

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В КОМПЛЕКСЕ С ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕРПЕСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ФПН.

Ахмедова Н.М., Абдурашидова Х.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Аннотация

Герпетическая инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса (ВПГ), является одной из значимых проблем современного здравоохранения. Это связано с резким повышением заболеваемости, широким спектром клинических проявлений, возможностью бессимптомного течения и высокой контагиозностью возбудителя. Доказана вероятность внутриутробной передачи ВПГ, значительно ухудшающей перинатальные исходы. Свыше 90% людей в мире инфицированы ВПГ, и только у 20% он проявляется клинически.

Ключевые слова: герпесная инфекция, озонотерапия, невынашивание.

INTRODUCTION INTO PRACTICE OF MEDICAL OZONE IN COMBINATION WITH ANTIVIRAL DRUGS FOR THE TREATMENT OF WOMEN WITH HERPES INFECTION ON THE BACKGROUND OF FPI.

Akhmedova N.M., Abdurashidova H.B.

Andijan State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Annotation

Herpetic infection caused by the herpes simplex virus (HSV) is one of the significant problems of modern health care. This is due to a sharp increase in the incidence, a wide range of clinical manifestations, the possibility of an asymptomatic course and a high contagiousness of the pathogen. The probability of intrauterine transmission of HSV, which significantly worsens perinatal outcomes, has been proven. Over 90% of people in the world are infected with HSV, and only 20% of it manifests itself clinically.

Key words: herpes infection, ozone therapy, miscarriage.

Цель нашего исследования: изучить эффективность применения медицинского озона в комплексе профилактики и лечения ФПН у беременных с герпесной инфекцией. Основой лечения является раннее начало системной терапии противовирусными препаратами. Минимально рекомендуемая длительность лечения составляет 5 дней, при первичном эпизоде - 7-10 дней. Терапия уменьшает длительность заболевания и показана во всех случаях, даже при легком течении.

Рекомендуемые схемы лечения первичного эпизода ВПГ:

- ацикловир по 200 мг 5 раз или 400 мг 3 раза в сутки 7-10 дней;
- валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки 7-10 дней;
- фамцикловир по 250 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Эффективность супрессивной терапии доказана в многоцентровом открытом исследовании с участием 75 пациентов, в ходе которого оценивалось применение валацикловира для эпизодического (500 мг 2 раза в день 5 дней) и непрерывного лечения (500 мг в день непрерывно). Результаты показали, что вероятность развития рецидива генитального герпеса снижалась на 78% у пациентов, получавших курс супрессивной терапии. В последние годы в терапии различных заболеваний всё более широкое применение находит парентеральная озонотерапия. Фундаментальные биохимические, иммунологические, морфологические, ультраструктурные, физиологические исследования и клинические испытания парентерального применения озонированных растворов свидетельствуют о высокой эффективности в активизации микросомальной системы печени, оптимизации антиоксидантной активности организма. Таким образом, появляется возможность применения озона в клинической токсикологии в токсикогенной и соматогенной стадии, в качестве мощного антигипоксанта и антиоксиданта средства. Озон (Оз) — аллотропная форма кислорода, газ с резким характерным запахом. Озон значительно более сильный окислитель, чем кислород. В связи с этим озон окисляет многие вещества, инертные к кислороду в обычных условиях. Характерными продуктами целого ряда химических реакции озона являются озониды, которые образуются при реакции озона с С=С связями. В многочисленных исследованиях показано, что терапевтические дозы озона стимулируют антиоксидантную систему и уменьшают интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ). В процессе озонотерапии начальная активация свободнорадикального окисления под влиянием озонотерапии, естественно, происходит, так как в организм вводятся озон, кислород и свободные радикалы, но при этом быстро запускается антиоксидантная система (АОС), которую озон опосредованно стимулирует. Регуляция процессов ПОЛ и АОС в организме, по-видимому, является одним из механизмов лечебного действия озонотерапии. Вместе с тем, многие авторы считают активацию ПОЛ одним из универсальных патогенетических факторов при различных заболеваниях. Патогенетическая целесообразность использования медицинского озона (корректирующего маточно-плацентарно-плодовый кровоток, улучшающего гемореологические свойства крови, иммунные и биохимические параметры гомеостаза беременной женщины) в полной мере распространяются и на новорожденного, чьи адаптационные возможности значительно возрастают.

Материал и методы. Нами проведено обследование и лечение 74 женщин с угрозой прерывания беременности в I триместре возрасте от 19 до 34 лет. Из них 47 пациенток составили основную группу, которым в комплексе лечебных мероприятий применяли медицинский озон и 27 больные составили контрольную группу, их лечили традиционными методами. Тщательный анализ клинической характеристики больных продемонстрировал наличие у большинства из них сочетание нескольких факторов невынашивания беременности (инфекционно-воспалительные, гормональные, иммунологические и др.), что затрудняет выделение групп пациенток в соответствии с этиологией заболевания.

В качестве аппаратного обеспечения озонотерапии была использована медицинская озонотерапевтическая установка «Медозон». Проводилось парентеральное капельное введение 0,9% озонированного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 2-3 мкг/мл со скоростью 30 капель первые 5 мин и далее 40-50 капель в мин. Первые 5 суток озонотерапия проводилась через день, затем 2 раза в неделю (всего на курс лечения 6-8 процедур). Для оценки эффективности лечения беременных с угрозой прерывания беременности учитывали следующие клинические критерии: жалобы, интенсивность болевого синдрома, данные гинекологического исследования, патологические выделения из половых путей. Оценивали изменения гематологических, иммунологических, биохимических, микробиологических и данные инструментальных методов исследования.

Заключение

Таким образом, ФПН в значительной мере предопределяет состояние новорожденного, повышая частоту различного рода осложнений, главным образом связанных с недостаточностью поступления к плоду через плаценту кислорода и питательных веществ. Вместе с тем применение в составе комплексной терапии ФПН медицинского озона помогает снизить выраженность подобных проявлений, приближая ее к среднепопуляционной. Герпетическая инфекция является крайне распространенным заболеванием, передающимся половым путем и характеризующимся рецидивирующим пожизненным течением. Проведение пероральной противовирусной терапии значительно снижает продолжительность, тяжесть заболевания и риск инфицирования полового партнера. Наиболее частое назначение валацикловира обосновано меньшей кратностью применения препарата и высокой его биодоступностью. Применение в комбинации валацикловира и медицинского озона у женщин с герпесной инфекцией на фоне ФПН, в анамнезе которых были случаи невынашивания давала хороший результат на практике.

Литература

1. Волощук И.Н. Морфологические основы и патогенез плацентарной недостаточности: дис. ... д-ра. мед. наук. Москва, 2012. 298 с.
2. Хачатурова М.Д., Федорович О.К., Новикова В.А. и др. Особенности терапии плацентарной недостаточности при нарушениях плодово-плацентарного кровотока / Материалы IX Российского форума «Мать и дитя». Москва. 2017. С. 279-280.
3. Barry J.S., Rozance P.J., Anthony R.V. An animal model of placental insufficiency-induced intrauterine growth restriction. *Semin Perinatol.* 2008. Vol. 32. № 3. P. 225-230.
4. Black L.V., Maheshwari A. Disorders of the fetomaternal unit: hematologic manifestations in the fetus and neonate. *Semin Perinatol.* 2009. Vol. 33. № 1. P. 12-19.
5. Ergaz Z., Avgil M., Ornoy A. Intrauterine growth restriction-etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animal models. *Reprod Toxicol.* 2015. Vol. 20. № 3. P. 301-322.
6. Glukhovets B.I., Rets lu.V. Fetal compensatory and abnormal reactions in fetoplacental insufficiency. *Arkh Patol.* 2008. Vol. 70. № 2. P. 59-62.
7. Bernstein DI, Bellamy AR, Hook EW et al. Epidemiology, clinical presentation and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women 35:599.
8. Xu F, Sternberg MR, Kottiri BJ et al. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. *JAMA* 2006; 296: 9644. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Re-comm Rep* 2015; 64:1.