

Therapy was conducted by using genetically engineered recombinant product Viferon representing the β -2-interferon, associated with antioksidants. Resulting from the treatment the total number of cases of intrauterine infection decreased in more than 3 times, including heavy forms (intrauterine pneumonia, sepsis) from 26,7 to 5,2%.



Милица К.Н., Луценко Н.С., Милица Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Государственная медицинская академия последипломного образования, г.Запорожье, Украина.

Введение. Известно, что дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является, в настоящее время, широко распространенной и мало диагностируемой патологией, которая влияет на состояние тканей, а, следовательно, на процессы инволюции, репарации, Учитывая отсутствие сведений об особенностях восстановления целостности тканей при сочетании таких состояний как климактерический синдром (КС) и ДСТ, целью работы стало: изучить предрасполагающие факторы развития несостоятельности передней брюшной стенки у пациенток с климактерическим синдромом и недифференцированной дисплазией соединительной ткани и определить особенности периперационной тактики.

Материал и методы. Обследовано методами анкетирования и антропометрии 316 пациенток хирургического стационара на наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Фенотипические признаки дисплазии выявлены у 76 пациенток. Климактерический синдром (КС) диагностирован у 49 женщин с ДСТ.

Результаты работы. В наших предыдущих экспериментальных и клинко – морфологических исследованиях доказано нарушение процессов коллагенообразования, длительное (до 12 мес.) формирование рубцовой ткани апоневроза с исходом в ее несостоятельность в послеоперационном периоде при ДСТ. Сочетание ДСТ с КС, то есть с характерной для последнего редукцией коллагенообразования, ведет к взаимоотягощающему влиянию, что проявляется развитием грыж, в том числе и послеоперационных, увеличением окружности живота, формированием «отвислого живота».

Выводы: при оперативных вмешательствах у женщин с КС и ДСТ для профилактики формирования послеоперационных грыж, отвислого живота необходимо использование сетчатых трансплантов, а в послеоперационном периоде проводить ЗГТ в режиме не менее 6 мес. (при отсутствии противопоказаний).

SUMMARY

PECULIARITY OF PERIOPERATION TACTIC FOR PATIENTS WITH CLIMACTERIC SYNDROME AND DISPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE.

The questions of prophylaxis of afteroperation complications are in-process examined, as insolvency of front abdominal wall for patients with displasia of connective tissue and climacteric syndrome. Drawn conclusion about the necessity of the use of reticulated transplants during an operation and use of hormonotherapy during 6 month.



Новикова С.В., Малиновская В.В., Куц А.А., Агаджанова Е.А., Цивцивадзе Е.Б.

ВИФЕРОНОТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ МОНИИАГ, ГУНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва, Россия

Герпетическая инфекция у беременных создает серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности. Вирус простого герпеса (ВПГ) – этиологический агент этой инфекции, нередко является причиной развития неврологических, соматических и эндокринных проблем у новорожденных детей и детей более старшего возраста. У беременных ВПГ- инфекция встречается в 7 – 35% случаев, а в последнее время этот показатель постоянно увеличивается.

Цель и задачи исследования: улучшение перинатальных исходов у беременных с ВПГ- инфекцией путем оптимизации диагностики и проведения адекватной интерферонкорректирующей терапии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 60 беременных с ВПГ- инфекцией, наблюдавших-ся в МОНИИАГ. Исследования проводились в динамике, начиная со II триместра беременности: в 14 недель,

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.