

журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 30–37. – doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-4-30-37.

3. Структура и динамика заболеваемости органов пищеварения среди детей и подростков в Астраханской области / Г. Р. Сагитова [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – №4. – С. 81–85. – doi: 10.23670/IRJ.2022.118.4.085.

4. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации / М. Н. Бантьева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2019. – № 5. С. 10. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-zabolevaemosti-i-dinamika-hronizatsii-patologii-u-detey-0-14-let-v-rossiyskoy-federatsii>. Дата доступа: 28.12.2023.

5. Lista de causas de muerte potencialmente evitables en la niñez: una propuesta para Colombia [List of potentially avoidable causes of death in childhood: a proposal for Colombia] / M. L. Rojas-Botero [et al.] // Cad Saude Publica. – 2020. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32901665/> – Date of access: 27.12.2023.

6. Vermeidbare Sterblichkeit – Neufassung eines Indikators für die Präventionsberichterstattung [Avoidable mortality – a new indicator version for prevention reporting] / A. Weber [et al.] // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2022. – № 1. P. – 116–125. – doi: 10.1007/s00103-021-03458-y.

## **ВРОЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ ОТ СРОКА ДИАГНОСТИКИ ВИЧ У МАТЕРЕЙ**

*Кашевник Т.И., Савко Д.Р., Шостак М.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Тенденция роста числа женщин, вовлеченных в эпидемию ВИЧ, приводит к увеличению количества ВИЧ-инфицированных беременных и детей с перинатальным контактом по ВИЧ. Нередко впервые о своем позитивном ВИЧ-статусе женщины узнают во время постановки на учет по беременности [1-3]. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) позволяет большинству из них родить здоровых детей. Основной группой риска по рождению детей с врожденной ВИЧ-инфекцией являются женщины, которые узнают о своем ВИЧ-статусе только при поступлении в роддом, а иногда и через какое-то время после родов [4, 5].

**Цель.** Оценить частоту вертикальной передачи ВИЧ ребенку в зависимости от сроков диагностики ВИЧ у матери.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 158 беременных женщин с ВИЧ, состоявших на учете в Гродненской области с 1996 по 2022 г., и 178 рожденных ими детей. Основным

методом исследования явился ретроспективный сравнительно-статистический анализ, который проведен с использованием стандартного статистического пакета прикладного программного обеспечения Statistica 10.0. Данные представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее значение, а  $m$  – стандартная ошибка среднего.

**Результаты и их обсуждение.** Всего за период с 1996 по 01.01.23 г. в Гродненской области под наблюдением находилось 189 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых зарегистрировано 258 беременностей, из которых было сохранено 199 (77,1%), прервано 59 (22,9%). Всего за период наблюдения у ВИЧ-инфицированных матерей (с учетом повторных беременностей и родов) родилось 203 ребенка, из них 25 детей на момент проведения исследования состоят на диспансерном учете как ВИЧ-экспонированные, они не были включены в исследование. Из 178 детей, включенных в исследование, 161 (90,5%) ребенок не инфицирован, 13 (7,3%) детям выставлен диагноз врожденной ВИЧ-инфекции, 4 (2,2%) – умерли вскоре после рождения до установления ВИЧ-статуса.

В зависимости от сроков постановки диагноза ВИЧ-инфекции женщины были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 84 (53,2%) женщины, у которых впервые ВИЧ-инфекция была диагностирована во время постановки на учет по беременности. Средний возраст их составил  $25,9 \pm 4,7$  лет. Все они инфицировались половым путем; среди них 51 (60,7%) работали; были замужем – 58 (69%), у 39 (67%) из них мужья ВИЧ-инфицированы. Среди пациенток первой группы доля женщин, находившихся в местах лишения свободы, была достоверно меньше по сравнению с двумя другими группами: 1 (1,2%) против 4 (6,5%) и 1 (8,3%) соответственно,  $p < 0,05$  (тест  $\chi^2$ ). У 79 (94%) женщин из этой группы была 1 клиническая стадия ВИЧ-инфекции (классификация ВОЗ), у 1 (1,2%) – вторая, а у 4 (4,8%) пациенток, впервые аттестованных во время беременности, сразу была выставлена третья стадия, которая характеризуется достаточно выраженным иммунодефицитом и имеет клинические проявления. Коинфекция вирусом гепатита С (ВГС) наблюдалась у 11 (13,1%) человек. С учетом повторных беременностей общее число детей, рожденных женщинами 1 группы, – 97. Полный комплекс мероприятий по ППМР в соответствии с действующими клиническими протоколами МЗ РБ проведен в 92 (94,8%) парах мать - дитя, в 2 (2,1%) случаях АРТ-профилактика не проводилась из-за категорического отказа женщины, в 2 (2,1%) – была неполной в связи с поздней постановкой на учет, у 1 (1%) женщины ВИЧ выявлен при поступлении в роддом, поэтому проведена экстренная профилактика в родах. Среди детей, рожденных женщинами первой группы, 92 (94,8%) – здоровы, ВИЧ-инфекция зарегистрирована в трех случаях (3,1%), при этом проводилась ППМР, 2 (2,1%) ребенка умерли после рождения до установления ВИЧ-статуса.

Во вторую группу были включены 62 (39,2%) женщины с известным до беременности ВИЧ-положительным статусом, установленным в среднем за  $4,1 \pm 2,3$  года до наступления беременности; средний возраст их –  $28,05 \pm 4,7$  лет.

В этой группе 35 (56,5%) женщин работали; были замужем 38 (62%), из них у 29 (76,4) были инфицированы мужья. Половой путь инфицирования установлен у 46 (74%) из них, парентеральный – у 16 (26%). Парентеральный путь инфицирования ВИЧ среди женщин, аттестованных до беременности, встречался достоверно чаще, чем в первой и второй группе ( $p < 0,05$ ). Закономерно, что у женщин второй группы, чаще по сравнению с двумя другими отмечена коинфекция ВГС – 19 (30,6%) случаев ( $p < 0,05$ ). По клиническим стадиям ВИЧ-инфекции пациентки распределились: 1 стадия – 46 (74,2%), 2 стадия – 4 (6,4%), 3 стадия – 12 (19,4%). При анализе клинических данных пациенток установлено, что у большинства женщин из первых двух групп на момент наступления беременности наблюдалась 1 стадия заболевания. В то же время 3 стадия ВИЧ-инфекции у женщин, аттестованных на ВИЧ до беременности, отмечена достоверно чаще, чем в первой группе ( $p < 0,05$ ). Общее число родов с учетом повторных у женщин 2 группы – 67. ППМР проводилась в 62 (92, 5%) парах мать-дитя, не проводилась – в 5 (7, 5%), при этом во 2 группе женщин отсутствие профилактики установлено достоверно чаще по сравнению с 1 группой ( $p < 0,05$ ). Отсутствие ППМР было связано с категорическим отказом женщины от приема АРП, низким комплаенсом или отсутствием диспансерного наблюдения по беременности. 64 (95,5%) ребенка, рожденных женщинами 2 группы, здоровы; 2 (3%) – умерли после рождения; перинатальная ВИЧ-инфекция зарегистрирована у 1 (1,5%) ребенка, при этом мать не принимала АРТ, родоразрешение было через естественные родовые пути и в период новорожденности ребенок не получал антиретровирусные препараты по причине отказа матери.

В третью группу вошли 12 (7,6%) женщин, которые узнали о своем ВИЧ-статусе в среднем через  $1,0 \pm 0,5$  лет после родов, причем одна из них – после вторых родов. Средний возраст женщин был  $24,6 \pm 6,2$  лет. В этой группе 5 (42,9%) женщин работали; в официальном браке состояло 2 (16,7%) из них, что статистически достоверно реже, чем в первой и второй группе ( $p < 0,05$ ). Так как ВИЧ-инфекция была выявлена после родов, стадия на момент беременности не установлена. У трех женщин из этой группы диагноз был выставлен при обследовании по клиническим показаниям незадолго до смерти. Одна из женщин третьей группы после установления ей диагноза имела в последующем беременность, к наступлению которой у нее была установлена 3 стадия ВИЧ-инфекции. Общее число родов с учетом повторных – 14; ППМР проводилась только в одной паре мать-дитя при повторной беременности, в 13 парах – не проводилась. Врожденная ВИЧ-инфекция установлена у 9 (64,3%) детей, матерям которых диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен после родов, что достоверно чаще при сравнении с 1-й и 2-й группами,  $p < 0,001$  (тест  $\chi^2$ ) и обусловлено отсутствием профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Заключение: Большинство ВИЧ-инфицированных беременных – это молодые женщины в возрасте от 20 до 34 лет (89,8%), которые чаще всего инфицировались ВИЧ половым путем (89,2%). Менее половины из них (39,2%) знали о своем ВИЧ-положительном статусе до беременности, в 7,6% случаев

отмечена поздняя диагностика ВИЧ – после рождения ребенка. В большинстве случаев дети, рожденные женщинами с ВИЧ, сняты с диспансерного учета, как неинфицированные. Среди детей, матери которых в период беременности и родов не были аттестованы на ВИЧ, частота врожденной ВИЧ-инфекции достигает 64,3%, в то время как при проведении комплекса профилактических мероприятий вертикальная передача ВИЧ реализовалась в 2,4% случаев. Это подчеркивает важность ранней диагностики ВИЧ у женщин, осознанного подхода к планированию беременности на фоне ВИЧ и высокой приверженности к мерам ППМР.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Женщины и ВИЧ-инфекция, современное состояние проблемы / А. С. Мельников [и др.] // Педиатр. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 5–10.
2. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bel aids.net/>. – Дата доступа: 22.10.2023.
3. Солодовникова, В. Н. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей / В. Н. Солодовникова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 8–13.
4. Беременность у ВИЧ-инфицированных и антиретровирусная терапия – перспективы рождения здоровых детей / А. С. Мельников [и др.] // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 22–25.
5. Бондарь, С. Н. Состояние здоровья детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей / С. Н. Бондарь, А. А. Ключарева // Вестник Национальной Академии Наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2013. – № 2. – С. 70–74.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

*Квятковская О.А.<sup>1</sup>, Носович М.А.<sup>2</sup>, Парфенчик Е.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

**Актуальность.** Врожденная мышечная кривошея – это патология грудино-ключично-сосцевидной мышцы (m.sterno-cleido-mastoideus), которая приводит к ее фиброзной трансформации и укорочению, что влечёт за собой неправильное положение головы ребёнка, а также сопутствующим проблемам, таким как сколиоз и задержка развития. Заболевание является одним из часто встречающихся. Данная патология имеет влияние не только на физическое здоровье, но и на психологическое и социальное благополучие пациентов. Изучение врожденной мышечной кривошеи позволяет лучше понять эти