



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN**

**Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal**



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**9 (59) 2023**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**9 (59)**

**2023**

*сентябрь*

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

УДК 616.36.65-002:614.28

## ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У БЕРЕМЕННЫХ

Таджиев Б.М., Email: [Dr.botir71@mail.ru](mailto:Dr.botir71@mail.ru)

Джалалова Н.А., Email: [nigora\\_djalalova1973@mail.ru](mailto:nigora_djalalova1973@mail.ru)

Азимова А.А., Email: [doctoraziza@gmail.com](mailto:doctoraziza@gmail.com)

Атамухамедова Д.М. Email: [dilafruzatamuxamedova@gmail.com](mailto:dilafruzatamuxamedova@gmail.com)

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

Обследованные беременные с вирусными гепатитами ХВГВ и ХВГС в Самаркандской области преобладали женщины в возрасте от 20-35л - 91 беременных (77,1%), а в городе Ташкент преобладали женщины в возрасте от 26-30л - 17 беременных (42,5%). Степень выраженности клинических проявлений гепатита и виды осложнений гестации определяются остротой вирусного процесса и сроком беременности, в котором выявлено заболевание.

Ключевые слова: беременность, вирусный гепатит, карцинома, цирроз, течение беременности, роды, послеродовый период, новорожденные

## ҲОМИЛАДОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В ВА С НИНГ КЛИНИК КЕЧУВИ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Таджиев Б.М., Email: [Dr.botir71@mail.ru](mailto:Dr.botir71@mail.ru)

Джалалова Н.А., Email: [nigora\\_djalalova1973@mail.ru](mailto:nigora_djalalova1973@mail.ru)

Азимова А.А., Email: [doctoraziza@gmail.com](mailto:doctoraziza@gmail.com)

Атамухамедова Д.М. Email: [dilafruzatamuxamedova@gmail.com](mailto:dilafruzatamuxamedova@gmail.com)

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)

### ✓ Резюме

СВГВ ва СВГС билан касалланган Самарқанд вилоятидаги ҳомиладорлар орасида 20-35 ёш бўлганлар 91 та (77,1%), кўпчиликни ташкил қилди, Тошкент шаҳрида эса 26-30 ёш -17 ҳомиладорлар (42,5%) ни ташкил қилди. Белгиларнинг яққол намоён бўлганлиги ва гестация асоратларининг турлари вирусли жараённинг ўткирлиги ва касаллик аниқланган ҳомиладорлик муддатига боғлиқ.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, вирусли гепатит, карцинома, цирроз, ҳомиладорлик кечуви, тузруқ, тузруқдан кейинги давр, янги тузилган чақалоқлар

## CLINICAL CHANGE AND EPIDEMIOLOGICAL PARTICULARITIES OF THE CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C BESIDE PREGNANT

Tadjiev B.M. Email: [Dr.botir71@mail.ru](mailto:Dr.botir71@mail.ru)

Djalalova N.A., Email: [nigora\\_djalalova1973@mail.ru](mailto:nigora_djalalova1973@mail.ru)

Azimova A.A., Email: [doctoraziza@gmail.com](mailto:doctoraziza@gmail.com)

Atamuxamedova D.M. Email: [dilafruzatamuxamedova@gmail.com](mailto:dilafruzatamuxamedova@gmail.com)

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: [interdep@tashpmi.uz](mailto:interdep@tashpmi.uz)



✓ *Resume*

*Examined pregnant women with viral hepatitis CHBB and CHC in the Samarkand region were dominated by women aged 20-35 years - 91 pregnant women (77.1%), and in the city of Tashkent women aged 26-30 years predominated - 17 pregnant women (42.5%) The severity of the clinical manifestations of hepatitis and the types of complications of gestation are determined by the severity of the viral process and the gestational age in which the disease was detected.*

*Key words. asthenovegetative, dyspeptic, gestation, jaundice, cholestasis, biochemistry, immunology, fertile.*

**Актуальность.**

Беременность представляет собой гормон - индуцированное иммунотолерантное состояние, ассоциированное с высоким уровнем кортикостероидных гормонов и сопровождающееся модуляцией выработки цитокинов в качестве иммунного ответа. Установлено, что несмотря на отсутствие нарастания вирусной нагрузки во время беременности, аланинаминотрансфераза имеет тенденцию к увеличению на поздних сроках беременности и в послеродовом периоде. Резкое снижение уровня кортикостероидов после родов может создать благоприятные условия для активации вируса гепатита В [6, 7, 8]. Незначительное повышение уровня трансаминаз – довольно редкое явление, обычно не сказывающееся на течении хронического гепатита В в процессе беременности, однако увеличение цитолиза более чем в 5 раз от исходного уровня и более чем в 10 раз от верхней границы нормы может наступить в первые несколько месяцев после родов [7, 8]. По некоторым наблюдениям, послеродовое увеличение цитолиза может способствовать HBeAg-сероконверсии в 12–17% случаев [6].

Вирус гепатита В – один из наиболее часто встречающихся вирусов, имеющий тенденцию к быстрому росту, размножению и длительной персистенции в организме человека. Вирусный гепатит В способен поражать органы и системы организма как матери, так и плода (7). Ежегодно на земном шаре вирусом гепатита В инфицируются около 50 млн человек. В Республике Узбекистан заболеваемость вирусными гепатитами в 2010г. составляло 107,7 случая на 100 тыс. населения ([www.uzssgt.uz](http://www.uzssgt.uz)). Обращает на себя внимание возраст данной группы пациентов, в половине случаев это люди активного, работоспособного, фертильного возраста от 16 до 36 лет [11 3,6,8]. И соответственно можно предположить, что процент распространения HCV-инфекции среди беременных женщин достаточно высок.

Реализация универсальной программы скрининга беременных, и пассивно-активная иммунопрофилактика новорожденных позволили сократить передачу вируса гепатита В на 5–10%. Тем не менее до 30% детей, рожденных от матерей с высокой вирусемией, оказываются резистентными к проводимой иммунопрофилактике [9]. Согласно результатам исследований, сывороточный уровень дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) вируса гепатита В у матери является независимым фактором риска неудачной иммунопрофилактики [10, 11, 12]. Кроме того, высказывались предположения, что HBeAg-позитивный хронический гепатит В у матери может выступать предиктором инфицирования плода [11], однако эта гипотеза не нашла своего подтверждения в более поздних исследованиях [10, 12].

Гепатит С является наиболее распространенным заболеванием печени. Вирусом ГС в мире инфицировано около 500-700 млн человек, что составляет 20% населения земного шара, около 200 млн приходится на хронический гепатит С. Частота формирования хронической патологии печени, индуцированной HCV, в 10 раз выше, чем при ВГВ. Более чем у 50% больных острая HCV-инфекция переходит в хроническую форму. Предсказать течение инфекции сложно, хотя некоторые факторы позволяют прогнозировать разрешение острого гепатита или развитие хронической инфекции. Гепатит С нередко прогрессирует очень медленно, поэтому клинические симптомы и другие признаки поражения печени обычно отсутствуют в течение первых 10 лет после инфицирования. В начале болезни симптомы имеются менее, чем у 20% больных хроническим гепатитом С. Если же симптомы появляются, то они, как правило, неспецифичны и не позволяют заподозрить гепатит С (недомогание, утомляемость, сонливость, боли в мышцах). У большинства больных признаки поражения печени появляются при далеко зашедшем ее поражении через 14-30 лет или более после развития инфекции.

При ХГС, кроме проведения противовирусной терапии до начала беременности, других профилактических мер не предполагается, так как все известные противовирусные препараты,

применяющиеся на современном этапе для лечения ХГС, противопоказаны во время беременности. Учитывая тот факт, что в начале беременности происходит угнетение репликации вируса и уровень антител к HCV в сыворотке крови будет ниже чувствительности используемого метода, а однократное исследование уровня антител к HCV на ранних сроках беременности не отражает фактического уровня инфицированности данной категории обследованных.

Клиническая симптоматика хронического HCV - и HBV гепатита представлена скудно и зачастую не получает должной диагностической интерпретации во время беременности. Ведение беременной с хроническим гепатитом требует комплексного обследования, постоянного амбулаторного наблюдения оценки состояния, регулярного лабораторного контроля, консультации инфекциониста и гастроэнтеролога. При первичном выявлении маркеров вирусного гепатита беременную ставят на учет и далее определяют характер течения, активность репликации вируса, выраженность воспалительного процесса в ткани печени. Правильная тактика ведения беременной женщины, инфицированной вирусами гепатита, позволяет минимизировать риск вертикального инфицирования плода и повышает вероятность рождения здорового ребенка [1, 12, 13].

Ежегодное увеличение доли ХВГС среди регистрируемых ХВГ является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении инвалидизации населения из-за более быстрого перехода заболевания в стадию рака печени. Высокая частота хронизации инфекции (85%) с развитием цирроза и гепатокарциномы, высокий риск летального исхода делают эту проблему особенно актуальной и одной из важнейших в современном здравоохранении.

**Цель исследования:** Изучить клинико-эпидемиологические особенности хронических вирусных гепатитов В и С у беременных Самаркандских и Ташкентских вилоятах.

#### Материал и методы

Обследовано Самаркандской области 118 беременных женщин и 40 беременных женщин, проживающих в городе Ташкент, в возрасте от 19 до 35 лет (фертильный возраст), средний возраст 25 года. Контрольную группу составили 35 здоровых доноров, по возрасту и сопутствующих болезней сопоставимых с больными основной группы. Все больные были обследованы комплексом общеклинических, биохимических, серологических и иммунологических методов исследования в динамике наблюдения. Диагноз подтвержден с помощью ИФА (серологический маркер) и ПЦР.

#### Результат и обсуждение

Всего нами были обследованы в 2019 году в Самаркандской области 118 беременных женщин, из них с ХВГВ составили 98 (83%) беременных, а с ХВГС – 20 (17%). За период 2020 года (январь-март) было обследовано 40 беременных женщин, проживающих в городе Ташкент, среди которых беременных с ХВГВ составляли 25 (62,5%) женщин, а с ХВГС-15 (37,5%) (таблица № 1).

Таблица №1

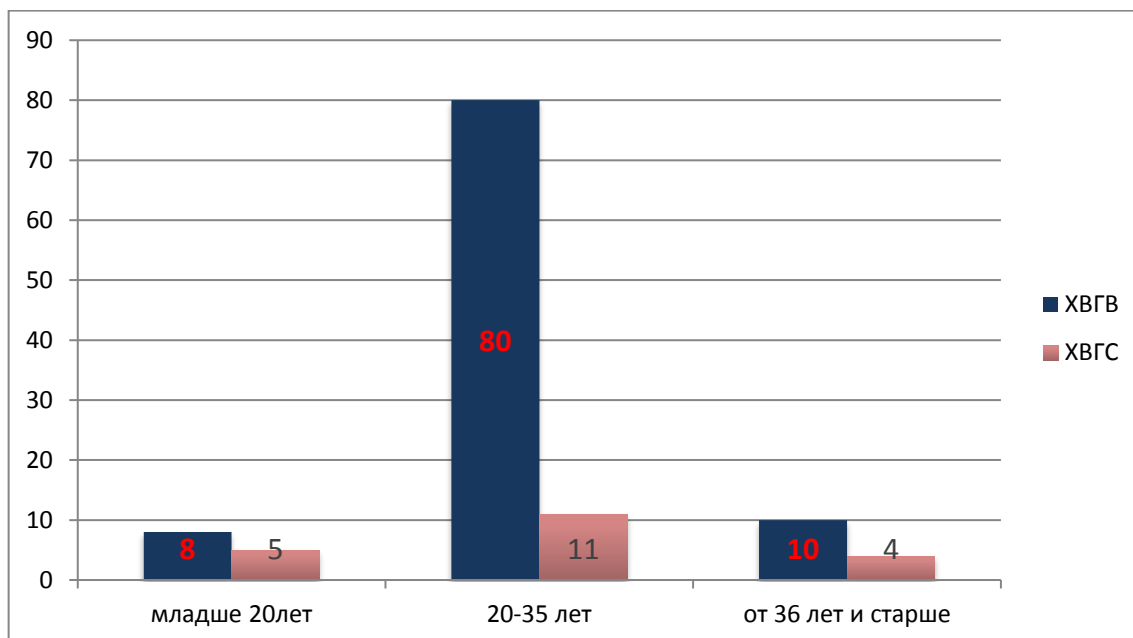
Данные об обследованных группах лиц

Обследованные лица	Количество больных	Самаркандская область		г. Ташкент	
		ХВГВ	ХВГС	ХВГВ	ХВГС
Абс.	158	98	20	25	15
%	100	83%	17%	62,5%	37,5%

Среди всего обследованных беременных с вирусными гепатитами в городе Ташкент преобладали женщины в возрасте от 26-30л - 17 беременных (42,5%), затем шли категория от 21-25лет – 10 (25%) беременных, 31-35 лет – 5 (12,5%) беременных, младше 20л - 5 (12,5%) беременных, от 36 и старше лет – 3 (7,5%) беременных

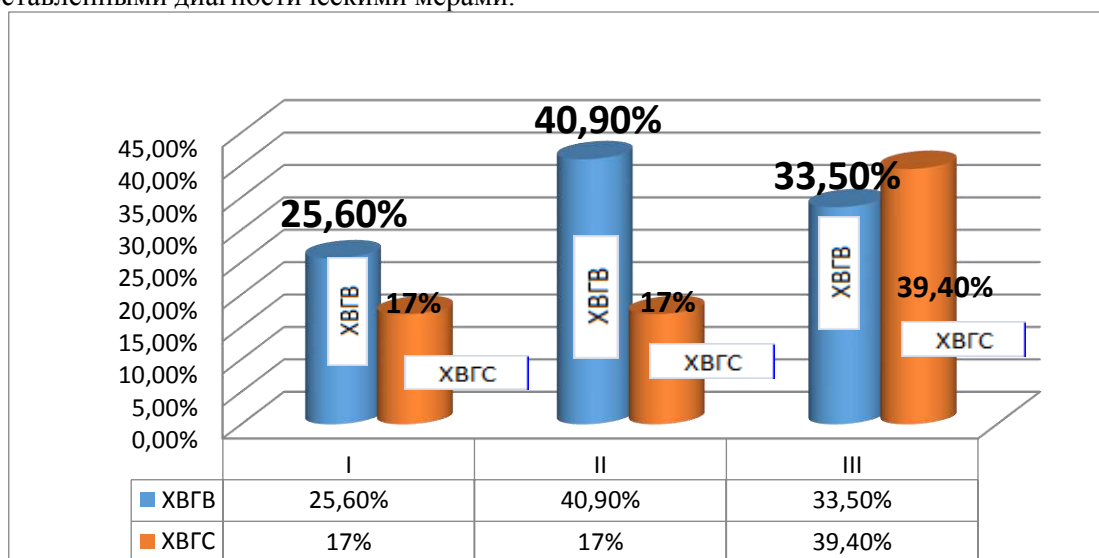
**Распределение беременных с хроническими вирусными гепатитами (ХВГВ и ХВГС) по возрасту в г. Ташкент.**

Обследованные беременные с вирусными гепатитами ХВГВ и ХВГС в Самаркандской области преобладали женщины в возрасте от 20-35л - 91 беременных (77,1%), затем шли категория от 36 лет и старше – 14 (11,9%) беременных, и категория младше 20л - 13 (11%) беременных (Рисунок 2).



**Рисунок 2. Распределение беременных с хроническими вирусными гепатитами (ХВГВ и ХВГС) по возрасту в Самаркандской области.**

Далее мы изучили обращаемость беременных с ХВГВ и ХВГС по районам Самарканда и Ташкента. Они распределились следующим образом: большинство по месту жительства из города Самарканда поступило с ХВГВ 12 больных (12%), а с ХВГС – 10(17,24%); Пастдаргамский район – с ХВГВ - 10 беременных (10%), а с ХВГС-5(8,62%); Самаркандский район – с ХВГВ 12(12%), а с ХВГС – 8(13,8%) беременных и из города Ташкент – 25(25%) больных с ХВГВ, а с ХВГС – 15(25,9%). Такой процент встречаемости, скорее всего, обусловлен несоблюдением профилактических мер парентеральных гепатитов или же хорошо поставленными диагностическими мерами.



**Рисунок 2.3. Частота обращаемости больных с диагнозом хронические вирусные гепатиты.**

Частота обращаемости больных с диагнозом хронические вирусные гепатиты в I триместре беременности при ХВГВ составила 25,6% случаев, при ХВГС – 17,0%; во II триместре диагноз ХВГВ выявлен в 40,9% случаев, ХВГС – в 43,6%; а в III триместре ХВГВ диагностирован у 33,5%, ХВГС – у 39,4% пациенток (рисунок 3.).

Были изучены социально-бытовые факторы, экстрагенитальная патология (эндокринные болезни, заболевания почек, патология органов пищеварения, анемия). Особое значение придавали акушерско-гинекологическому анамнезу (количество беременностей, закончившихся родами, преждевременные роды, перинатальные потери, хронические воспалительные заболевания матки).

У беременных с ОВГВ – в 25,5%, ОВГС – в 21,4%, ХВГС – в 19,7, ХВГВ – в 18,8%. Заболевания мочевыделительной системы (МВС) определены у 42,4% беременных с ВГА, у 28,6% - с ОВГС, у 21,4% – с ОВГВ, у 14,3% - с ХВГС и у 14,0% с ХВГВ. Следует отметить высокую частоту встречаемости анемии, которая в группах с ОВГС, ХВГС и ХВГВ составила 21,4%, 17,9% и 16,1% соответственно.

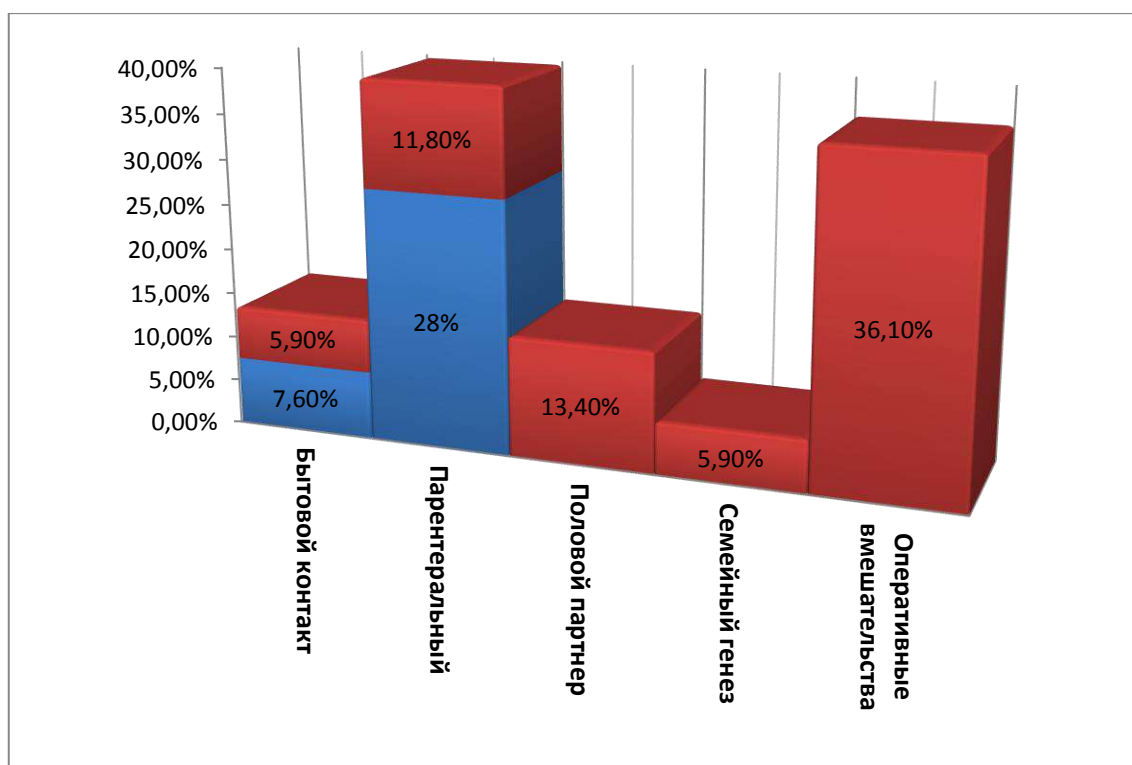
Проведенный анализ частоты выявления ВГ у беременных женщин показал, что наибольший удельный вес составляет ВГВ (61,5%), на втором месте по частоте находится ВГС (27,7%). По данным официальной статистики частоты заболеваемости женского населения наблюдается сходная тенденция по ВГВ и ВГС. Следует отметить, что 58,3% беременных с ХВГВ являлись носительницами HbsAg. У 66,2% женщин HBsAg выявлялся впервые во время текущей беременности. Желтуху в прошлом отрицали 85,7% женщин. Количество носителей HBsAg в большей степени, чем численность больных с острыми формами, отражает интенсивность эпидемического процесса.

При изучении частоты выявления ВГ в зависимости от сроков беременности установлено, что у женщин с ОВГВ наиболее высокой она была в середине гестации, достигая, соответственно, 51,5% и 58,6% из числа выявленных больных. Частота ОВГС наиболее высокой была в III триместре беременности (50,0% из числа заболевших). Среди серопозитивных беременных острое течение вирусных гепатитов наблюдалось в 1,7 раза реже, в сравнении с хроническим (соответственно 36,9% и 63,1%).

Изучение взаимосвязи случаев обострения заболевания со сроками беременности показало, что обострение инфекции происходило чаще в I (32,1%) и III триместрах (46,4%). Обострение ХГВ и ХГС у беременных именно в III триместре беременности обусловлено, по-видимому, постепенным снижением напряженности иммунологических показателей в результате естественной иммуносупрессии в организме беременной, что создает благоприятные условия для репликации вируса гепатита. С этим связывают более высокую частоту обнаружения маркеров вирусного гепатита и увеличение числа обострений ХГВ и ХГС в третьем триместре гестации.

У беременных женщин с вирусными гепатитами ведущее значение среди экстрагенитальной патологии имели заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, которые наиболее часто встречались у беременных с вирусным хроническими гепатитами В и С – 25,1% и 27,3% соответственно против 20,3% в группе контроля. Заболевания почек без нарушения функции с большей частотой встречались у беременных с ХВГВ и ХВГС (26,4%, 21,0% и 21,2% соответственно), тогда как в контроле – 16,4%, а при ОВГВ и ОВГС – 17,3% и 18,2% соответственно.

Случаи заражения ВГВ при проведении различных манипуляций в поликлиниках составили 28,0%. Среди беременных с ВГС причиной инфицирования чаще всего явились оперативные вмешательства - 36,1% случаев, наличие гепатита С у полового партнера - 13,4%, парентеральные вмешательства и гемотрансфузии - 6,7%, болезни печени в семье - 5,9%. Бытовой контакт с источником заболевания имел место у 7,6% при ВГВ, и у 5,9% при ВГС. Профессиональные контакты с кровью составили 11,8% и были отмечены в 1,6 раза реже, чем у пациенток с ВГВ (рисунок 4).



**Рисунок 4. Пути заражения беременных хроническими вирусными гепатитами.**

При исследовании частоты развития различных этиологических форм вирусного гепатита в зависимости от паритета родов выявлено, что заболеваемость гепатитом В среди первородящих больше в 1,3 раза, чем гепатитом С. Заболеваемость гепатитами В и С больше, чем гепатитом А в 1,9 раза и в 2,6 раза, у повторнородящих у многорожавших в 2,6 и 2,4 раза соответственно. Полученные данные о том, что основной путь инфицирования беременных ВГВ и ВГС – парентеральный и инвазивные вмешательства.

Далее нами было изучено у беременных клинические проявления вирусных гепатитов. Для клинической характеристики беременных женщин обследование проводилось поэтапно, как в стационаре, так и амбулаторно. Все проявления болезни оценивались по совокупности клинических признаков в виде отдельных синдромов: астеновегетативного (вялость, слабость, повышенная утомляемость, головные боли, раздражительность, сухость и бледность кожи, снижение аппетита); диспепсического (тошнота, обложенность языка, боли в животе, вздутие живота, нарушение стула); геморрагического (носовые кровотечения); холестатического (желтушность кожи и склер, кожный зуд) синдромов. С ОВГВ наблюдались такие клинические проявления, как астеновегетативный синдром, диспептические расстройства, кожный зуд, артралгии. Однако лихорадка наблюдалась у 94,0% больных с ВГА и в 6,5 раза реже – при ОВГВ. Для женщин обеих групп характерно увеличение и болезненность печени при пальпации, потемнение мочи и ахолия стула. У беременных с ОВГС все клинические проявления, наблюдаемые при ОВГВ, встречались реже и были менее выраженными. Реже увеличивалась печень и определялась болезненность при ее пальпации. Однако почти у всех женщин с ОВГС были выражены спленомегалия (90,8%), у каждой третьей – геморрагический синдром, у каждой четвертой – потемнение мочи и пятой – ахолия стула. ОВГС по сравнению с ОВГВ характеризовались более легким клиническим течением (81,8% и 66,7% против 42,9%). ОВГС по сравнению с ОВГВ характеризовался преобладанием безжелтушных вариантов заболевания (85,7% против 17,9%), меньшей длительностью интоксикационных проявлений ( $8,1 \pm 5,2$  и  $6,9 \pm 3,0$  дней соответственно). Клиническое течение хронических гепатитов характеризовалось слабо выраженными симптомами. Пациентки из группы с ХВГВ и ХВГС в момент осмотра жалоб не предъявляли, и только при тщательном опросе удавалось выявить основные жалобы (слабость, быстрая утомляемость), которые обследованные связывали с беременностью. У 14 (22,2%) больных первые клинические (увеличение печени) и/или



лабораторные признаки (повышение печеночных проб) заболевания выявлены при «случайном» обследовании. В группах с ХГВ и ХГС не отличалась частота выявления астено-невротического синдрома, болей и тяжести в правом подреберье.

При изучении особенностей течения беременности у женщин на фоне ВГ было выявлено, что в I триместре беременности наиболее частыми осложнениями были ранний токсикоз и угроза прерывания беременности, которые при остром течении вирусного гепатита встречались чаще, чем при хронических формах и в сравнении с группой контроля. Из осложнений II триместра беременности угроза прерывания беременности наиболее часто определялась в группе с ВГВ, составляя 53,6% при ОВГВ и 41,2% - при ХВГВ, превышая показатель контроля в 5,2 и 4 раза соответственно, тогда как при ВГА, ОВГС и ХВГС этот показатель превышал контроль в 1,8, 3,5 и 2,5 раза соответственно. Следующим по частоте встречаемости осложнением во II триместре являлась анемия беременных, наиболее высоким данный показатель был в группе с ХВГВ – 40,2% и ОВГС - 35,3%, что было в 1,4 и 1,3 раза выше, чем в группе контроля.

### Заключение

Обследованные беременные с вирусными гепатитами ХВГВ и ХВГС в Самаркандской области преобладали женщины в возрасте от 20-35л - 91 беременных (77,1%), а в городе Ташкент преобладали женщины в возрасте от 26-30л - 17 беременных (42,5%), Степень выраженности клинических проявлений гепатита и виды осложнений гестации определяются остротой вирусного процесса и сроком беременности, в котором выявлено заболевание.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010;288.
2. Базарова М.В. Клинико-эпидемиологическая оценка эффективности вакцинации против гепатита В новорожденных детей, родившихся у женщин с HBV-вирусной инфекцией: /Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М.: 2002.
3. Медуницын Н.В. Вакцинология. /М.: Триада-Х, 2010;512.
4. Игнатова Т.М. Хронический вирусный гепатит и беременность. //Гепатологический форум 2009;3:2-11.
5. Игнатова Т. М. Хронический гепатит С и беременность //Клиническая гепатология. — 2009;1:32-38.
6. Кузьмин В.П. Вирусный гепатит С у беременных: современная проблема акушерства / Кузьмин В. П. 2011;6:82-87.
7. Ковалева Т.А., Чуйкова К.И., Алексеева Е.А. Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов В и С у беременных женщин на территории Томской области. Эпидемиология и вакцинопрофилактика 2011;3(58):38-42.
8. Казьянин А.В. Стратегия и тактика использования отечественных медицинских иммунобиологических препаратов в системе эпидемиологического контроля за HBV-инфекцией: /Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Пермь: 2005.
9. Ребров Б.А. Заболевания печени и беременность //Новости медицины и фармации. — 2011;18-23.
10. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика -2011. М.: ИПК Континент-Пресс, 2011;198.
11. Yang S., Liu M., Wang L. Effect of high viral hepatitis B virus DNA loads on vertical transmission of hepatitis B virus in late-pregnant women. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 2008;43(5):329-331.
12. Li X.-M., Shi M.-F., Yang Y.-B. et al. Effect of hepatitis B immunoglobulin on interruption of HBV intrauterine infection. //World. J.Gastroenterol. 2004;10(21):3215-3217.
13. [Chen H.L.](#), [Lin L.H.](#), [Hu F.C.](#) et al. Effects of maternal screening and universal immunization to prevent mother-to-infant transmission of HBV. //Gastroenterology 2012;142(4):773-781.

Поступила 20.08.2023