

**УДК:616.9**

**Тухманазарова Н.С.**

*ассистент кафедры инфекционных болезней*

*Андижанский государственный медицинский институт*

*Андижан, Узбекистан*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН**

**Резюме.** Поскольку во время беременности у большинства пациенток определяются I-III стадии заболевания, патологические клинические признаки отсутствуют или выглядят неспецифичными. В течение первых трех месяцев после инфицирования у 50-90% зараженных наблюдается ранняя острая иммунная реакция, которая проявляется слабостью, незначительным повышением температуры, уртикарной, петехиальной, папулезной сыпью, воспалением слизистых оболочек носоглотки, влагалища. У некоторых беременных увеличиваются лимфатические узлы, развивается диарея. При значительном снижении иммунитета возможно возникновение кратковременных, слабо выраженных кандидозов, герпетической инфекции, других интеркуррентных заболеваний.

**Ключевые слова:** аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, антиретровирусная терапия, антиретровирусный препарат, Т-лимфоциты, экспрессирующие рецептор CD4, центральная нервная система.

**Tuxtanazarova N.S.**

*Assistant of the Department of Infectious Diseases*

*Andijan State Medical Institute*

*Andijan, Uzbekistan*

## FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY IN HIV-INFECTED WOMEN

**Summary.** Since during pregnancy, most patients are diagnosed with stages I-III of the disease, pathological clinical signs are absent or look nonspecific. During the first three months after infection, 50-90% of those infected have an early acute immune reaction, which is manifested by weakness, slight fever, urticarial, petechial, papular rash, inflammation of the mucous membranes of the nasopharynx, vagina. Some pregnant women have swollen lymph nodes and diarrhea. With a significant decrease in immunity, short-term, mild candidiasis, herpes infection, and other intercurrent diseases may occur.

**Keywords:** alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, antiretroviral therapy, antiretroviral drug, T-lymphocytes expressing CD4 receptor, central nervous system.

**Актуальность.** Статистические данные Всемирной организации здравоохранения показывают, что в мире с момента открытия заболевания ВИЧ поразил 79 млн. людей, по данным на 2018 год количество людей, живущих с ВИЧ, составило 37,9 миллиона человек и зафиксировано 1,7 миллиона новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2018 году от причин, связанных с ВИЧ, умерло 770 тысяч человек. Из 37,9 миллиона человек 62% получили лечение и 53% добились супрессии вируса ВИЧ до уровня, исключающего возможность заражения другого человека. Абсолютное большинство (93,5%) выявленных случаев приходится на взрослое население. Процент женщин составляет примерно половину. А количество умерших по причине ВИЧ, как видно из вышеуказанных данных, за все время исследования инфекции более 35 миллионов человек.

Республика Узбекистан, присоединившись к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах и признавая другие международные принципы и нормы в сфере борьбы с распространением

ВИЧ/СПИД, сформировала собственную правовую базу защиты прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.

Основные принципы недискриминации лиц, живущих с ВИЧ и иных граждан, связанных с данной проблемой, закреплены в Конституции Республики Узбекистан.

**Цель исследования.** изучить особенности течения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и оптимизировать схемы химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводили на базе Андижанского областного центра по борьбе со СПИД.

В ходе проводимого исследования оценивались клинические, вирусологические и иммунологические параметры женщин в течение 2-х лет. В исследование были включены 30 женщин с ВИЧ-инфекцией в возрасте 18-35 лет, из них 7 женщин (23,3%) в возрасте 18-25 лет, 14 (46,7%) - в возрасте 26-30 лет, 9 (30,0%) в возрасте 31-35 лет, находящихся на диспансерном учёте.

**Результаты и обсуждение.** Проведен анализ показателей социального, эпидемиологического и соматического анамнеза исследуемых групп женщин.

Анализ брачно-семейных отношений показал, что все беременные женщины в официальном браке, у 22 -х женщин были дети, остальные 8 забеременили в первый раз.

Беременных женщин распределили по стадиям ВИЧ-инфекции в соответствии с Национальным клиническим протоколом по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией от 2015 года.

У 13 (43,3%) женщин диагноз ВИЧ инфекции был установлен во время беременности, у 17 (56,7%) до ее наступления. Клиническое состояние у 13 (43,3%) женщин соответствовало стадии 1, у 16 (53,3%) женщин стадии 2 и у 1-ой (3,3%) пациентки стадии -3 .

У 27 (90%) беременных женщин выявлена анемия, у 24 беременных выявлена легкой степени, у 3- средней степени.

Соматической патологии у беременных женщин преимущественно отмечались также заболевания эндокринной системы у 24 (80%) женщин, которая во всех случаях сочеталась с анемией, заболевания мочевыделительной системы в виде хронического пиелонефрита установлена у 17 (56,7%) женщин. Заболевания желудочно-кишечного тракта у 8 (26,7), органов дыхания – у 1 (3,3%), опорно-двигательной системы – у 2 (6,7%) и заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 1 (3,3%) беременной женщины.

Среди обследованных 7 женщин (23,3%) были инфицированы хроническим вирусным гепатитом В и 5 женщин (16,7%) были инфицированы хроническим вирусным гепатитом С.

До начала антиретровирусной терапии у беременных женщин диагностировались анемия легкой степени и тромбоцитопения легкой степени.

При оценке показателей клинического анализа крови выявлены достоверные различия между показателями гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов до начала АРВТ и после начала лечения,  $p<0,05$ . В динамике исследования - через 3 и 6 месяцев - не выявлено достоверных различий в исследуемых группах по уровню показателей гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Основные гематологические показатели крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты) как в начале исследования, так и в течение 6 месяцев исследования были в пределах возрастной нормы и не претерпели достоверно значимых изменений.

**Вывод.** В течение первых 14 недель беременности плод наиболее уязвим перед любыми токсичными эффектами антиретровирусных препаратов. Прием антиретровирусной терапии в это время может повысить риск аномалий плода, поэтому рекомендовано начать профилактический курс лечения АРВ препаратами беременным женщинам с ВИЧ инфекцией с 14 й недели гестации.

Беременность - состояние естественной иммуносупрессии за счет высокого уровня прогестрана (гормона, сохраняющего беременность). При отсутствии антиретровирусной терапии ВИЧ во время беременности может прогрессировать, переходить из латентной стадии в стадии с осложнениями, что грозит не только здоровью, но и жизни беременной женщины. Поэтому необходимо своевременно начать АРВ терапию.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Афанасьева Е. С., Полянская Р. Т., Цхай В. Б. Анализ влияния ВИЧ-инфекции на течение и исход беременности //Сибирское медицинское обозрение. – 2002. – Т. 24. – №. 4.
2. Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А., Воронин Е.Е. Антиретровирусная терапия у детей с ВИЧ-инфекцией. Клинические рекомендации // М., 2009.- С.60.
3. Белоконева Т.С., Гогель Л.Ю., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Клинические особенности течения беременности на фоне ВИЧ-инфекции и её исходы. В сборнике: Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и крепкой семье. //Материалы научно-практической конференции, посвященной 30-летию Перинатального центра СОКБ им. В.Д. Середавина. Под ред. Ю.В. Тезикова, И.С. Липатова. – 2015. – С. 34-39
4. Белопольская М. А. Влияние ХВГС и ВИЧ-инфекции на течение беременности и родов / М. А. Белопольская и др. // Актуальные инфекции начала XXI века: Сб. науч. тр. - СПб., 2001. - С. 24-28.
5. Беляков Н.А., Степанова Е.В., Рахманова А.Г. и др. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге / Под общей редакцией Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой, А.А.Яковлева // Инфекционные болезни -2009. Альманах.— СПб.: НИИХ СПбГУ, 2009.— С. 27-33.
6. Беляков Н. А., Рассохин В. В. ВИЧ и психическое здоровье: Медицинский тематический архив / Балтийский медицинский образовательный центр. 2013. С.142

7. Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2011. - Т.3, №4. - С.7-17
8. Беляков Н.А., Рахманина Н.Ю. и Рахманова А.Г. Женщина, ребенок и ВИЧ. - 2012. - С. 600.