

22-24 недель и перед родоразрешением. Были применены общеклинические, а также вирусологические (БКМ), молекулярно-биологические (ПЦР, ПЦР real-time), серологические (*mИФА*) и иммунологические методы исследования. Пациентки были разделены на 2 группы: 27 (45%) из них получали базисную терапию, 33 (55%) беременным дополнительно проводилась виферонотерапия. Виферон-500000 МЕ назначался с 14 недель беременности *reg gestum* по разработанной схеме: по 1 свече через 12 часов в течение 10 дней (20 свечей), далее по 1 свече через 12 часов дважды в неделю (10 свечей).

Результаты: во время беременности ВПГ элиминировал из организма у 9 женщин (27,3%), получавших в дополнение к базисной терапии препарат виферон-500000 МЕ. На фоне виферонотерапии ни в одном наблюдении не отмечено реактивации ВПГ во время данной беременности. Среди беременных, не получавших виферон, элиминация вируса выявлена лишь в 3 наблюдениях, что составило 11,1 %. У 7 беременных (25,9%), не леченных вифероном, зарегистрировано нарастание титра низкоавидных (индекс авидности < 50%) антител класса IgG, что свидетельствовало о реактивации герпесвирусной инфекции. В группе женщин, получавших виферон-500000 МЕ случаев реактивации герпесвирусной инфекции не было. В обеих группах беременных первичного инфицирования не зафиксировано.

Выводы: включение виферона - 500000 МЕ в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения в комплексное лечение беременных с ВПГ-инфекцией с 14 недель беременности способствует элиминации вируса из организма в 2,5 раза чаще по сравнению с нелечеными вифероном, а также снижает риск реактивации герпесвирусной инфекции во время беременности. В конечном итоге это позволит снизить показатели перинатальной инфекционной заболеваемости.

SUMMARY

TREATMENT BY VIFERON IN PREGNANT WOMEN WITH HERPES INFECTION.

Herpetic infection in pregnant women poses a high risk of intrauterine fetal infection and adverse pregnancy outcomes. In order to improve perinatal outcomes were examined 60 pregnant women with HSV infection, starting at 14 weeks of gestation. In the group of patients treated in addition to standard treatment by Viferon-500000 IU, elimination of the virus detected in 27.3%, and there have been no cases of reactivation of HSV.



Коркан А.И.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Хирургическое лечение бесплодия является наиболее технически затратным и трудно достижимым в плане получения результата лечебным процессом, поэтому преодоление бесплодия и рождение ребенка несет в себе стратегическое видение совершенно отличное от понимания других патологических состояний женского организма. Перед хирургическим лечением бесплодия проводится оценка репродуктивных системы обоих супругов и проводится диагностика инфекционных процессов способных вызвать патологические состояния. В нашем исследовании при проведении ПЦР на урогенитальные инфекции обнаружилось, что: пять и более специфических групп возбудителей определяются в 0,9±0,06% случаев, четыре в 24,6±1,3%, три возбудителя УГИ в 55,3±0,7%, два в 19,1±1,4% и ни в одном случае не удалось определить моноинфекцию. В момент проведения самого оперативного лечения мы четко придерживаемся алгоритма, который включает в себя обследование в раннюю секреторную фазу, три этапа хирургического исследования (гистероскопия, лапароскопия, фаллопоскопия или ампулоскопия), прогностическая оценка вероятной беременности, и гормональная поддержка или даже стимуляция суперовуляции в следующий менструальный цикл после операции. И как результат при оценки эффективности проведенного лечения с учетом данных ВРТ, мы получили 62% беременностей в группе после хирургического лечения.