**Шемякіна Наталя Миколаївна. Сучасні методи лікування вагітних з рецидивуючим генітальним герпесом : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Донецький держ. медичний ун- т ім. М.Горького; НДІ медичних проблем сім'ї. - Донецьк, 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Шемякіна Н.М. Сучасні методи лікування вагітних з рецидивуючим генітальним герпесом.** — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 — акушерство та гінекологія. — Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, Донецьк, 2006.Дисертація присвячена рішенню однієї з актуальних задач акушерства — зниженню частоти ускладнень вагітності та пологів у жінок з рецидивуючим генітальним герпесом (РГГ) шляхом удосконалення методичного підходу до вибору методу лікування. Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у 103 жінок з РГГ у співставленні з показниками імунологічних, гемостазіологічних і функціональних методів дослідження. Визначено чотири найбільш інформативних імунологічних показника, які склали формулу розладу імунної системи, типову для вагітних з РГГ. Доповнені дані про гемостазіологічні порушення у таких пацієнток. Розроблені та впроваджені практичні рекомендації для лікування вагітних з РГГ із застосуванням плазмаферезу, імуноглобуліну нормального людини для внутрішньовенного введення, інтерферону (віферону) у вигляді свічок, антиагрегантів або антикоагулянтів, місцевої антивірусної терапії при наявності локальних вражень, що дозволило покращити імунний стан та систему гемостазу, забезпечити ефективну профілактику тяжких ускладнень гестаційного процесу, знизити частоту репродуктивних втрат. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено нове рішення однієї з наукових задач сучасного акушерства — удосконалення діагностики та підвищення ефективності лікування вагітних з РГГ. На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, визначення ступеня імунного розладу та гемостазіологічних зсувів розроблено діагностичні критерії для використання запропонованого комплексного методу лікування вагітних з РГГ, що сприяло зниженню гестаційних ускладнень і репродуктивних втрат.1. Виявлено, що у вагітних з генітальним герпесом найчастішою формою є рецидивуюча, яка складає 91,3 %. Перебіг вагітності в жінок з РГГ характеризується високою частотою загрози переривання вагітності (57,3 %), загостренням процесу (герпетичні висипання) (28,2 %), гестаційною анемією (20,4 %), гострою респіраторною вірусною інфекцією (8,7 %).
2. Доведено, що імунний стан у вагітних з РГГ характеризується найбільшим дефіцитом Т-клітинної ланки за CD4 — у 80,6 % вагітних, В-лімфоцитів (CD20) — у 74,8 %, активності фагоцитозу — у 61,2 % і збільшенням концентрації ЦІК у сироватці крові — у 93,2 %, на підставі чого виведена формула розладу імунної системи, типова для вагітних з РГГ: Тх(-)В(-)ЦІКсироватки крові(+)Ф%(-).
3. Встановлено сильний прямий кореляційний зв’язок між ступенем тяжкості РГГ і ступенем імунних розладів за CD4 (r=0,66, p<0,05), за CD20 (r=0,59, p<0,05), за фагоцитарною активністю (r=0,73, p<0,05), за ЦІК (r=0,64, p<0,05).
4. Підтверджена наявність гемостазіологічних зрушень у вагітних з РГГ як ознак хронічного ДВЗ-синдрому: I стадії (гіперкоагуляція) — у 35,9 % (збільшення ПІ в 1,3 рази, фібриногену — в 1,6 рази, зниження кількості тромбоцитів в 1,4 рази, скорочення часу згортання крові в 2,2 рази) та переходу в II стадію (гіпокоагуляція) — у 17,5 % жінок (зниження ПІ в 1,2 рази, фібриногену — в 1,6 рази, підвищення АТ III — в 1,4 рази, РФМК — в 2,5 рази).
5. Встановлено, що розроблений комплексний метод лікування вагітних з РГГ, який включає плазмаферез, імуноглобулін нормальний людини для внутрішньовенного введення, інтерферон (віферон) у вигляді свічок, антиагреганти або антикоагулянти, антивірусні засоби для місцевого призначення при наявності локальних вражень, в порівнянні з традиційною терапією сприяв зменшенню кількості показників з високим ступенем імунних розладів (CD4 — в 1,5 рази, CD20 — в 1,7 рази, ЦІК — в 2,1 рази, фагоцитарної активності — в 1,8 рази) та нормалізації гемостазіограми (в 1,4 рази).
6. Доведено, що запропонований комплексний метод терапії знижує частоту загрози переривання вагітності в 2,3 рази, хронічної фетоплацентарної недостатності — в 2,5 рази, передчасних пологів — в 4,7 рази, синдрому затримки розвитку плода — в 3,5 рази, асфіксії новонароджених — в 4,7 рази, синдрому дихальних розладів — в 2,7 рази та загальних репродуктивних втрат — на 12,1 %, а також попереджає випадки інфікування плода.

**Практичні рекомендації**1. На етапі планування вагітності жінкам з обтяженим акушерським анамнезом, а також з наявністю запальних захворювань геніталій, особливо у випадках їх стійкого перебігу та неефективного лікування, показано обстеження на ВПГ-інфекцію.
2. У вагітних з РГГ необхідно досліджувати: абсолютні значення Т-хелперів (CD4) і В-лімфоцитів (CD20), ЦІК у сироватці крові та Ф%, які складають формулу розладу імунної системи, типову для вагітних з такою патологією: Тх(-)В(-)ЦІКсироватки крові(+)Ф%(-).

СІР за цими показникам слід розраховувати за формулою:Коли розрахована величина дорівнює від 34 до 66 % — це II СІР, понад 66 % — III СІР.1. Якщо хоча б один показник із 4-х відповідає II або III СІР, вагітна потребує проведення імунокоригуючої терапії: плазмаферез 2–3 курси по 3 сеанси із наступним внутрішньовенним введенням імуноглобуліну нормального людини (25 мл на 150 мл фізіологічного розчину), імуномодулюючу терапію у вигляді ректальних свічок, що містять інтерферон (віферон) на протязі 10 днів (після 16 тижнів вагітності) та при наявності локальних вражень місцеву противірусну — з використанням аплікацій 5 % крему віролекс 5 разів на добу.
2. З метою ранньої діагностики ДВЗ-синдрому необхідний контроль гемостазіограми не рідше 1-го разу на місяць. В разі патологічного зрушення гемостазіологічних показників в бік гіперкоагуляції до схеми лікування слід додавати антиагреганти (трентал, аспірин чи інші), а при більш значних тромбофілічних станах — антикоагулянти (фраксипарин — 0,3 мг підшкірно в припупкову ділянку 1 раз на добу).
 |

 |