иммунитет кучларининг заифлашиши туфайли гепатит вируси ҳомиладор аёл организмиде ривожланиши учун қулай шароит бўлади.

Ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда оғирроқ ўтади, она ва ҳомила учун жиддий хавф туғдиради. Ушбу касалликка чалинган ҳомиладор аёллар юқори хавф гуруҳига киради, чунки аёлларнинг ушбу контингентиде ҳомиладорлик асоратлари кўп учрайди (она томондан ҳам, ҳомила томонидан ҳам). Гепатитларни тўғри ташхислаш катта аҳамиятга эга, чунки вирусли гепатит туғруқхоналарда 1,2% ҳолларда учрамоқда [2,11,13].

Вирусли гепатитлар, гепатотроп вирус келтириб чиқарадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, ҳаётий аъзолар ва тизимларга, айниқса жигарга таъсир қилади. Гепатит А, В, С, Д, Е патоген вируслари келтириб чиқарадиган жигарги патологик ўзгаришлар, инфекцияларга хос бўлган кўринишларнинг бутун спектрига эга. Вирусли гепатит билан касалланган ҳомиладорларда касаллик асосан 40-70% тез тез даволаниб турадиган аёллар орасиде, қон орқали юқанлиги маълум бўлди. Бу гепатит В, С, Д турларидир [5,28,33].

Ҳомиладорликни охиригаче кўтара олиши ёки кўтара олмаслиги, ГВларнинг шаклига боғлиқ (ўткир шакли, сурункали шакли ёки сурункали шаклине кўзғалганлигига). Касалликни шакли трансминазаларнинг юқори фаоллиги, жигарда фаол патологик жараённинг бошқа лаборатория ва клиник кўрсаткичлари билан белгиланади. Патологик жарённинг фаоллиги она ва ҳомиланинг ҳаёти учун хавф туғдиради.

Гепатит В, Д, Е вируслари билан ҳомиладорликда касалланиш акушерлик ва гинекология соҳасининг долзарб муаммоларидан биридир. Ҳомиладор аёлларда гепатит оғир кечеади, айниқса касалликни кейинги босқичларида, иктерик даврнинг 4-6 куниде касаллик оғирлашади. Касалликнинг кейинги дастлабки уч кун ичиде организмде интоксикация белгилари кучайади ҳомиладорнинг аҳволи ёмонлашади.

Туғруқ, эритроцитлар гемолизи билан боғлиқ гемоглобинурия, геморрагик синдром, туғруқ пайтида қон йўқотишнинг кўпайиши, ўткир жигар етишмовчилигининг ривожланиши, кома ва энцефалопатия билан асоратланади [1,22,27,28,33].

Санитария эпидемиологик меёр ва қоидаларга (СЭМваҚ) риоа қилмаслик, перинатал юқишга сабаб бўлади. Натижада чақалоқга касаллик юқади, касалланган янги беморларнинг пайдо бўлишига олиб келади ва эпидемия муаммоси юзага келади. СЭМваҚларга риоа қилиш гепатитларни кенг тарқалишига қарши курашиш чораларидан биридир.

Юқоридаги маълумотлар ҳомиладор аёлларда вирусли гепатитнинг кечиш хусусиятларини, ҳомиладорлик, туғиш ва ҳомилага таъсирини ўрганиш зарурлигини кўрсатди [3,25,31].

Доғистон Республикасида сўнгги 3 йил ичиде вирусли гепатитнинг сурункали шакллари (СГА - 12% ва СГС - 3,6% га) билан касалланган ҳомиладор аёллар сони, айниқса шаҳар аҳолиси орасиде ўсди. Қишлоқларда яшовчиларга қараганда СГС 2 марта кўпроқ аниқланган. Ҳомиладор аёлларда СГВ ва СГС билан касалланиш кўпинча ҳомиладорликни биринчи (31,8%) ва учинчи уч ойлик муддатларида (45,5%) содир бўлаган. СГлар ҳомиладорлик ёши қанча катта бўлса шунча боғлиқ беморларнинг жигар фаолиятининг ёмонлашишини кўрсатди 82,4%. Биохимиявий текширишларда трансминазалар (АЛТ, АСТ) миқдори ошди. Ҳомиладор аёлларда асосий клиник кўринишлар астеноневротик синдром, минимал ёки ўрта даражада ифодаланган цитолитик синдром ва холестааз синдромлари билан намоён бўлди. Вирусли гепатит билан ҳомиладорлик кечиши кўпинча, анемия (58,2%), ҳомила-плацентар етишмовчилик (47,3%), ҳомилани ўз - ўзидан тушиш хавфи (41,8%), муддатидан олдин туғилиш (18,2%) каби асоратларни ривожланиши билан мураккаблашади. Туғруқда, туғруқ кучлари аномалиялари 29,1% гаче ва туғруқдан кейинги эрта чилла даврда қон кетиши 10,9% гаче учрайди. Чилла даврида янги туғилган чақалоқларда эрта неонатал даврнинг асоратлари, соғломларга қараганда сезиларли даражада юқори бўлган. Ҳомила ва янги

туғилган чақалокларда гепатит билан энг кўп учрайдиган асоратлар: асаб тизимининг гипоксик шикастланиши - 38,2% (4,8 марта кўп), назорат гуруҳига қараганда 2,5 баравар кўп, сурункали ҳомила гипоксия ривожланади (20%); 4,5 баравар кўп, етуклик - (27,3%); 5,5 марта кўп асфиксия (21,8%); 6 марта кўп - ВГРП синдроми - (12,7%). Сурункали вирусли гепатитга чалинган репродуктив ёшдаги аёллар диспансер ҳисобига олинади ва уларда режали соғломлаштириш курсларини ўтказиш шарт. Предгравидар тайёргарлик бўйича таклиф этилаётган чора-тадбирлар мажмуасини амалга ошириш, ҳомилани ўз – ўзидан тушиши хавфини 2,5 баробарга, муддатидан олдин туғилишни 2,5 баробарга, организмдаги сурункали касалликларни оғирлашишини 3,2 баробарга камайтириш имконини берди. Ўз навбатида сурункали ҳомила гипоксияси 1,6 бараварга, янги туғилган чақалокнинг асфиксияси - 6 бараварга камайди ва янги туғилган чақалокнинг етуклиги даволанмаган гуруҳга қараганда 1,9 баравар кам учради [4,12,16,28].

Вирусли гепатит бутун дунё бўйлаб энг муҳим соғлиқни сақлаш соҳасининг муаммоларидан биридир. Маълум бўлган барча нозологик шакллардан энг долзарблари гепатит В ва С. Бу уларнинг кенг тарқалганлиги, инсон саломатлиги ва меҳнат қобилиятига салбий таъсири, шунингдек сурункали гепатит, жигар циррози, гепатоцеллюляр карсинома каби нохуш оқибатларнинг кўпроқ ривожланиши билан боғлиқ.

Гепатит В кенг тарқалган юқумли касаллик сифатида таснифланади. Тахминан 2 миллиард одамлар гепатит В вируси (ГВ) билан касалланган ва ҳар йили 2 миллионга яқин бемор ГВ инфекцияси билан боғлиқ патологиядан вафот этади.

Дунёда гепатит С вируси (ГС) билан касалланганлар сони (ЖССТ маълумотларига кўра) 250 миллион кишидан ошади. Уларнинг аксарияти яширин ташувчилардир. Сурункали инфекцияга ўтиш ўткир гепатит С билан оғриган беморларнинг 65-85% да ривожланади, вирус организмда ўнлаб йиллар давомида кўпаяди. Кейинги 20 йил давомида ЎГС ташхиси қўйилган шахслар орасида ҳар бешинчида сурункали гепатит ва жигар циррози, ҳар йигирматасида жигар саратони ривожланди. XX аср охирига келиб, ЎГС-инфекциясидан вафот этган беморларнинг сони ОИВ инфекциясидан ўлганлар сонидан ошиб кетди (7,10,18,29).

В ва С гепатитлари билан касалланиш ёшлар орасида энг кўп учрайди, бу инфекциянинг асосий юқиш йўллари - парэнтерал, жинсий ва вертикал. Сўнгги йилларда ёшлар ўртасида гиёҳвандликнинг кенг тарқалиши гепатит В ва С билан касалланишнинг кўпайишига, шунингдек, улуши ортиб бораётган бирлашган этиологияли гепатит (аралаш гепатит) пайдо бўлишига олиб келди. Волгоградда, шаҳар Давлат санитария-эпидемиология назорати марказининг маълумотларига кўра, 1996 йилдан буён ўткир гепатит В (ЎГВ) ва С (ЎГС) билан касалланишнинг кўпайиши кузатилди. Сўнгги икки йил ичида, касалланиш тенденцияси пасайди. Аммо сурункали гепатит С (СГС) шакллар нисбати ортиб бормоқда. Шундай қилиб, 1998 йилда Волгоградда сурункали вирусли гепатит (СВГ) билан касалланиш 100 минг аҳолига 11,7 ни, 2002 йилда эса 100 минг аҳолига 111,7 ни ташкил этди. Бундан ташқари, аҳолини В ва С гепатитлари маркерлари бўйича скрининг текшируви давомида аниқланган серопозитив шахслар сони ортиб бормоқда: масалан, агар 1998 йилда бу кўрсаткич СГВ инфекцияси бўйича 100 минг аҳолига 36,7, СГС инфекцияси бўйича - 100 минг аҳолига 51,7, кейинги 2002 йилда мос равишда 163,4 ва 594,2 ни ташкил этди.

Гепатит В (ГВ) га қарши ишлаб чиқилган вакцина туфайли кейинги ўн йилликларда СГВ инфекцияси муаммосини муваффақиятли ҳал қилиш мумкин. Ушбу инфекцияга қарши курашиш учун ЖССТ дастурларни ишлаб чиқмоқда ва амалга оширмоқда ва ҳозирда барча мамлакатлар ушбу дастурларни амалга оширишда иштирок этмоқда. Аксинча, гепатит С муаммоси ҳал бўлмади. ГС сурункали шакли юқори фоизда бўлишидан ташқари, ўтказилган ГС инфекцияси С вирусининг бошқа штамлари билан инфекцияни истисно қилмайди. Бу ушбу инфекцияни олдини олиш учун вакцина йўқлигининг сабабларидан биридир. ЖССТ прогнозларига кўра, яқин ўн йилликларда ГС билан касалланганлар орасида жигар циррози билан оғриган беморлар сонини 60 фоизга, гепатокарсинома билан оғриган беморлар сонини 68 фоизга ва жигар декомпенсацияси билан касалланганлар сонини 280

фоизга оширади. Бу жигар касалликларидан ўлим даражасини икки баравар оширади.

Гепатит В ва С билан касалланишнинг кўпайиши муқаррар равишда репродуктив ёшдаги аёлларнинг, шу жумладан ҳомиладор аёлларнинг эпидемик жараёнга кўпайишига олиб келади. Бу тенденция сўнгги йилларда Волгоград шаҳрида кузатилган. Давлат санитария-эпидемиология назорати марказининг маълумотларига кўра, аёлларни ҳомиладорлик бўйича режали кўриқдан ўтказишда 1999 йилдан 2003 йилгача СГВ инфекцияси билан касалланган серопозитив шахслар сони 4,4 баробар, СГС инфекциялари эса 19,1 баробар кўпайган [5,8,14,28,34].

Гепатит В ва С ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган инфекциялардан биридир, шунинг учун илмий тиббиёт ва амалий соғлиқни сақлаш вирусли жараённинг ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга таъсири муаммосига дуч келмоқда. Вирусли гепатитларнинг ҳомиладорликни кечиши ва натижаларига таъсири. Бугунги кунда ҳомиладор аёлларда вирусли гепатитнинг клиник ва лаборатория диагностикасида ягона тактика ишлаб чиқилмаган. Парэнтерал вирусли гепатит билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик давридаги асоратлар сони касал бўлмаган аёлларга қараганда деярли икки баравар, туғруқдаги асоратлар эса 1,5 баравар кўпайган. ГС нинг салбий таъсири нафақат онанинг соғлиғига, балки ривожланаётган ҳомилага соғлиғига ҳам негатив таъсир кўрсатади. ГВ билан оғриган ҳомиладор аёлларда соғлом ҳомиладор аёлларга қараганда кўпроқ ҳомиланинг ахволини ёмонлашиши ва перинатал ўлим юқори фоизларда кузатилади [20,23,25].

Бугунги кунга қадар гепатит В ва ГС нинг ўткир ва сурункали шакллари бўлган ҳомиладор аёлларда иммунитет ҳолатидаги ўзгаришлар бўйича етарлича ишончли кенг камровли тадқиқотлар мавжуд эмас; ушбу мавзу бўйича нашрлар кам. Ҳомиладорлик даврида, шунингдек, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда асоратларни олдини олиш учун ҳомиладорлик даврида гепатит В ва С ни даволаш тактикаси масаласи ҳал этилмаган. Ушбу масалаларни ҳал қилиш учун биз ҳомиладор аёлларнинг ГВ ва ГС фонида иммун тизимидаги ўзгаришларнинг характерини, уларнинг ҳомиладорлик даврига қараб оғирлик даражасини ўрганишни муҳим деб ҳисоблаймиз. Аниқланган клиникалар СГВ ва СГС инфекцияси бўлган ҳомиладор аёлларни туғри даволаш тактикасини аниқлаш мезонлари сифатида ишлатилиши мумкин.

Ушбу қоидалар ҳам акушер-гинекологлар, ҳам юқумли касалликлар шифокорлари амалиёти учун муҳим бўлган ушбу тадқиқотнинг мақсадга мувофиқлиги ва долзарблигини кўрсатади [15,21,23,35].

Волгоградда В ва С гепатитлари билан боғлиқ эпидемиологик вазият юзага келди. Сўнгги йилларда гепатитнинг умумий таркибида сурункали шаклларнинг улуши сезиларли даражада ошди (1998 йилдан 2003 йилгача бўлган даврда 9,5 марта), айниқса СГС ҳисобига кўпайди. Аҳолини гепатит В ва С белгиларига скринингдан ўтказишда репродуктив ёшдаги серопозитив аёллар, шу жумладан ҳомиладор аёллар орасида сони ортиб бормоқда. Шундай қилиб, 1999 йилдан 2003 йилгача СГВ инфекцияси бўлган серопозитив ҳомиладор аёллар сони 4,4 баравар, СГС инфекцияси билан - 19,1 баробар ошди. СГВ ва СГС инфекцияси билан ҳомиладорликнинг кечиши назорат гуруҳига қараганда кўпроқ асоратланди: ҳомиладорликни ўз-ўзидан тушуш хавфи 1,6 марта; гипертензив ҳоллар 1,7 бараварга; плацента етишмовчилиги 2,3 марта; муддатидан олдин туғилиш 4,1 марта. Ушбу патологиялар фонида туғруқнинг ўзига хос хусусиятлари, қоғонок пардасининг эрта ёрилиши - 39,5% гача, эрта туғруқдан кейинги даврда қон кетиш - 5,9% гача, бу назорат гуруҳидаги кўрсаткичлардан мос равишда 2,3 ва 2,8 баравар юқори. Ҳомиладорлик фонида УГВ кечиши касалликнинг холестатик шаклларининг устунлиги (63,8% да, ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда 4,2 марта кўп) ва кўп (26,1%) шаклланиши билан тавсифланади. Касалликнинг узок давом этадиган даври. Касалликнинг энг оғир даври ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлик муддатида кузатилади. Ҳомиладор аёлларда ГВ- ва ГС-инфекцияларининг сурункали шаклларининг клиник кечиши, назорат гуруҳига нисбатан касалликнинг репликатив босқичида турли хил ва аниқ намоён бўлади. Астеновегетатив симптомларнинг устунлиги билан ифодаланади

СГВ билан (93,8%) ва СГС билан 97,2%. СГлар билан диспептик синдромлар СГВ билан 87,5% ва СГС билан 72,2% учрайди. Холестаз синдроми назорат гуруҳига қараганда 2 марта кўп кузатилади (СГВ билан 18,8% ва СГС билан 19,4%). СГС репликация босқичидаги лаборатория параметрлари билирубин, аминотрансфераза даражаси ва диспротеинемиянинг ўртача ўсиши билан тавсифланади, улардаги ўзгаришлар ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи уч ойлик муддатларида энг аниқ намоён бўлади [9, 17, 19, 21,23].

Гепатит В ва С билан оғриган ҳомиладор аёлларда иммун тизимининг дисфункциясининг пренатологик шакллари таркибида, энг кўп учрайдиган юқумли синдром (гепатит В билан 44,9%, СГВ билан 62,7% ва СГС билан 66,7%) учрайди. Иккинчи ўринда аллергия (мос равишда ГВ 26,1%, СГВ 31,4% ва СГС 35,8%), ҳомиладор аёлларнинг 35,3% икки ёки ундан ортиқ синдромга эга. Ўткир гепатит В билан оғриган ҳомиладор аёлларда иммунологик ўзгаришлар цикликдир. Касалликнинг авж олиш даври учун иммун тизимда мутлоқ Т-ёрдамчи типдаги Т-хужайраларнинг етишмовчилиги устунлиги билан лимфопения, СГСнинг патоген шакллариининг тўпланиши, фагоцитар хужайраларнинг ингибицияси. Гуморал иммунитетнинг ўзгариши В-лимфоцитлар даражасининг ошиши, IgA синтезининг ингибицияси ва IgM таркибининг ошиши билан тавсифланади. Ушбу ўзгаришларнинг оғирлиги ҳомиладорлик жараёнининг ривожланиши билан ортади ва касалликнинг авжида учинчи уч ойлик муддатида аниқ намоён бўлади. СГВ ва СГС бўлган ҳомиладор аёлларда доимий Т-лимфопения ҳам ёрдамчи ва эффектор фенотипли хужайралар туфайли, В-лимфоцитларда сезиларли ўзгаришларсиз нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг пасайиши қайд этилади. Ушбу ўзгаришлар барча уч ойлик муддатларида кузатилади, лекин I ва II уч ойлик муддатларида аниқ намоён бўлади. Бундан ташқари, вируснинг репликацияси ва патологик жараённинг фаоллиги қанчалик юқори бўлса, хужайравий иммунитет билан боғлиқ депрессия даражаси шунчалик юқори бўлади. Ҳомиладор аёлларни СГВ- ва СГС-инфекцияси билан вобензим ва виусид ёрдамида даволаш, касалликнинг шакли ва босқичига қараб, прогнозни яхшилаш ва СГВ учун касалхонада даволаниш муддатини $10,1 \pm 1,2$ га қисқартириш имконини берди. Кун давомида СГВ ва СГС билан касалланган беморларда клиникаси анъанавий терапия олганлар билан солиштирганда 2,7 баравар юқори бўлди ва беморларнинг 33,3% касаллик фаоллиги даражасининг сезиларли даражада пасайишини кўрсатди. Терапия ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга фойдали таъсир кўрсатади, уларнинг асоратлари хавфни сезиларли даражада камайтиради [23,24,26,30,32].

Мақсад ва вазифалари: гепатитлар билан касалланган ҳомиладорларда гестациянинг клиник кечишини ва туғруқ асоратларини ўрганиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят перинатал маркази инфекция бўлимида 2021 йил гепатит билан касалланиб даволанган ва туғруққа келган ҳомиладорлар (n=30). Ушбу ҳомиладорлар 1 - асосий гуруҳ деб белгиланди (1-АГ). Гепатит билан касалланмаган ҳомиладорлар ва туғруққа келганлар 2 - назорат гуруҳи (2-НГ) деб белгиланди (n=20). Жами тадқиқот учун (n=50) нафар ҳомиладорлар олинди.

Текшириш натижалари. 1-АГда гепатит В билан 23 нафари (76,7%), гепатит С билан 7 нафари (23,3%) касалланган. Касаллик клиникаси 11 нафарида (36,7%) томоқни қизариши ва оғриши, барчасида ҳолсизлик ва тез чарчаш, иштаҳасизлик билан бошланган. Барчасида касалликни кейинги босқичларида тери ва шиллик қаватларнинг сарғайиши, тери қичиши, сийдикни тўқ рангда қизариши кузатилган. 14 нафарида (46,7%) тана хароратининг ошиши бўлган. Биохимиявий текширишларда билирубин миқдори, АЛТ, АСТ ва тимол синамаси ошган.

Ҳомиладорликни кечиши, ҳомиладорлик қусиши 9 нафарида (30%), ҳомиланинг тушуш хавфи 16 нафарида (53,3%), ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 5 нафарида (16,7%), сурункали пиелонефритнинг кўзғалиши 4 нафарида (13,3%), анемия ўрта оғир даражаси 18 нафарида (60%), анемия оғир даражаси 2 нафарида (6,7%), ЎРВИ 11 нафарида (36,7%) кузатилган.

Туғруқда, 2 нафарида (6,7%) муддатидан олдинги туғруқ ва қолган 28 нафарида

(93,3%) муддатидаги туғруқлар бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 25 нафариди (83,3%) табиий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди 5 нафариди (16,7%) акушерлик кўрсатмалари (ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, бачадондаги чандиқ, бош-чанок диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 3 нафариди (10%), муддатидан олдинги туғруқ 2 нафариди (6,7%), туғруқдан кейинги эрта чилла даврида қон кетиш 1 нафариди (3,3%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (3,3%) учради.

2-НГда, ҳомиладорликни кечиши ҳомиладорлик қусиши 7 нафариди (35%), ҳомиланинг тушуш хавфи 9 нафариди (45%), ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 1 нафариди (5%), сурункали пиелонефритнинг кўзғалиши 1 нафариди (5%), анемия ўрта оғир даражаси 11 нафариди (55%), анемия оғир даражаси 1 нафариди (5%), ЎРВИ 8 нафариди (40%) кузатилган.

Туғруқлар барчасида муддатида бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 18 нафариди (90%) табиий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди 2 нафариди (10%) акушерлик кўрсатмалари (бачадондаги чандиқ, бош-чанок диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 2 нафариди (10%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (5%) кузатилди.

Хулоса. Гепатитлар клиникаси ҳомиладорликда аниқ ривожланиши билан номоён бўлди. Ҳомиладорликни кечишида 1-АГда, ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 5 нафариди (16,7%), анемия оғир даражаси 2 нафариди (6,7%), ЎРВИ 11 нафариди (36,7%) устун белгилари билан кечди.

Туғруқда, қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 3 нафариди (10%), муддатидан олдинги туғруқ 2 нафариди (6,7%), туғруқдан кейинги эрта чилла даврида қон кетиш ва чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафардан (3,3%) билан асоратланди.

2-НГ да гестациянинг кечиши, ҳомиланинг тушуш хавфи 9 нафариди (45%), анемия ўрта оғир даражаси 11 нафариди (55%), ЎРВИ 8 нафариди (40%) кузатилган. Туғруқлар, барчасида муддатида бўлиб ўтди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 2 нафариди (10%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (5%) учради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахмедова М. Д., Ташпулатова Ш. А., Ихтиярова Г. А., Каримова М. Т. Хронические вирусные гепатиты В и D у беременных: распространенность, течение и исходы (обзор литературы) // Журнал инфектологии. 2021;13(2):29-37. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2021-13-2-29-37>/<https://journal.niidi.ru/jofin/article/view/1202>.
2. Абдурахманова, А. Т. Гепатит С у беременных: влияние на течение беременности, роды и потомство: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Абдурахманова Ариза Тинавпа. - Ростов-на-Дону, 2004. — 21 с.
3. Безнощенко Г.Б., Сафонов А.Д., Яркое А.Н. Желтухи у беременных. М., Медицинская книга. Н.Новгород: Изд-во НГМД., 2004-74 с.
4. Белопольская, М.А. Тактика ведения беременности у женщин с хроническим гепатитом В / М.А. Белопольская // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2013. -№ 5. - С. 235-240.
5. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Козлов К.В. Вирусные гепатиты: монография // . - СПб.: Фолиант, 2011. - 304 с
6. Гурская, Т.Ю. Беременность и хронический HCV-гепатит: вопросы патогенеза, клиники, диагностики, состояния фето-плацентарной системы: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.01 / Гурская Татьяна Юрьевна. - М., 2006. - 46 с.
7. Даминов, Т.А. Клинико-эпидемиологические аспекты генотипов вируса гепатита В встречающихся в Узбекистане / Т.А. Даминов [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, №3. - С. 98-100.
8. Евстигнеева, Е.С. Клинико-иммунологические особенности различных вариантов острой и хронической HBV-инфекции: автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.00.10/ Евстигнеева Инна Сергеевна. — Новосибирск, 2007. — 24 с.
9. Епалеева, Д.Ш. Зависимость активности аланинаминотрансферазы от пола пациента при вирусных гепатитах В / Д.Ш. Епалеева, Д.Т. Бешимова // Казанский медицинский журнал. - 2012. - Т. 93, № 3. - С. 456-457.
10. Ершова, О. Н. Современные проявления эпидемического процесса гепатита С, активность естественных путей передачи, совершенствование профилактики этой инфекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук:

- 14.00.30 / Ершова Ольга Николаевна. — М., 2006.-47 с.
11. Ефанова, Т.С. Структура психических расстройств у беременных с угрозой прерывания / Т.С. Ефанова, Р.И. Захаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2013. -№ 5 (80).-С. 51-53.
 12. Жаров, С.П. Терапия вирусных гепатитов [Электронный ресурс] / С.Н. Жаров, Б.И. Санин // Лечащий врач. - 2009. - № 2. - Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/02/7155254/>.
 13. Зейналова, Х.П. Вирусные гепатиты В и С: эпидемиологическая ситуация в Азербайджане в последние годы / Х.П. Зейналова // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. -2010. -№ 4 (53). - С. 66-67.
 14. Знойко, О.О. Клинико-патогенетические особенности естественного течения вирусного гепатита С и оптимизация лабораторно-диагностических критериев исходов заболевания: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.10 / Знойко Ольга Олеговна. — М., 2007. - 44 с.
 15. Игнатова, Т.М. Хронический вирусный гепатит и беременность / Т.М. Игнатова // Гепатологический форум. - 2009. - № 3. - С. 2-11.
 16. Ильмухина, Л.В. Клинико-лабораторные особенности хронического гепатита В у лиц старше 50 лет: автореферат дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.10 / Ильмухина Лариса Владимировна. - СПб., 2009. - 20 с.
 17. Ихтиярова, Г.А. Факторы риска перинатальных осложнений по данным ретроспективного анализа / Г.А. Ихтиярова, Ф.М. Аюпова, Г.М. Негматова // Педиатрия. - 2019. - № 1. - С. 223-229.
 18. Колгушина Н.В., Макацария Л.Д. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей. Триада-Х, Москва, 2004, 144 с.
 19. Кувшинова, Т.Д. Прогнозирование и профилактика осложнений беременности на фоне вирусных гепатитов: дис. ... канд. мед. наук / Т.Д. Кувшинова. - М., 2008. - 90 с.
 20. Канева, О.Я. О трудностях установления путей передачи парентеральных вирусных гепатитов при сборе эпидемиологического анамнеза / О.Я. Канева // Инфекция и иммунитет. - Материалы X съезда ВНПОЭМП, Москва, 12—13 апреля 2012 г. - С. 444.
 21. Кипчатова, Т.Ю. Психовегетативный статус беременных с хронической фетоплацентарной недостаточностью и возможности ее коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Кипчатова Татьяна Юрьевна. - Саратов, 2011. - 26 с.
 22. Кистенева, Л.Б. Клинико-лабораторные особенности цитомегаловирусной и НС-вирусной инфекции у беременных и новорожденных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.09 / Кистенева Лидия Борисовна. - М., 2010. - 52 с.
 23. Кишкун, А.А. Иммунологические исследования и методы диагностики инфекционных заболеваний в клинической практике: монография / А.А. Кишкун. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 712 с.
 24. Корсакова, Ю.Л. Ревматические синдромы при вирусных гепатитах В и С / Ю.Л. Корсакова // Доктор.ру. - 2011. -№ 7(66). - С. 45-48.
 25. Косаговская, И.И. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи / И.И. Косаговская, Е.В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. —2013. - № 1. — С. 28-39.
 26. Кузьмин, В.Н. Вирусный гепатит С: современная проблема акушерства [Электронный ресурс] / В.Н.Кузьмин // Лечащий врач. - 2012. - № 3. - Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2012/03/15435377>.
 27. Лелевич, С.В. Клинико-лабораторные особенности периода беременности : учебно-методическое пособие / С.В. Лелевич. - Гродно: ГрГМУ, 2010. - 52 с.
 28. Магомедова, З.М. Комплексная профилактика осложнений беременности и родов у женщин с вирусным гепатитом в Республике Дагестан: автореферат дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Магомедова Зайнаб Муртазалиевна. - Волгоград, 2009. — 26 с.
 29. Невзорова, Т.Г. Хронические вирусные гепатиты В и С у беременных: клинико-лабораторная характеристика с учетом состояния антиоксидантной защиты, особенности течения беременности и родов: дис. ... канд. мед. наук. / Т.Г. Невзорова. - М., 2005. - 108 с.
 30. Перевертень, Л.Ю. Клинико-лабораторная характеристика хронических вирусных гепатитов у беременных / Л.Ю. Перевертень [и др.] // Современные наукоемкие технологии. - 2014. - № 1. - С. 66-70.
 31. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99. Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами: санитарно-эпидемиологические правила. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000. - 22 с.
 32. Сидорова, И.С. Методы исследования при беременности и в родах. Стандартные и новые технологии: учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
 33. Ходжаева, М. Вирус гепатита D в Узбекистане / М. Ходжаева, Н. Ибодуллаева, А Хикматуллаева // The Lancet Gastroenterology and hepatology. - 2020. - Т. 5, Выпуск 3. - С. 238-240.
 34. Acceptability of psychotherapy, pharmacotherapy, and self-directed therapies in Australians living with chronic hepatitis C / B.J. Stewart, D. Turnbul, A.A. Mikocka-Walus et al. // J. Clin. Psychol. Med. Settings. - 2013. - Vol. 20, N 4. - P. 427-439.
 35. Beckers, K. Compliance with antenatal screening for hepatitis B surface antigen carrier status in pregnant women and consecutive procedures in exposed newborns / K. Beckers, U.B. Schaad, U. Ileiningер // Eur. J. Pediatr. - 2004. - Vol. 163, N 11. - P. 654-657.