

Отсканируй QR



niilagip.tj



Вазорати тандурустӣ ва  
ҳифзи иҷтимоии аҳолии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муассисаи давлатии  
Пажӯҳишгоҳи акушерӣ,  
гинекологӣ ва  
перинатологии  
Тоҷикистон

# VII СЪЕЗД



26 · 11 · 2022

Акушеров - Гинекологов  
Республики Таджикистан

г. Душанбе, 2022

# МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

Министерство здравоохранения и социальной  
защиты населения Республики Таджикистан

Государственное учреждение  
«Научно-исследовательский институт акушерства,  
гинекологии и перинатологии» Таджикистана

VII   
СЪЕЗД

АКУШЕРОВ – ГИНЕКОЛОГОВ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖКИСТАН

---

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА  
26.11.2022, г. Душанбе

Душанбе 2022



## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

---

- Давлатзода Г.К. – директор ГУ ТНИИ АГиП  
Муминова Ш.Т. – заместитель директора по научной работе ГУ ТНИИ АГиП  
Мирзоева А.Б. – заместитель директора по лечебной работе ГУ ТНИИ АГиП  
Курбанова М.Х. – руководитель гинекологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Мухамадиева С.М. – профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ  
«ИПО в сфере ЗРТ»  
Камилова М.Я. – руководитель акушерского отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Пулатова А.П. – руководитель информационно-методического отдела ТНИИ АГиП  
Зурхолова Х.Р. – руководитель неонатологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Болиева Г.У. – руководитель гинекологической эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

---

- Давлатзода Г.К. – директор ГУ ТНИИ АГиП  
Муминова Ш.Т. – заместитель директора по научной работе ГУ ТНИИ АГиП  
Мирзоева А.Б. – заместитель директора по лечебной работе ГУ ТНИИ АГиП  
Камилова М.Я. – руководитель акушерского отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Курбанова М.Х. – руководитель гинекологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Мухамадиева С.М. – профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ  
«ИПО в сфере ЗРТ»  
Алиева Р.Я. – главный внештатный специалист МЗ СЗН РТ  
Рахматуллоева Д.М. – ученый секретарь ГУ ТНИИ АГиП  
Пулатова А.П. – руководитель информационно-методического отдела ТНИИ АГиП  
Зурхолова Х.Р. – руководитель неонатологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Болиева Г.У. – руководитель гинекологической эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП  
Расулова Г.Т. – заведующая отделением патологии беременных ГУ ТНИИ АГиП  
Бойматова З.К. – старший научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП  
Азимова Д.А. – научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Мамедова З.Т. – старший научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Юсуфбекова У.Ю. – старший научный сотрудник гинекологического отдела  
ГУ ТНИИ АГиП  
Курбанова П.З. – научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНИИ АГиП  
Олимова Т.Ш. – научный сотрудник акушерского отдела ГУ ТНИИ АГиП

УДК 618.14-006.36-085

## ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна, Сафаров Алиаскар Турсунович

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Ташкентский государственный стоматологический Институт, Узбекистан

Миома матки является самой часто встречаемой доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщин. Частота обнаружения миомы матки у пациенток оптимального фертильного возраста достигает до 33%, хотя доминирующе эта патология встречается у женщин в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде. В статье представлены клинико-лабораторные результаты применения комбинированного орального контрацептива «Новинет» у пациенток репродуктивного возраста, страдающих миомой матки с контрацептивной и лечебной целью.

**Ключевые слова:** миома матки, контрацепция, гормональная терапия.

**Актуальность:** Миома матки является самой часто встречаемой доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщин [2, 6, 9]. Миома матки продолжает быть одной из наиболее распространенной патологией, которая является показанием для проведения экстирпации матки [1,3,5]. Частота обнаружения миомы матки у пациенток оптимального фертильного возраста достигает до 33%, хотя доминирующе эта патология встречается у женщин в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде [2,3,7]. Частота проведенных операций, показанием к которым являлась миома матки, по данным разных авторов, находится в пределах от 40 до 75% [1, 2,9]. Однако статистика миомы матки, которая базируется лишь на результатах клинических обследований, не может считаться достоверной, т.к. зачастую заболевание протекает бессимптомно и диагноз миомы матки устанавливается при посмертных патологоанатомических вскрытиях [5,6].

В последние годы отмечается изменения в планировании беременности у женщин в сторону выполнения репродуктивной функции в позднем репродуктивном возрасте. Это способствует увеличению контингента беременных женщин с миомой матки, что сопровождается как акушерскими, так и перинатальными рисками. Миома матки также приводит к снижению фертильности у женщин репродуктивного возраста, что приобретает все большую актуальность. Это происходит в связи с повышением частоты миомы матки у молодых женщин, а также отсроченным планированием беременности на более поздний срок. Клиническая симптоматика миомы матки приводит к ухудшению качества жизни пациенток, а также негативно влияет на репродуктивный прогноз [2,4,6,7].

**Цель исследования:** оценить результаты клинико-лабораторных методов исследования применения комбинированного гормонального контрацептива «Новинет»



пациенток репродуктивного возраста с миомой матки.

**Материал и методы исследования:** Проспективному анализу были подвергнуты клинико-лабораторные показатели эффективности гормональной контрацепции у 50 женщин фертильного возраста при применении монофазного низкодозированного эстроген-гестогенного препарата Новинет. Контрольную группу составили 30 условно-здоровых женщин репродуктивного возраста, сопоставимых по возрасту и соматической патологии, которые в качестве предохранения от беременности использовали ОК Новинет.

**Результаты исследований.** Средний возраст обследованных женщин составил  $32,1 \pm 2,3$  года с колебаниями от 22 до 36 лет. В

структуре жалоб у женщин данной подгруппы через 6 месяцев гиперполименорея не отмечалась ни одной женщиной, незначительный болевой синдром отметили 15 женщин (30%), из побочных проявлений - кровянистые межменструальные выделения отметили 30 женщин (60%), незначительная тошнота отмечалась приблизительно у 32 (16%) пациенток и у 6 (12%) - напряженность молочных желез. Через 12 месяцев от начала гормональной терапии у женщин данной группы исчезли гиперполименорея, боль внизу живота и кровянистые межменструальные выделения, тошнота отмечалась у 4 (8%) пациенток и у 2 (4%) - напряженность молочных желез.

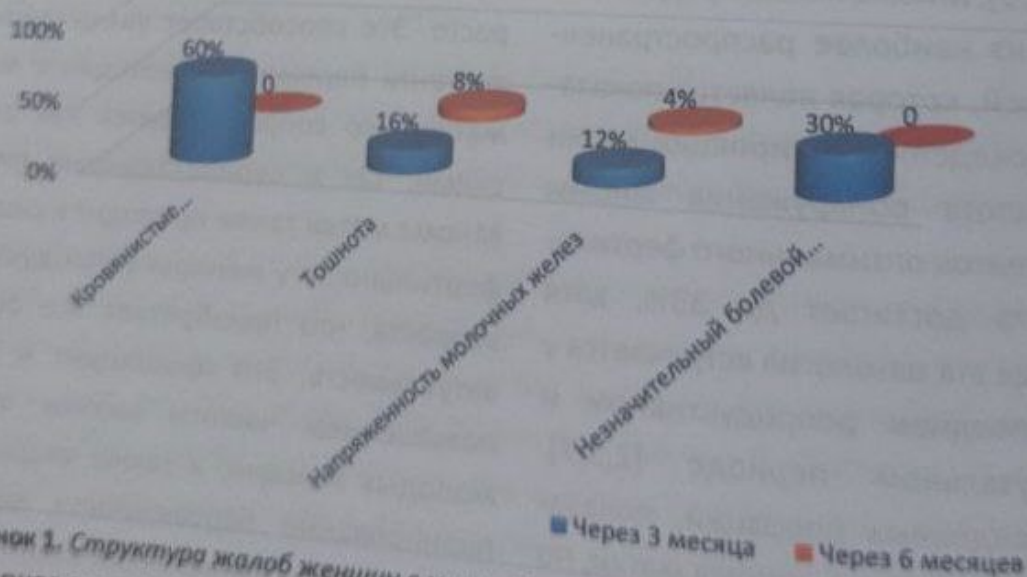


Рисунок 1. Структура жалоб женщин с миомой матки на фоне приема препарата Новинет

Анализ показателей общего анализа крови у обследованных женщин в динамике показал, что среднее количество эритроцитов у пациенток с миомой матки, которые в качестве контрацепции применяли препарат Новинет в динамике, имело тенденцию к увеличению, подобные изменения наблюдались и в отношении среднего уровня гемоглобина. Среднее количество

лейкоцитов у женщин с миомой матки на фоне приема препарата Новинет не изменилось, находилось в пределах нормальных показателей.

Средний уровень СОЭ в целом у женщин с миомой матки составил  $14,37 \pm 1,21$  мм/ч. Таким образом, применение КОК Новинет у пациенток с миомой матки способствовало повышению уровня СОЭ и

увеличению количества эритроцитов. При этом негативного влияния на лейкоцитарную формулу и повышение СОЭ не отмечалось.

Анализ результатов исследования липидного спектра крови у обследованных женщин данной группы продемонстрировало благоприятное влияние гормональной

терапии на липидный профиль. В сравнении с исходными данными отмечено увеличение уровня ЛПВП с  $1,9 \pm 0,3$  до  $2,1 \pm 0,2$ ; уменьшение холестерина с  $5,1 \pm 1,1$  до  $4,59 \pm 1,02$  ммоль/л и рост количества триглицеридов с  $1,07 \pm 0,8$  до  $1,14 \pm 0,59$  ммоль/л (таблица 1).

Таблица 1

**Динамика показателей липидного спектра крови у женщин с миомой матки, принимавших препарат Новинет (I подгруппа (n=50)).**

Исследуемый показатель	До лечения	Через 6 месяца	Через 12 месяцев
Холестерин (ммоль/л).	$7,2 \pm 1,1$	$4,59 \pm 1,02$	$4,5 \pm 0,8$
Триглицериды (ммоль/л)	$2,5 \pm 0,9$	$1,14 \pm 0,59$	$1,16 \pm 0,4$
ЛПНП	$3,2 \pm 0,7$	$2,2 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,5$
ЛПВП	$1,5 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,2$	$1,9 \pm 0,2$
Коэффициент атерогенности	$3,8 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,2$

С целью изучения влияния препарата Новинет на биохимическую картину крови были изучены некоторые биохимические показатели крови в динамике до и после применения в динамике. Существенных изменений в биохимической картине крови у женщин с миомой матки, принимавших препарат Новинет выявлено не было.

В целях изучения влияния приема монофазного низкодозированного эстрогенгестогенного препарата Новинет на метаболизм углеводов определялся уровень глюкозы до и после применения в динамике. Статистически значимых изменений уровня глюкозы крови под воздействием препарата Новинет выявлено не было.

С целью контроля свертывающей системы крови был проведен ряд тестов коагуло-

граммы в динамике. Оценивая полученные данные коагулограмм пациенток необходимо отметить, что нарушений в свертывающей системе крови при применении препарата Новинет выявлено не было.

Согласно заключениям ультразвукового исследования с ЦДК у женщин с миомой матки, принимавших с контрацептивной целью ОК Новинет наблюдалось незначительное повышение индексов периферического сопротивления в маточных артериях.

В контрольных исследованиях влагалищных биоптатов у исследуемых женщин патологических изменений обнаружено не было, что свидетельствовало отсутствии негативного влияния применения



Результаты ультразвукового исследования пациенток с миомой матки, принимавших ОК Новинет в динамике

Показатели	Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	65 (±1,5)*50(±1,5)*49(±1,5)	64 (±1,5)*49(±1,5)*51(±1,5)		
Размеры матки	35,30 мм (±8,1)		35,23±8,3	
Размер доминантного узла, мм	7(±8,1) мм		7(±8,1) мм	
М-эхо, мм	30		30	
Локализация по передней стенке матки	20		20	
Локализация по задней стенке матки	20		20	
Размеры яичников	33,6±1,1 * 24,2±1,03		33,6±1,1 * 24,2±1,03	

оральных контрацептивов на состояние микрофлоры влагалища.

**Выводы.** Выбор метода контрацепции у женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, должен определяться необходимостью профилактики рецидива роста миомы. Предпочтение должно отдаваться при размере узла до 15 мм оральным контрацептивам. Применение гормональной контрацепции у женщин репродуктивного возраста с миомой матки не оказывает негативного влияния на состояние микрофлоры влагалища.

#### Литература

1. Буянова С.Н., Мгелишвили М.В., Петракова С.А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки. *Российский вестник акушера гинеколога*. 2008. 6. С.45–50.
2. Смирнова Т.А., Павшук Л.И. Современные подходы к лечению миомы матки у молодых женщин с целью сохранения репродуктивной функции. *Белорусский государственный медицинский университет. Бюллетень сибирской медицины*. 2014. 13(1). С.145–152.
3. Самойлова Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2013. 9(4). С.32–36.
4. Самойлова Т.Е. Неоперативные методы лечения миомы матки. *Лечащий врач*. 2015. 3. С.53–60.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. 3-е изд. СПб.: ЭЛБИ – СПб, 2013. 340 с.
6. Тихомиров А.Л., Залеева Е.В. Применение левоноргестрел-релизинг системы в комплексном лечении миомы матки. *Гинекология*. 2015, экстр. выпуск. С.20–22.
7. Тихомиров А.Л., Гришин Г.П., Кочарян А.А. и др. Рациональное лечение миомы матки. *Трудный пациент. Гинекология*. 2018. 6(8). С.37–41.
8. Wang Y., Matsuo H., Kurachi O. Down-regulation of proliferation and up-regulation of apoptosis by gonadotropin-releasing hormone agonist in cultured uterine leiomyoma cells. *Eur. J. Endocrin.* 2012. 146. P.447–456
9. Schwartz S.M. Epidemiology of uterine leiomyoma. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2011. 44(2). P.316–326.



УДК 618.3-06:616.981.21/958.7  
ТЕЧЕНИЕ ПУЭРПЕРАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Абдуллаева Лагя Мирзатуллаевна, Сафарова Лола Алиаскаровна,  
Сафаров Алиаскар Турсунович

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан  
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан

Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, желающих осуществить свою репродуктивную функцию. По данным разных авторов, при отсутствии профилактических мер передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку риск инфицирования достигает 20–40%, из них 10–15% вирус передается внутриутробно, во время родового акта – 60–75%. В статье представлен анализ данных по особенностям течения гестации, родов и пуэрпериального периода у беременных, инфицированных ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, роды, послеродовый период.

**Актуальность.** Несмотря на прогрессивное развитие медицинской науки, проблема распространенности ВИЧ-инфекции продолжает оставаться одной из наиболее актуальных как в Узбекистане, так и во всем мире. [1; 2]. Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, желающих осуществить свою репродуктивную функцию [3,5]. Согласованное международное усилие в борьбе с ВИЧ способствует увеличению охвата соответствующих услуг. Так 68% взрослого и 53% детского населения планеты, инфицированных ВИЧ в 2019 г. получили пожизненную антиретровирусную терапию (АРВТ). В Республике Узбекистан особое внимание уделяется проблеме профилактики передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путем, т.е. от матери ребенку и появлению на свет здорового ребенка.

ВИЧ-инфекция среди беременных женщин в Республике Узбекистан в 2019 г. диагностирована у 668 пациенток. Охват антиретровирусной терапией беременных женщин в 2019 году в Республике достигло

97,0% Охват детей, рожденных от ВИЧ-положительных женщин составил 100%. Процентная доля вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в 2019 году достигла 1,3%. Антиретровирусную терапию в 2019 году получили 85% инфицированных ВИЧ беременных и лактирующих женщин. Инфицирование вирусом иммунодефицита человека вертикальным путем происходит во время гестации при прохождении через плацентарный барьер, что чаще происходит на поздних сроках, когда повышается пропускная способность плаценты; в процессе родового акта, в результате чего происходит контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери; при грудном вскармливании младенца через инфицированное молоко родильницы [2, 5,7].

По данным разных авторов, при отсутствии профилактических мер передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку риск инфицирования достигает 20–40%, из них 10–15% вирус передается внутриутробно, во время родового акта – 60–75% [Пересада О.А., Косинская Л.Ф.,



Тимошенко Т.И., Соломко И.И. Ведение беременности и родов ВИЧ-инфицированных женщин [1,6,7].

**Цель исследования:** провести анализ особенностей течения послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин.

**Материал и методы исследования.** Согласно поставленной цели, нами осуществлено ретроспективное исследование 73 историй родов, а также амбулаторных карт женщин, инфицированных, которые были родоразрешены в ГРК№1, 8, 9 г. Ташкент в период с 2018 по 2020 гг. Они составили основную группу. Проведен анализ данных, особенностей течения гестации и послеродового периода у пациенток, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Исследование проводилось на базе Городского родильного комплекса № 1 г.Ташкент.

**Результаты исследований.** Средний возраст обследованных женщин составил  $24,1 \pm 4,3$  года с колебаниями от 21 до 34 лет. По месту жительства 32 женщины (64%) - жительницы города, 18 (36%) - жительницы сельской местности. На учете в Городском СПИД Центре состояли 50 (100%) пациенток. На учете в женской консультации находились все женщины.

Инфицирование ВИЧ половым путем отмечено у 31 (62%) пациенток, у остальных 19 (38%) - парентерально. Вредные привычки имелись у 35 (70%) женщин, из них преобладало курение - у 73%, прием алкоголесодержащих напитков - 20%. Верификация диагноза ВИЧ у 9 (18%) женщин была в течение данной беременности, у 41 (72%) - до наступления беременности. Анализ данных, касающихся результатов по установлению вирусной нагрузки показал, что высокие значения имели место в 20 (40%)

случаев, низкие - 43%. В 16% случаев данных по вирусной нагрузке не выявлено. Препараты антиретровирусной терапии в качестве химиопрофилактики антенатальной трансмиссии ВИЧ проводили всем беременным женщинам. При этом в первом триместре химиопрофилактика проводилась в 55% случаев, в 35% - во втором триместре, оставшиеся 10% - в третьем триместре. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных ВИЧ-позитивных женщин наиболее часто наблюдалась анемия (83%), далее по частоте вирусный гепатит С (27%), вирусный гепатит В (12%), заболевания моче-выделительной системы (10%).

При сравнительном анализе течения данной беременности выявлено, что в основной группе в первой половине беременности у 20 (41%) женщин наблюдалась угроза прерывания данной беременности, 14 из них получили стационарное лечение, 6 амбулаторное. У 12 (24%) женщин наблюдалась рвота беременных легкой и средней степени, 3 из них получили стационарное лечение. В контрольной группе угроза прерывания беременности наблюдалась у (20%) больных, рвота беременных - у 15 (42%). У 2 (6%) женщин контрольной группы наблюдался также птолизм. Во второй половине беременности угроза преждевременных родов наблюдалась у 12 (24%) пациенток основной группы, у 7 (14%) пациенток имели место гипертензивные нарушения, ГИБ наблюдались у 3 (8%), преэклампсия легкой степени тяжести была у 2 (6%). Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, имело место у 21 (42%) женщины. В контрольной группе угроза преждевременных родов отмечалась у 5 (14%) пациенток, гипертензивные

нарушения – у 6 (17%), в том числе ГИБ у 4 (11%), преэклампсия легкой степени – у 2 (6%). Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, было у 8 (23%) женщин. Всем беременным женщинам на 28-й неделе беременности было проведено УЗИ матки с доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока. Анализ результатов показал, что частота таких осложнений, как НМППК, многоводие, маловодие,

СОРП, пороки развития плода у ВИЧ-позитивных женщин встречались чаще, чем в контрольной группе.

Анализ сроков гестации при родоразрешении у женщин исследуемых групп показал, что в основной группе преждевременные роды имели место у 5 пациенток (10%), остальные 90% – срочные роды в сроке гестации от 37 до 39 недель. Все ВИЧ-позитивные женщины родоразрешены путем операции кесарево сечение. В плановом порядке родоразрешены в 78% случаев, остальные в экстренном порядке (22%). Оценка состояния новорожденного проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. В основной группе у 25% новорожденных имела место задержка развития плода, церебральная ишемия наблюдалась у 42%, признаки дыхательной недостаточности – в 19% случаев. Антенатальной гибели плода в обеих группах не наблюдалось. В среднем показатели были следующие: на 1 минуте составил 6 баллов, на 5 минуте – 7 баллов.

Следует отметить, что в основной группе количество недоношенных детей составило 5 (10%), при этом 1 из них погиб в связи с глубокой недоношенностью и развившейся пневмонией. 4 были переведены на дальнейшее наблюдение отделе-

ние патологии новорожденных. Антиретровирусная терапия проводилась всем новорожденным с целью профилактики трансмиссии ВИЧ-инфекции. Антиретровирусная терапия проводилась начиная с 1 часа жизни новорожденного и включала следующие схемы: «Зидовудин» сироп по 4 мг/кг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, «Ламивудин» по 2 мг/кг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, «Невирарпин» по 2 мг/кг однократно.



Рисунок 1. Особенности течения послеродового периода у женщин, инфицированных ВИЧ

В послеродовом периоде родильниц, инфицированных ВИЧ-инфекцией, назначался препарат Достинекс с целью подавления лактации, а также проводилась превентивная антибиотикопрофилактика. Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 32 (62%) было гладким, в 14 (28%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 5 (10%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки. В контрольной группе данные достоверно не отличались от основной группы. Гладкое течение послеродового периода наблюдалось в подавляющем большинстве случаев – в 32 (91%), субинволюция матки наблюдалась в 3 случаях (9%).



**Выводы.** ВИЧ-инфицирование чаще наблюдается у жительниц города. У ВИЧ-положительных женщин высокие показатели вредных привычек, таких как курение, алкоголизм. Основными осложнениями гестации, характерными для ВИЧ-инфицированных беременных является угроза прерывания беременности, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, синдром задержки роста плода. У новорожденных наиболее часто наблюдается задержка развития плода и поражение центральной нервной системы. Течение послеродового периода у пациенток, инфицированных ВИЧ достоверно не отличалось от здоровых родильниц.

#### Литература

1. Ашурова В.И. Плацентарная недостаточность и перинатальная патология у ВИЧ-инфицированных беременных: научное издание. *Журнал теоретической и клинической медицины: научно-практический медицинский журнал*. Академия наук Республики Узбекистан. 2019. 5. С.25-27.
2. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Современный взгляд на проблему осложнений течения гестации у пациенток с ВИЧ. *Тиббиётда янги кун*. 2021. 3 (35/1). С.41-44
3. Сокова Е.А., Мазеркина И.А., Демидова Щ.А., Александрова Т.В. Особенности клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых для фармакотерапии ВИЧ-инфекции во время беременности. *Ведомости НЦЭСМП*. 2017. 7(3). С.150-154.
4. Шифман Е.М., Вартанов В. Я., Хугорская Н.Н., Кругова Л.В. Осложнения антиретровирусной терапии и их коррекция в периперационном периоде у ВИЧ-инфицированных беременных. *Общая реаниматология*. 2011. 7.(3). С.75-79
5. Шмидт А.Р., Куртасова Л.М., Шульмин А.В. Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в Красноярском крае. *Сибирское медицинское обозрение*. 2015. 1. С.91-94.
6. Юрин, О.Г. Оценка эффективности и безопасности химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции с использованием схем монотерапии и высокоактивной антиретровирусной терапии / О.Г. Юрин, Н.Н. Ладная, Б.А. Коннов. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2010. 3. С.46-51.
7. Ющук Н.Д., Масляков В.В., Аристанбекова М.С. Проблемы профилактики перинатальной передачи ВИЧ. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2019. 8(1). С.47-51.
8. Andrade, V.B. Biomarkers of inflammation and coagulation are associated with mortality and hepatitis fl ares in persons coinfectd with HIV and hepatitis viruses / V.B. Andrade, K.H. Hullsiek, D.R. Boulware. *J. Infect. Dis*. 2013. 207. P.1379-1388.
9. Calvert, C. HIV and the risk of direct obstetric complications: a systematic review and meta-analysis / C. Calvert, C. Ronsmans. *PLoS One*. 2013. 8(10). P.74848.
10. Chi, B.H. Antiretroviral drug regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV: a review of scientific, program, and policy advances for sub-Saharan Africa / B. H. Chi, J.S. Stringer, D. Moodley. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013. 10(2). P.124-133.
11. Short, C.E. Preterm delivery risk in women initiating antiretroviral therapy to prevent HIV mother-to-child transmission / C.E. Short, M. Douglas, J.H. Smith. *HIV Med*. 2014. 15(4). P. 233-238.

УДК 616-036.22

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАПРАВЛЕНИЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ПРИ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ. МИРОВОЙ ОПЫТ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна, Матякубова Саломат Александровна,  
Ким Владимир Сафронович

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Самаркандский Медицинский Университет, Узбекистан

Хорезмский областной перинатальный центр, Узбекистан

В данной статье описывается, серьезная чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, в направлении родовспоможения которая сложилась за счет условий пандемии. Существенная заболеваемость и социально-экономические последствия потребовали решительных мер на всех континентах, включая общенациональные блокировки и закрытие границ. Описывается мировой опыт здравоохранения, разных стран, которые тоже столкнулись с пандемией. Представлены кратные рекомендации оказания медицинской помощи беременным и роженицам с коронавирусной инфекцией. **Ключевые слова:** медицинская помощь, пандемия, беременность.

**Актуальность.** На сегодняшний день пневмония, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2, распространяется по всему миру ускоренными темпами с базовым числом репродукции ( $R_0$ ) 2-2,5, что свидетельствует о том, что от индексного больного заразятся 2-3 человека. Серьезная чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, она особенно смертельна для уязвимых групп населения и сообществ, в которых медицинские работники недостаточно подготовлены к борьбе с инфекцией. Вирус SARS-CoV-2 был выделен от бессимптомных лиц, и инфицированные пациенты продолжают быть заразными через 2 недели после исчезновения симптомов [11,14]. Существенная заболеваемость и социально-экономические последствия потребовали решительных мер на всех континентах, включая общенациональные блокировки и закрытие границ. Беременные женщины и их плоды представляют собой группу высокого

риска во время вспышек инфекционных заболеваний. Физиологические и механические изменения во время беременности повышают восприимчивость к инфекциям в целом, особенно при поражении кардио-респираторной системы, и способствуют быстрому прогрессированию дыхательной недостаточности у беременных [2,5,16].

**Цель.** Изучить мировой опыт организации оказания медицинской помощи беременным с коронавирусной инфекцией

**Методы и материал исследования.** Систематический обзор, научные статьи и протоколы по введению беременных и женщинам в послеродовом периоде и организация медицинской помощи в условия пандемии. Проведен всесторонний поиск литературы с использованием PubMed, EMBASE, Кокрановской библиотеки, Китайской национальной базы данных инфраструктуры знаний и данных Wan Fang до 20 февраля 2022 года включительно. Для стратегии поиска использовался



лись комбинации следующих ключевых слов и терминов медицинских предметных рубрик (MeSH): «SARS-CoV-2», «COVID-19», «коронавирусная болезнь 2019», «беременность», «внутриутробная переносимость», «новорожденный», «младенец» и «роды» «организация медпомощи». Критерии приемлемости включали клинические протоколы и методические рекомендации, научные статьи, лабораторно подтвержденный и/или клинически диагностированный COVID-19, беременность пациентки при поступлении и наличие клинических характеристик, включая по крайней мере один материнский, перинатальный или неонатальный исход. Критериями исключения были не рецензированные или неопубликованные отчеты, неуказанные дата и место проведения исследования, подозрение на дублирование отчетов и незарегистрированные материнские или перинатальные исходы. Никаких языковых ограничений не применялось.

**Результаты и обсуждения.** Инфекция нового коронавируса 2019 года (2019-nCoV) распространилась по всему Китаю с момента выявления первого случая в Ухане, провинция Хубэй, в декабре 2019 года [13,18]. Согласно предыдущим знаниям и опыту, женщины во время беременности и послеродового периода являются уязвимой группой населения из-за физиологических изменений в их иммунной и сердечно-легочной системе, что делает их более восприимчивыми к вирусным инфекциям [4,7,12]. Ученые и врачи всего мира были в поиске точных диагностических определений, клинических проявлений в зависимости от степени течения болезни, а также в правильном выборе тактике ведения и родоразрешения бере-

менных и в послеродовом периоде с ко-  
навирусной инфекцией [8].

Известно, что члены семейства коронавирусов, ответственные за тяжелый острый респираторный синдром (SARS-CoV) и ближневосточный респираторный синдром (MERS-CoV), ответственны за тяжелые осложнения во время беременности [10,].

С целью изучения влияния коронавирусной болезни 2019 г. (COVID-19) на материнские, перинатальные и неонатальные исходы путем систематического обзора. Группа китайских ученых во главе доктором [J. Juan](#) и [M. Gil](#) было выявлено большое количество соответствующих отчетов о случаях и серий случаев, но только 28 исследования, включающие в общей сложности 324 беременных женщины с COVID-19, соответствовали критериям приемлемости и были включены в систематический обзор. В объединенных данных из восьми последовательных серий случаев, включая 211 (71,5%) случаев лабораторно подтвержденного и 84 (28,5%) клинически диагностированного COVID-19, возраст матери варьировал от 20 до 44 лет, а гестационный возраст при поступлении колебался от 5 до 41 недели [6]. Наиболее частыми симптомами при поступлении были лихорадка, кашель, одышка, утомляемость и миалгия. Частота тяжелой пневмонии, о которой сообщалось в серии случаев, колебалась от 0% до 14%, при этом в большинстве случаев требовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии. Почти все случаи из серии случаев имели положительные результаты компьютерной томографии органов грудной клетки. Сообщалось только о четырех случаях самопроизвольного выкидыша



или прерывания беременности. В последовательных сериях случаев 219 из 295 женщин родили на момент составления отчета, и 78% из них перенесли кесарево сечение. Срок беременности на момент родов колебался от 28 до 41 недели. Оценка по шкале Апгар как на 1-й, так и на 5-й минуте варьировала от 7 до 10. Только восемь новорожденных имели массу тела при рождении <2500 г, и почти треть новорожденных были переведены в отделение интенсивной терапии новорожденных. Был один случай неонатальной асфиксии и смерти. У 155 новорожденных, у которых был проведен тест на нуклеиновые кислоты в мазке из зева, все, кроме трех случаев, были отрицательными на SARS-CoV-2. В восьми последовательных сериях случаев материнской смерти не было. Семь материнских смертей, четыре внутриутробных смерти плода (одна при беременности двойней) и две неонатальные смерти (при беременности двойней) были зарегистрированы в серии непоследовательных случаев из девяти случаев с тяжелой формой COVID-19. В отчетах о случаях заболевания было зарегистрировано две материнские смерти, одна смерть новорожденного и два случая неонатальной инфекции SARS-CoV-2[9].

Научные наблюдения китайских ученых выявили у 12 беременных женщин были инфицированы SARS-CoV во время пандемии 2002–2003 годов. У четырех (57%) из семи женщин в первом триместре произошел выкидыш. Во втором-третьем триместрах у двух (40%) из пяти женщин была задержка роста плода, а у четырех (80%) из пяти женщин были преждевременные роды (одна спонтанная, три индуцированные по состоянию матери). Три

(25%) женщины умерли во время беременности [7]. При обзоре 11 беременных женщин, инфицированных MERS-CoV3, у десяти (91%) были неблагоприятные исходы, шесть (55%) новорожденных нуждались в госпитализации в отделение интенсивной терапии, и трое (27%) умерли. Двое новорожденных родились преждевременно из-за тяжелой дыхательной недостаточности у матери [15].

Учитывая, что 2019-nCoV, обладал таким же патогенным потенциалом, как SARS-CoV и MERS-CoV4, беременные женщины подвергаются повышенному риску тяжелых инфекций, отсутствуют специфические клинические признаки коронавирусных инфекций, предшествующих тяжелым осложнениям, высокий потенциал возможности вызвать тяжелые материнские или перинатальные неблагоприятные исходы, а также в связи с отсутствием в настоящее время данных о последствиях инфекции 2019-nCoV во время беременности[20], Было рекомендовано систематический скрининг любой подозрительной инфекции 2019-nCoV во время беременности. Если инфекция 2019-nCoV во время беременности подтверждена, рекомендовали длительное наблюдение за прогрессированием беременности [17].

Испанские ученые при изучении материнская и неонатальная заболеваемость и смертность среди беременных женщин с инфекцией COVID-19 с помощью многонациональным когортным исследованием в 2021 году, удалось выявить высокие риски перинатальных осложнений [José Villar, Shabina Ariff, Robert B Gunier и др.]. В общей сложности были зарегистрированы 706 беременных женщин с диагнозом COVID-19 и 1424 беременных жен-



щины без диагноза COVID-19, все с в целом схожими демографическими характеристиками (средний [SD] возраст, 30,2 [6,1] года). Избыточная масса тела на ранних сроках беременности имела место у 323 женщин (48,6%) с диагнозом COVID-19 и у 554 женщин (40,2%) без диагноза. Женщины с диагнозом COVID-19 подвергались более высокому риску развития преэклампсии/эклампсии (относительный риск [OR], 1,76; 95% ДИ, 1,27–2,43), тяжелых инфекций (OR, 3,38; 95% ДИ, 1,63–7,01), интенсивной терапии, госпитализация (OR, 5,04; 95% ДИ, 3,13–8,10), материнская смертность (OR, 22,3; 95% ДИ, 2,88–172), преждевременные роды (OR, 1,59; 95% ДИ, 1,30–1,94), по медицинским показаниям преждевременные роды (OR, 1,97; 95% ДИ, 1,56–2,51), тяжелый индекс неонатальной заболеваемости (OR, 2,66; 95% ДИ, 1,69–4,18) и тяжелый индекс перинатальной заболеваемости и смертности (OR, 2,14; 95% ДИ, 1,66–2,75). Лихорадка и одышка любой продолжительности были связаны с повышенным риском тяжелых осложнений у матери (OR 2,56; 95% ДИ 1,92–3,40) и неонатальных осложнений (OR 4,97; 95% ДИ 2,11–11,69). Бессимптомные женщины с диагнозом COVID-19 оставались в группе повышенного риска только материнской заболеваемости (OR 1,24; 95% ДИ 1,00–1,54) и преэклампсии (OR 1,63; 95% ДИ 1,01–2,63). Среди женщин с положительным результатом (98,1% с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени) положительный результат был у 54 (13%) их новорожденных. Кесарево сечение (OR 2,15; 95% ДИ 1,18–3,91), но без грудного вскармливания (OR 1,10; 95% ДИ 0,66–1,85) ассоциировалось с повышенным риском положитель-

ного результата теста у новорожденных. Полученные данные насторожили беременных и клиницистов о строгом соблюдении всех рекомендуемых мер профилактики COVID-19[17].

Со временем, учитывая многие научные исследования в сфере родовспоможения в условиях пандемии писались, утверждались экспертной комиссией и публиковались клинические протоколы и методические рекомендации как Всемирной организацией Здравоохранения, так и Министерством здравоохранений различных стран. Стоит заметить что метод рекомендации для беременных иногда публиковались отдельно или входили в общий подраздел методических рекомендаций по организации оказания медицинской помощи больным и беременным с коронавирусной инфекцией.

В начале пандемии, а точнее в начале 2020года были временные методические рекомендации по ведению пациентов с коронавирусной инфекцией в том числе и беременных. С каждым разом учитывая новые научные данные с доказательной базой рекомендации обновлялись и считались новой версией метод рекомендаций. Дополнительно еще это связано с быстрой мутацией вируса, параллельно менялись клинические проявления и тяжести течения инфекции. К примеру в Минздраве Российской Федерации опубликовал несколько версий, временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

В Республике Узбекистан также было уделено большое внимание на разработку отечественных протоколов на основании данных мирового опыта, всего разрабо-



тано и опубликовано 10 версий протокола. Документ разрабатывала рабочая группа, включающая ведущих узбекских экспертов в области инфекционных заболеваний, лабораторной диагностики, пульмонологии, медицинской реабилитации и призван обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 по единым протоколам на всей территории Республики Узбекистан. С каждой новой версией методических рекомендаций входил ряд дополнений [1]. К примеру в последней версии, в разделе «Этиология, патогенез и патоморфология» включена информация о новом варианте коронавируса – «омикрон», а также актуализирована информация в разделах «Эпидемиологическая характеристика» и «Клинические особенности». В раздел «Этиотропное лечение», в котором рассматривается вопрос противовирусного лечения COVID-19, добавлена информация о новых препаратах, таких как молнупиравир, синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) [двухпочечная] (торговое название – «Мир-19») и нирматрелвир+ритонавир. Актуализированы сведения об использовании препарата фавипиравир, который теперь может применяться и в виде внутривенных инфузий. Представлена подробная информация о препаратах противовирусных моноклональных антител для пациентов из групп особого риска тяжелого течения заболевания. С учетом накопленного опыта лечения COVID-19 доработан раздел «Патогенетическое лечение», в частности уточнены особенности назначения антикоагулянтов. В рекомендации по специфической профилактике COVID-19 вошла вакцина для детей старше 12 лет «Гам-КО-

ВИД-Вак-М» [15]. А в опубликованной пятой версии методических рекомендаций «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19», в частности, при тяжелой форме заболевания рекомендована оксигенотерапия, необходимая для поддержания сатурации на уровне 95% или выше во время беременности в целях поддержания адекватной доставки кислорода плоду, а в послеродовом периоде – 90% или выше. Так же, обновлена глава «Патогенетическое лечение беременных, рожениц и родильниц с COVID-19» в части, касающейся использования препаратов – антагонистов рецептора ИЛ-6, а также моноклональных антител. К последним относятся лекарственные препараты Сотровимаб, Бамланивимаб, Казирививимаб и Имдесивимаб. Критериями для применения этих препаратов у беременных, рожениц и родильниц с диагнозом COVID-19 обозначены хроническая болезнь почек, сахарный диабет, иммунодефицитные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания и другие факторы высокого риска прогрессирования инфекции [3, 19].

В новой версии обозначены показания к родоразрешению при тяжелых формах COVID-19 по срокам беременности. Дополнительно отмечено, что при клиническом выздоровлении и соблюдении определенных условий положительный результат ПЦР-теста на наличие возбудителя COVID-19 не является противопоказанием для выписки из стационара беременных и родильниц. Особенно установлены указания о том, что на этапе планирования беременности важно пройти вакцинацию.



Считается, что планирование беременности возможно уже через 28 дней после введения первого компонента вакцины, иначе говоря, в срок, когда формируется защитный иммунитет против коронавирусной инфекции. Подчеркнем, что данных о негативном влиянии вакцин от COVID-19 на репродуктивную функцию мужчин и женщин на сегодняшний день нет. Вакцины безопасны, в то время как сама коронавирусная инфекция может оказать негативное влияние на репродуктивную функцию.

**Заключения.** Министерство в том числе и региональное управлений здравоохранения при организации оказания медицинской помощи должны учитывать все организационные моменты такие как оповещения о первых симптомах инфекции, четкий алгоритм транспортировки и госпитализации беременных и рожениц с коронавирусной инфекцией. Строгое соблюдения последних утверждённых протоколов и методических рекомендаций со стороны медицинского персонала. Поставить вопрос вакцинирования как самым главным профилактических метод решение пандемии.

#### Литература

1. Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Методические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерации Анестезиологов реаниматологов», версия N 5 от 26 февраля 2021 года). – 242 с. 24.
2. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М. Особенности течения COVID-19 у беременных Дальнего Востока и Сибири. Проблемы репродукции. 2020; 26 (3): 85–91.

3. Методические рекомендации по планированию и выбору основного компонента в статистике заболеваемости и первичной причины в статистике смертности связанных с COVID-19. Методические рекомендации. Минздрав России. Версия 2. 02.07.2021. – 24 с. 23.
4. Arch Pathol Lab Med 20. Capobianca G, Saderi L., Aliberti S., Mondoni M., Piattini A, Dessole F., et al. COVID-19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 May 16]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020; 50301- 2115(20)30446-2.
5. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature. J Microbiol Immunol Infect. 2019;52:500-503. - [PMC - PubMed](#)
6. Chen H., Guo J., Wang C., Luo F., Yu J., Zhang W. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3. - [DOI - PMC - PubMed](#)
7. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Version 12: RCOG, 14.10.2020. p. 19. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their 112 Babies and 5 Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes [published online ahead of print, 2020 May 17].
8. Collin J, Bystrom E, Carnahan A, Ahre M. Pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 May 9. doi: 10.1111/aogs.14200



9. Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARSCoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 2020 Sep 4;25(1):39. doi: 10.1186/s40001-020-00439-w. PMID: 32887660; PMCID: PMC7471638.
10. Gungor Baris et al. Elevated D-dimer levels on admission are associated with severity and increased risk of mortality in COVID-19: A systematic review and metaanalysis. *The American journal of emergency medicine.* 2021; 39: 173-179.
11. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. - [DOI](#) - [PMC](#) - [PubMed](#)
12. Huang C, Wang Y, Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. - [DOI](#)
13. Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A., Ghorbani S., Bose D., Alimohammadi S., Basirjafari S., Mohammadi M., Rasmussen-Ivey C., Razizadeh M.H., Nourivaskeh M., Zarei M.. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Rev Med Virol.* 2021 Jan 2:e2208. doi: 10.1002/rmv.2208. Epub ahead of print. PMID: 33387448.
14. Mahase E. China coronavirus: what do we know so far? *BMJ.* 2020;368:m308. - [PubMed](#)
15. Maternal and Fetal Experts Committee, Chinese Physician Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Doctor Association, Obstetric Subgroup, Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association, Society of Perinatal Medicine, Chinese Medical Association, Editorial Board of Chinese Journal of Perinatal Medicine. Proposed management of 2019-novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium. *Chin J Perinat Med* 2020;23:73-9.
16. Vlachou dimitropoulou Koumoutsea, E., Vivanti, A.J., Shehata, N., Benachi, A., Le Gouez, A., Desconclois, C., Whittle, W., Snelgrove, J. and Malinowski, K.A. (2020), COVID-19 and acute coagulopathy in pregnancy. *J Thromb Haemost.* Accepted Author Manuscript.
17. Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020 [Epub ahead of print] DOI: doi: 10.1111/jth.14810.81.
18. Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *J Am Med Assoc.* 2020 - [DOI](#) - [PMC](#) - [PubMed](#)
19. WHO Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation report—14. Feb 3, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/2...>
20. Wong SF, Chow KM, Leung TN. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:292–297. - [PMC](#) - [PubMed](#)



УДК 618.3-06

К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ В МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОМ КРОВОТОКЕ  
НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Сафарова Лола Алиаскаровна, Абдуллаева Лагя Мирзатуллаевна

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Антиретровирусная терапия у ВИЧ-инфицированных беременных женщин проводится во время гестации, родов и в послеродовом периоде. Большой эффект достигается при применении трехкомпонентной химиопрофилактики при комбинировании ее с рациональным выбором метода родоразрешения, а также внедрению искусственного вскармливания.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфицированные беременные, маточно-плацентарный кровоток, антиретровирусная терапия

**Цель исследования.** Изучить влияние антиретровирусной терапии на течение гестации у пациенток, инфицированных ВИЧ.

**Материал и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование 73 историй родов, амбулаторных карт ВИЧ-позитивных женщин, которые были родоразрешены в ГРК№1, 8, 9 г. Ташкент в период с 2018 по 2021 гг. Они составили основную группу. Проведен анализ данных, особенностей течения гестации. Контрольную группу составили 35 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту.

**Результаты исследования.** Средний возраст обследованных женщин составил  $26,1 \pm 2,3$  года с колебаниями от 22 до 36 лет. Верификация диагноза ВИЧ у 9 (18%) женщин была в течение данной беременности, у 41 (72%) - до наступления беременности. Препараты антиретровирусной терапии в качестве химиопрофилактики антенатальной трансмиссии ВИЧ проводили всем беременным женщинам. При сравнительном анализе течения данной беременности выявлено, что в основной

группе в первой половине беременности у 20 (41%) женщин наблюдалась угроза прерывания данной беременности, 14 из них получили стационарное лечение, 6 амбулаторное. У 12 (24%) женщин наблюдалась рвота беременных легкой и средней степени, 3 из них получили стационарное лечение. В контрольной группе угроза прерывания беременности наблюдалась у 7 (20%) больных, рвота беременных - у 15 (42%). У 2(6%) женщин контрольной группы наблюдался также пилоризм. Во второй половине беременности угроза преждевременных родов наблюдалась у 12 (24%) пациенток основной группы, у 7 (14%) пациенток имели место гипертензивные нарушения, ГИБ наблюдались у 3 (8%), преэклампсия легкой степени тяжести была у 2 (6%). Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, имело место у 21 (42%) женщины. В контрольной группе угроза преждевременных родов отмечалась у 5 (14%) пациенток, гипертензивные нарушения - у 6 (17%), в том числе ГИБ у 4 (11%), преэклампсия легкой степени - у 2 (6%). Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, было у 3 (23%) кон-

щин. Анализ данных, касающихся результатов по установлению вирусной нагрузки показал, что высокие значения имели место в 22(44%) случаев, низкие – 43%. В 16% случаев данных по вирусной нагрузке не выявлено. Всем беременным женщинам было проведено УЗИ матки с проведением доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока на 28 неделе беременности. При анализе данных результатов установлено, что у ВИЧ – инфицированных беременных женщин частота таких осложнений, как НМППК 1А степени наблюдалось у 15 пациенток (30%), 1Б степени – у 11 (22%), 2 степени – у 10 (20%). Многоводие отмечалось у 12 (24%), маловодие – у 5 (10%). Синдром отставания развития плода имел место в 9 случаях (18%), пороки развития плода – у 4 (8%). Все ВИЧ-позитивные женщины родо-

разрешены путем операции кесарева сечения. В плановом порядке родоразрешены в 78% случаев, остальные в экстренном порядке (22%).

**Выводы.** Основными осложнениями беременности, характерными для ВИЧ-инфицированных беременных является прерывания беременности, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, синдром задержки роста плода. Показатели преждевременных родов у женщин с ВИЧ выше нежели в популяции. Патологические изменения после родов у ВИЧ-инфицированных женщин являются следствием персистенции вируса в организме. У пациенток, инфицированных вирусом иммунодефицита человека повышен риск развития фетоплацентарной дисфункции, что способствует ухудшению прогноза перинатальных исходов.

#### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна - д.м.н.,  
доцент кафедры акушерства и гинекологии  
№1 Ташкентской медицинской академии  
Ташкентской медицинской академии.  
Тел: +998933475685,  
E-mail: [lolikumida@mail.ru](mailto:lolikumida@mail.ru)

Сафарова Лола Алиаскаровна – докторант PhD-  
1 года обучения кафедры акушерства и  
гинекологии №1 Ташкентской медицинской

#### ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Abdullaeva Lagiya Mirsatullaevna – M.D.,  
associate professor of obstetrics and gynecology  
№ 1 of the Tashkent Medical. Tel:  
+998933475685,

E-mail: [lolikumida@mail.ru](mailto:lolikumida@mail.ru)

Safarova Lola Aliaskarovna - doctoral candidate  
PhD-1 year of study at the Department of  
Obstetrics and Gynecology No. 1 of the Tashkent  
Medical Academy.