

Рис. 1. Зміна співвідношення LF/HF у невагітних жінок.

При гестозі середнього ступеня відбувається аномальна реакція ВНС, що проявляється різкою брадикардією, нудотою, в одному випадку блюванням. В силу таких небажаних реакцій ортостатичну пробу було проведено лише у 5 вагітних. Отримані дані не підлягають статистичній обробці, але дозволяють зробити висновок, що при гестозі середнього ступеня відбувається зрив адаптаційних можливостей організму (рис. 3).

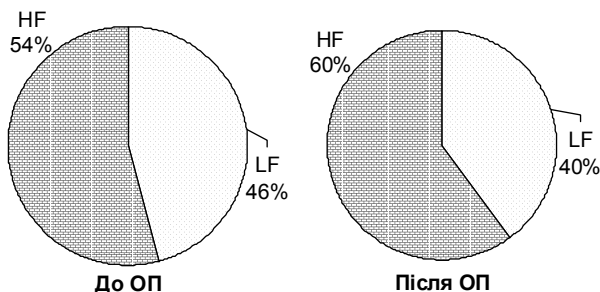


Рис. 3. Динаміка співвідношення LF/HF при гестозі середнього ступеня.

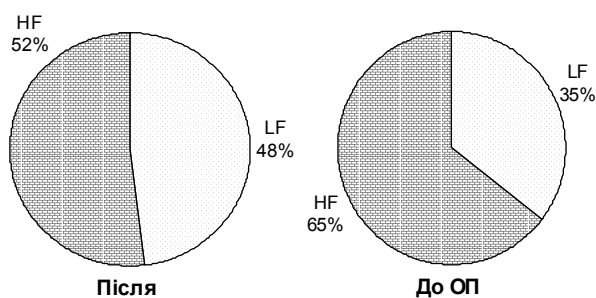


Рис. 2. Зміна співвідношення LF/HF при гестозі легкого ступеня.

**ВИСНОВКИ** Проведене дослідження показало, що у патогенетичному механізмі ранніх гестозів провідну роль відіграють порушення вегетативної регуляції та вегетативного балансу, що знаходить своє відображення в клінічних проявах – нудоті, блюванні, слинотечі.

Порушення вегетативної регуляції носить характер ваготонії з вираженим стресорним напруженням регуляторних механізмів. При гестозі середнього ступеня відмічається порушення адаптивних механізмів вегетативної регуляції.

Метод варіабельності ритму серця є доступним, простим та інформативним методом оцінки стану вагітних жінок.

1. Кустаров В.Н., Линде В.А. Гестоз. Патогенез, симптоматика, лечение. С.Пб, Гиппократ, 2000. – 158 с.
2. Коломийцева А.Г. Профилактика и терапия ранних гестозов беременных // Журнал практического врача. 2000. – №1. – С.34-35.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М. Медицинское агентство, 1998 – 567 с.
4. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода // Иваново. – 2000. – 225с.

Грінкевич Т.М.

## ДИНАМІКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРОТЕФЛАЗИДОМ Сумський державний університет

**ДИНАМІКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРОТЕФЛАЗИДОМ** – У статті наведена клінічна характеристика перебігу генітального герпесу у жінок, що лікувались препаратом "Протефлазид". Встановлено тривалий терапевтичний ефект при лікуванні типової, атипичної форм генітального герпесу та вірусно-бактеріальної інфекції. Наводиться нова схема лікування генітального герпесу протефлазидом.

**ДИНАМІКА КЛІНІЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПРОТЕФЛАЗИДОМ** – В статье приведена клиническая характеристика течения генитального герпеса у женщин, которые проходили лечение препаратом "Протефлазид". Установлен длительный терапевтический эффект при лечении типичной, атипичной форм генитального герпеса и вирусно-бактериальной инфекции. Приводится новая схема лечения генитального герпеса протефлазидом.

**DYNAMICS OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF GENITAL HERPES AT TREATMENT OF PATIENTS BY PROTEFLAZIDUM** – In clause it is given the clinical characteristic of genital herpes current at the women to be treated by preparation proteflazidum. It is established the long therapeutic effect at treatment of typical, atypical forms of genital herpes and virus-bacterial infection. The new circuit of genital herpes treatment by proteflazidum is presented.

**Ключові слова:** Протефлазид, генітальний герпес, HSV -1,2.

**Ключевые слова:** Протефлазид, генитальный герпес, HSV -1,2.

**Key words:** Proteflazidum, herpes genitales, HSV – 1,2.

**ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ** Актуальною проблемою сьогодення є зростання ролі вірусу простого герпесу (ВПГ), як етіологічного чинника запальних захворювань статевих органів, уражень уретри та анальної зони. У зв'язку з цим виріс інтерес вчених до дослідження генітального герпесу.

Відповідно до існуючої міжнародної класифікації розрізняють первинний та рецидивуючий генітальний герпес. Останній, в свою чергу, проявляється різними формами: типова, атипична та форма безсимптомного перебігу (1,2).

Типова форма характеризується наявністю на слизових оболонках зовнішніх статевих органів, піхви та шийки матки везикульозно-ерозивних уражень.

Атипична форма генітального герпесу має перебіг хронічного запального процесу внутрішніх статевих органів за типом кольпіту, вульвовагініту, ендocerвіциту без висипань при наявності герпесвірусної природи захворювання, яку підтверджено лабораторно (4,6,8).

Безсимптомний перебіг захворювання виявляється лише при вірусологічному обстеженні статевих партнерів з приводу захворювань, що передаються статевим шляхом або подружніх пар з порушенням фертильності. Ця форма характеризується відсутністю у хворих скарг на статеву сферу, об'єктивних клінічних проявів, які б свідчили про запалення. Діагностика можлива тільки при лабораторному виявленні ВПГ в крові (7,8,9,10).

На сьогодні існує багато противірусних препаратів, розроблено численні схеми їх застосування. Однак, жоден з них не запобігає ні переходу вірусу в латентний стан, ні зникненню рецидивів після припинення лікування та передачі інфекції. З другого боку, жоден з них не забезпечує повного вилікування (2,4,5,11). У зв'язку з цим, протягом останніх років вчені шукають методи впливу на імунну систему хворих з метою стимуляції специфічної та неспецифічної ланок імунітету, щоб блокувати реплікацію вірусу (3,4). Тому ми застосовували для лікування генітального герпесу новий вітчизняний препарат "Протефлазид", що одночасно має як противірусну, так і імунomodulatory дію (3).

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ** – обґрунтувати позитивний ефект нового методу лікування генітального герпесу препаратом "Протефлазид".

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Під нашим наглядом перебувало 40 жінок з рецидивуючим генітальним герпесом: 25 (62%) з них не лікувалися, 7 (18%) жінок, у яких попереднє лікування не дало позитивних результатів, а також 8 жінок (20%), які мали в анамнезі кольпіти, вульвовагініти та ендocerвіцити, що не піддавались загальноприйнятним методам лікування, але у яких лабораторними методами встановлено герпетичну інфекцію. Для цього використовувались такі лабораторні дослідження: визначення IgM, IgG до ВПГ, уреоплазми та мікоплазми у сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА); уреоплазми та мікоплазми методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у сироватці крові і ВПГ у сироватці крові та слизу цервікального каналу, поряд з бактеріологічним та бактеріоскопічним дослідженням біоценозу піхви.

В основу клінічних спостережень лягли особливості даних анамнезу, динаміка клінічного перебігу захворювання та результати лабораторних досліджень.

За клінічним перебігом генітального герпесу досліджувані жінки були розподілені на дві групи. В першу групу входили жінки з типовою формою захворювання, в другу – жінки з атиповою формою.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При обстеженні жінок ми звертали увагу на особливості анамнезу. Було виявлено: у 16 жінок (40%) викидні в малому терміні вагітності, у 4 жінок (9%) в великому терміні вагітності; у 7 жінок (17,5%) порушення менструального циклу, у 6 жінок (14,5%) – непліддя, у 3 жінок (6%) – завмерла вагітність, у 1 жінки (4%) переривання вагітності у великому терміні з ВПР плода (внутрішньоутробними вадами розвитку), у 4 жінок (9%) анамнез був без особливостей.

Провокуючими чинниками виникнення рецидиву були: у 12 жінок (30%) – осінньо-весняний період, у 10 жінок (25%) – стресові ситуації, у 8 жінок (20%) – критичні дні менструального циклу, у 4 жінок (10%) – активне статеве життя з різними партнерами та у 6 жінок (15%) – декілька чинників.

За формою клінічного перебігу захворювання ми розподілили хворих на дві групи. В першу групу входило 32 жінки віком 20-26 років з типовою формою перебігу генітального герпесу. Висипання у них мали везикулярно-ерозивний характер з ураженням слизової оболонки піхви, задньої спайки та соромітних губ. За ступенем тяжкості перебігу захворювання розподілили хворих таким чином: легкий ступінь – рецидування 1-2 рази на рік – 21 жінка (66%); середній ступінь – 1 раз у 3-4 місяці – 7 жінок (21%); тяжкий ступінь – щомісячно – 4 жінки (13%). За 1-2 доби до висипання спостерігались продромальні явища у вигляді печії, поколювання, свербіння в зоні ураження, у 6 жінок (18%) були дизуричні прояви: біль та часте сечовиділення (у 3 жінок з легким перебігом та у 3 – з тяжким). Герпетичні висипання супроводжувались набряком слизової оболонки, еритемою, болючістю, свербінням. Через 3-5 днів пухирці розривались з утворенням ерозій, інфільтрат по їх периферії поступово зникав. Висипання супроводжувались рясними виділеннями. Ерозії повільно епітелізувались, повне їх зникнення

відбувалось на 7-10 добу, не залишаючи після себе рубців. У 2 жінок (6%) зустрічались повторні висипання, але в тих зонах, де їх раніше не було. У 16 жінок (50%) мало місце поєднання генітального герпесу з іншою інфекцією: мікоплазма – у 8 жінок (25%), уреоплазма – у 8 жінок (25%), що підтверджено ІФА та ПЛР сироватки крові.

В результаті бактеріологічних та бактеріоскопічних досліджень встановлено порушення мікробіоценозу піхви: у 13 жінок (40%) знайдено дріжджоподібні грибки, у 9 жінок (28%) – гарднерели, у 10 жінок (32%) – неспецифічну мікрофлору.

Другу групу склали 8 жінок віком 20-24 роки з атиповою формою перебігу захворювання. Хворі скаржились на зниження працездатності, загальну слабкість, періодичний біль внизу живота, рясні піхвові виділення, які не піддавались загальноприйнятним методам лікування. Діагноз генітального герпесу встановлювався тільки при підтвердженні присутності ВПГ методом ІФА сироватки крові і ПЛР сироватки крові та цервікального слизу, а також на підставі характерної зміни імунологічного статусу цих жінок – зниження клітинного імунітету (3).

У жодної з жінок цієї групи не було висипань, характерних для типової форми генітального герпесу. Вся група віднесена до легкого ступеня захворювання. При об'єктивному та лабораторному обстеженні виявлено, що у 6 жінок (75%) мали місце ендocerвіцит та вульвовагініт, у 2 жінок (25%) – ендocerвіцит та хронічний аднексит з частими загостреннями (1-2 рази на рік). Ендocerвіцит діагностувався кольпоскопічно: запальний процес займав першу та другу зони ектоцервіксу, мала місце невелика інфільтрація та еритема слизової по периферії, була чітка межа між патологічною та здоровою тканиною. Позитивного ефекту від загальноприйнятого методу лікування не спостерігалось. При бактеріологічному дослідженні піхвових виділень у 5 жінок (62,5%) виявлено дріжджовий кольпіт та у 3 жінок (37,5%) – бактеріальний вагіноз.

Лікування генітального герпесу проводилось за запропонованою нами схемою:

1) при легкому ступені – протефлазид по 10 крапель 3 рази на добу протягом 2-х місяців та по 5 крапель 3 рази на добу протягом наступних 3-х місяців; при середньому та тяжкому ступенях – протефлазид по 10 крапель 3 рази на добу протягом 3-х місяців та по 5 крапель 3 рази на добу протягом наступних 3-х місяців;

2) піхвові тампони з розчином протефлазиду 1:10 протягом 14 днів в першій групі жінок, в другій групі – протягом 24-28 днів по чергово з етіологічними місцевими засобами;

3) полівітаміни "Вітрум" 3 курси по одному місяцю через місяць, щоденно по одній таблетці.

У жінок з поєднаною інфекцією призначались препарати специфічної дії: при уреоплазмі – доксициклін по 0,1 г 2 рази на добу протягом 10 днів, метронідазол по 0,25 г 4 рази на добу протягом 7 днів; при мікоплазмі – абактал по 0,4 г 2 рази на добу протягом 7 днів.

Повторне обстеження жінок проводилось двічі: через 3 та 6 місяців після лікування, проведеного за вказаною схемою.

Внаслідок проведеного лікування у жінок першої групи не було рецидування у 17 жінок (53%) з легким ступенем захворювання, у 3 жінок (9%) з середнім ступенем, у 3 жінок (9%) з тяжким ступенем.

Протягом курсу лікування у 9 жінок (29%) цієї групи мало місце рецидування, але перебіг його суттєво змінився: продромальний період скоротився до однієї доби, були відсутні дизуричні явища, клінічні прояви періоду висипань були невираженими, без інфільтрації тканин, повна епітелізація відбулась на 5-6 добу.

У жінок другої групи протягом курсу лікування кольпоскопічно – шийка матки вкрита нормальним епітелієм, при бактеріоскопічному дослідженні – нормалізація піхвової мікрофлори, покращення загального стану. Рецидування не було.

У всіх жінок, де була виявлена поєднана інфекція, після лікування обстеження на уреоплазму та мікоплазму дало негативний результат.

**ВИСНОВКИ** 1. Лікування препаратом "Протефлазид" за схемою, запропонованою автором, дає позитивний результат, що підтверджується змінами перебігу генітального герпесу – після лікування у 31 жінок (77,5%) не було рецидивів, у 9 жінок (22,5%) рецидив був, але його перебіг змінився – клінічні прояви стали менш вираженими та скоротилися період загострення.

2. Отримано позитивний результат при лікуванні бактеріально-вірусної інфекції, що констатується даними лабораторного дослідження після лікування.

3. При використанні піхвових тампонів з розчином протефлазиду при ендocerвіцитах вірусно-бактеріальної етіології, кольпітах та порушенні мікробіоценозу піхви на фоні базової терапії спостерігався стійкий позитивний ефект.

1. Генитальная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (обзорная информация) // ЗППП. – 1994. – №3. – С.5-8.

2. Семенова Т.Б. Простой герпес. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. // Автореф. дис. д.м.н. – 2000. – М. – 48 с.

3. Гринкевич Т.М. Эффективность лечения генитального герпеса втчизняним препаратом "Протефлазид". // Вісник Сумського державного університету. – 2003 №7(53). – С.128-134.

4. Марченко Л.А. Генитальная герпетическая инфекция у женщин. (клиника, диагностика, лечение) // Автореф. дис. д.м.н. – 1997 г.М. – 32 с.

5. Strand A. Long-term suppressive therapy for genital herpes in the immunocompetent host. Herpes. 1999; 6: 25-7.

6. Генитальный герпес: международные рекомендации (L.Corey, A.Simmons, IHMF, 1999) // Информационное письмо Российской Ассоциации по гинекологической эндокринологии/ Марченко Л.А. -М., 2000. – 4с.

7. Инфекционные болезни: Руководство для врачей общей практики / Рахманова А.Г., Пригожин В.К., Неверов В.А. и др. – М.-СПб, 1995г – 304 с.

8. Клиника, лечение и лабораторная диагностика герпесвирусных заболеваний человека: Руководство для врачей/ Нестеренко В.Г., Бехало В.А., Ловенецкий А.Н. – М., 1998. – 46 с.

9. Лоуренс Кори. Вирусы простого герпеса // Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 4. Пер. с англ./ Под ред. Е. Браунвальда и др. – М. – Медицина. – 1994. – С.82-94.

10. Aral S.O., Wasserheit J.N. Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women// O'Leary A, Jemmot LS, editors/ Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS. – Plenum press. – New York, 1995.

11. Fleming D.T., McQuillan G.M. et al. Herpes Simplex Virus Type 2 in the United States, 1976 to 1994// NEJM. – 1997. – №16. – P. 1105-1111.

Гоженко А.І., Москаленко Т.Я.

## ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ВАГІТНИХ З ФПН НА ТЛІ НЕСУМІСНОСТІ КРОВІ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЮ

Одеський державний медичний університет

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ВАГІТНИХ З ФПН НА ТЛІ НЕСУМІСНОСТІ КРОВІ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЮ – В умовах водно-солевого навантаження проведені дослідження ниркового кліренсу антипірину, як показника стану монооксигеназних ферментних систем у вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, в тому числі на фоні куріння. Під час куріння у вагітних з ФПН відбуваються зміни фосфатів і зниження нітритів і кальцію.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК БЕРЕМЕННЫХ С ФПН НА ФОНЕ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЮ – В условиях водно-солевой нагрузки проведены исследования почечного клиренса антипирина, как показателя состояния монооксигеназных ферментных систем у беременных с ФПН на фоне несовместимости крови по АВ(0) системе, в том числе на фоне курения. При курении у беременных с ФПН происходят изменения функционального состояния почек: увеличение диуреза, экскреции фосфатов и снижение нитритов и кальция.

FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN PREGNANT WITH THE FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY AND BLOOD INCOMPATIBILITY BY АВ(0) SYSTEM – In conditions of water-salt loading was investigated antipirin renal clearance as index of state of monoxygenase enzymatis systems in pregnant with fetoplacental insufficiency and АВ(0) incompatibility as well as in pregnant who smoked before pregnancy. At smoking in pregnant women with fetoplacental insufficiency changes the renal functioning: increasing of diuresis and phosphates excretion and decreasing of excretion of nitrites and calcium.

**Ключові слова:** вагітність, фетоплацентарна недостатність, несумісність крові за АВ(0) системою.

**Ключевые слова:** беременность, фетоплацентарная недостаточность несовместимость крови по АВ(0) системе.

**Key words:** pregnancy, fetoplacental insufficiency, АВ(0) incompatibility.

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Відомо, що функціональний стан нирок при фізіологічній вагітності зазнає суттєвих змін, що спрямовані на адаптивну перебудову водно-солевого гомеостазу[1]. Порушення гормональних механізмів розвитку вагітності та розвиток фетоплацентарної недостатності (ФПН) викликає значні зміни функції нирок [2,3]. Між тим, функціональний стан нирок при ФПН різної етіології практично не вивчений. У зв'язку з цим метою роботи було вивчення функції нирок у вагітних з ФПН, що виникла на тлі несумісності крові за АВ(0) системою та в залежності від куріння.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами проведено дослідження 20 вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які не курили до вагітності, в III триместрі (1 група) та 16 вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які курили до вагітності на день не менше 10 цигарок, в III триместрі (2 група). Група порівняння складала 26 здорових вагітних жінок. Вагітні о 8-ій годині ранку випивали 0,25% розчин хлориду натрію з розрахунку 0,5% від маси тіла і впродовж години перебували в сидячому положенні. Через 60 хвилин жінки активно спорожняли сечовий міхур.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням критерію Стьюдента за загальновизначеним методом.

Як видно з таблиці 1, у третьому триместрі вагітних до водно-солевого навантаження відзначається зменшення спонтанного діурезу та вірогідне збільшення осмоляльності сечі у 1,3 раза у вагітних з ФПН, які не курили до вагітності порівняно зі здоровими вагітними. Між тим, концентрація та екскреція білка збільшується більш як у 1,5 раза. У групі вагітних з ФПН, які не курили до вагітності вірогідно збільшуються показники концентрації та екскреції креатиніну та нітритів. Проте концентрація аміаку дещо зменшується, а його екскреція зменшується більш як у 2 рази порівняно зі здоровими вагітними.

Між тим, у вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які курили до вагітності, у третьому триместрі вагітних до водно-солевого навантаження відзначаємо вірогідне збільшення спонтанного діурезу у 1,3 раза та незначне підвищення осмоляльності сечі. Концентрація білка зменшується майже у 1,4 раза, попри те, що його екскреція не відрізняється від показників здорових вагітних. У групі вагітних з ФПН, які купили до вагітності, зростають показники концентрації та екскреції креатиніну. Разом з тим, концентрація нітритів залишається майже на рівні показників здорових вагітних.

Більш суттєві міжгрупові відмінності показників діяльності нирок спостерігаємо за умов водно-солевого навантаження, таблиця 2.