

ЗБІРНИК
наукових праць

*Асоціації
акушерів-гінекологів
України*

Київ
“Інтермед”
2010

мають місце компенсаторні процеси в матково-плацентарно-плодовому комплексі, які забезпечують життєдіяльність плода.

Висновки.

При аналізі доплерограм, підвищення судинного опору в артеріях матки, плаценти, пуповини свідчить про патологічний сповільнений кровотік, про погіршення материнсько-плацентарно-плодової гемодинаміки з поглиблення тяжкості ПЕ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данков О. В. Прогнозування та профілактика гіпотрофії плода у вагітних з хронічним пієлонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / ПДАГ. – К., 2004. – 21 с.
2. Іщенко Г. І. Профілактика преєклампсія у вагітних з хронічними запальними захворюваннями нирок: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / ПДАГ. – К., 2008. – 21 с.
3. Мерцалова О. В. Перинатальні гіпоксичні ураження центральної нервової системи плода у вагітних високого ризику (діагностика, прогноз наслідків, оптимізація ведення вагітності та пологів) // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 2. – С. 88–91.
4. Bukowski T. P., Betrus G. G., Aguilina J. W., Perlmutter A. D. Urinary tract infections and pregnancy // J. Urol. – 2008. – Vol. 159, N. 4. – P. 1286–1289.
5. Lou H. Perinatal hypoxic-ischaemic brain damage and intraventricular haemorrhage // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. – 2005. – Vol. 2, N. 1. – P. 213–220.
6. Salafia C. M., Pezzullo J. C., Lopez-Zeno J. A. et al. Placental pathologic features of preterm preeclampsia // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 173, N. 4. – P. 1097–2005.
7. Van Bogaert L. J. Feto-maternal outcome in preeclampsia/eclampsia with and without multisystem organ failure managed by strict input/output fluid regimen // East. Afr. Med. J. – 2006. – Vol. 73, N. 4. – P. 720–723.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Павловська О. М., Павловська К. М.

м. Одеса

За оцінками ВОЗ генітальний герпес займає третє місце по розповсюдженості серед інфекцій, що передаються статевим шляхом. Важливість проблеми обумовлена також рецидивуючим та прогресивним характером захворювання, ускладненнями [1, 2].

Так, за даними клініко-експериментальних досліджень, первинна вірусемія під час вагітності може призводити до мимовільного переривання вагітності, тератогенних й деструктивних ефектів у плоду (глухота, сліпота, катаракта, мікрогідроцефалія, епілепсія, дитячий церебральний параліч, гепатоспленомегалія, вад розвитку серця, шлунково-кишкового, сечостатевого тракту, скелету та інш.) [3].

Активізація латентної генітальної герпетичної інфекції сприяє ініціації антифосфоліпідного синдрому з тромбофілічними проявами, затримці внутрішньоутробного розвитку, підвищує ризик трансцервікальної, трансплацентарної або трансваріальної передачі вірусу плоду. Його інфікування при проходженні через пологові шляхи, порушенню первинного імунологічного статусу новонародженого з формуванням різних форм імунопатології у подальшому, виникненню синдрому дихальних розладів, неонатальній летальності тощо [3, 4].

Лікування генітального герпесу на сьогодні залишається невирішеною проблемою в зв'язку з пожиттєвою персистенцією вірусу в паравертебральних сенсорних гангліях лумбо-сакрального відділу хребта завдяки його здатності до імунної мімікрії, тому на сучасному етапі розвитку фармакології полягає лише у послабленні клінічних проявів захворювання, зменшенні тривалості й частоти рецидивів інфекції шляхом призначення курсу протівірусної хіміотерапії (ацикловір, валацикловір, фамцикловір, пенцикловір), індукторів інтерферону, імуномодуляторів, адаптогенів [5]. Проте ці препарати не використовуються в акушерській практиці, що спонукає науковців й клініцистів активно шукати нові та удосконалювати існуючі схеми лікування.

Мета дослідження. Визначити ефективність комплексного медикаментозного лікування загострень генітального герпесу у вагітних жінок.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 30 вагітних в віці 18–37 років із загостренням генітального герпесу при різних термінах гестації.

Діагноз загострення генітального герпесу встановлювали на підставі анамнестичних даних, наявності загальних продромальних й місцевих проявів захворювання (симптоми інтоксикації, тазового гангліоневриту, вульводинії (свербіж, печіння, болісність у ділянках ураження), поява пухирчастих згрупованих

висипань на гіперемованих, набряклих ділянках шкіри й слизовій геніталії, регіонарний лімфаденіт), культуральних ознак реактивації інфекції.

До складу комплексної медикаментозної терапії рецидивуючого генітального герпесу включали протезфлазид перорально на протязі 4 тижнів за схемою (1 тиждень – по 5 крапель тричі на день на шматочку цукру або хліба, 2–3 тиждів – по 10 крапель тричі на день, 4 тиждень – по 8 крапель тричі на день), місцево у виді вагінальних тампонів просочених препаратом (3 мл протезфлазиду розчинити 20 мл фізіологічного розчину) двічі на день на протязі 2 тижнів та мільгаму по 1 драже тричі на день на протязі 4 тижнів.

Патогенетичним обґрунтуванням вибору протезфлазиду, стала доведена здатність його компонентів, а саме флавоноїдних глікозидів пригнічувати вірусспецифічні ферменти в інфікованих вірусом клітинах з блокуванням процесів реплікації вірусів, та посилювати продукцію ендogenous інтерферону з підвищенням імунного статусу організму [6].

Складові мільгами (бенфотіамін – жиророзчинний дериват тіаміну, піридоксина гідрохлорид), що відносяться до нейротропних вітамінів групи В, активізуючи ферментні системи провідних реакцій вуглеводного й білкового метаболізму, стабілізують обмін речовин в уражених нервових волокнах, обумовлюючи зменшення місцевого больового синдрому та проявів тазового гангліоневриту [6].

Слід зазначити, що герпетична невралгія симулює переривання вагітності, тому нерідко стає чинником не тільки гіпердіагностики з необґрунтованою госпіталізацією пацієнтки до стаціонару, призначенням спазмо-токолітиків, препаратів прогестеронового ряду, але й посилює психоастенізацію вагітної з відповідними можливими ускладненнями в пологах та післяпологовому періоді.

Запропоновані для лікування рецидивуючого генітального герпесу препарати не мають ембріотоксичного й тератогенного впливу на плід, можуть застосовуватися протягом всього періоду вагітності та лактації.

Результати дослідження та їх обговорення.

Основними клінічними критеріями оцінки ефективності терапії стали тривалість та важкість суб'єктивних ознак захворювання, частота виникнення рецидивів після проведеного курсу лікування.

Так, при опитуванні пацієнток 25 (83,3%) з них відмітили поліпшення стану (зменшення загальної слабкості, нездужання, відчуття свербіжів, печіння, болісності у ділянках ураження слизової геніталії) на 2–3 день від початку лікування. На 5 добу у всіх вагітних припинилась поява нових висипань, відбулась повна реепітелізація ерозій, значно зменшился набряк уражених ділянок, припинилися болі в попереку, низу живота з іррадіацією промежину, тобто спостерігався стійкий регрес симптоматики захворювання.

Переважає більшість жінок зауважили також скороминучість больових відчуттів при проведенні курсу лікування, що сприяло підвищенню їх настрою, впевненості у швидкому видужанню, зменшення тривалості загострення

захворювання майже одвічі, прискорення реепітелізації в порівнянні с попередніми рецидивами.

Рецидив генітального герпесу під час вагітності після 4 тижневого курсу лікування відбувся у 2 (6,7%) вагітних, проте його перебіг мав легкий, «абортивний» характер.

Загалом аналіз клінічних спостережень та результатів лабораторних досліджень в процесі медикаментозного лікування дозволив констатувати задовільну переносимість препаратів, відсутність токсико-алергічних реакцій, побічних ефектів.

Висновки.

1. Значну частину суб'єктивних проявів рецидивуючого генітального герпесу складає місцевий больовий синдром внаслідок ураження шкіри й слизової геніталії та тазовий гангліоневрит, який обумовлений вірусною дегенерацією аксонів тазового нервового сплетіння. Застосування в комплексній терапії поряд з сучасними противірусними та імуномодулюючими/стимулюючими засобами унікального за своїм складом нейротропного вітамінного препарату «Мільгама», обумовлює додатковий знеболювальний ефект, що стає вагомим фактором більш швидкого «суб'єктивного» одужання пацієнтки.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Адашкевич В. П.* Інфекция, передаваемая половым путем. – Н. Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медицинская книга, 2002. – С. 202–219.
2. Заболевания, передаваемые половым путем / *Гл. ред. Борисенко К. К.* – М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. – С. 15–23.
3. *Запорожан В. М., Аряев М. Л.* Перинатология: Підручник / За ред. В. М. Запорожана. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2000. – С. 99–107.
4. *Сидельникова В. М.* Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 49–70.
5. Рекомендации по лечению заболеваний, передающихся половым путем. – К.: Фармацевт-Практик, 2004. – С. 32–41.
6. *Компендиум 2007 – лекарственные средства / Под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова.* – К.: МОРИОН, 2007. – 2270 с.