

## ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 618.36-06-07:616.523-036.12

Н.Г.Тарабурова<sup>1</sup>, Н.М.Хамула<sup>1</sup>, Е.М.Мирлас<sup>2</sup>, Т.Г.Круглова<sup>1</sup>, О.В.Емельяненко<sup>1</sup>, Т.С.Сорокина<sup>1</sup>

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В АКУШЕРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

<sup>1</sup>Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,  
<sup>2</sup>ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,  
Благовещенск

## РЕЗЮМЕ

Пролечено 168 беременных женщин с хронической герпес-вирусной инфекцией. В комплексном лечении применен нормальный человеческий иммуноглобулин у беременных с реактивацией герпетической инфекции, с первичной плацентарной недостаточностью.

*Ключевые слова:* беременность, герпес-вирусная инфекция, иммуноглобулин.

## SUMMARY

N.G.Taraburova, N.M.Khamula, E.M.Mirlas,  
T.G.Kruglova, O.V.Emelyanenko, T.S.Sorokina

## NEW APPROACHES TO TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HERPES SIMPLEX VIRUS INFECTION IN THE OBSTETRIC DIVISION OF PREGNANCY PATHOLOGY

168 pregnant women with chronic herpes simplex virus infection were treated. Normal human immunoglobulin was used in complex therapy in pregnant women with herpes simplex virus infection reactivation and with initial placental insufficiency.

*Key words:* pregnancy, herpes simplex virus infection, immunoglobulin.

Герпес-вирусная инфекция у беременных относится к числу самых распространенных заболеваний, определяющих развитие внутриутробного инфицирования плода и акушерскую патологию [6]. У акушеров-гинекологов и неонатологов не вызывает сомнения важность проблем, связанных с герпес-вирусной инфекцией, вследствие того, что ее обострение может значительно осложнить течение беременности угрозой прерывания, спонтанным абортom, преждевременными родами, развитием врожденных уродств и внутриутробным инфицированием плода, вплоть до его антенатальной гибели [4, 7].

Единого мнения о частоте герпес-вирусной инфекции во время беременности нет. По данным отечественных и зарубежных исследователей, вирус

простого герпеса у беременных встречается в 14-40% случаев, а в отдельных исследованиях до 60%, т. е. возможен у каждой второй беременной женщины [2, 3, 9]. Истинная ситуация часто не поддается контролю из-за значительной частоты бессимптомных форм заболевания и вирусоносительства [1]. Частота обнаружения герпес-вирусной инфекции варьирует в зависимости от ряда таких факторов, как возраст, характер половой жизни, социально-культурный уровень населения и др. Так, серопозитивные результаты у девочек-подростков младше 15 лет составляют менее 1%, в то время как среди пациенток клиник, специализирующихся на заболеваниях, передающихся половым путем – от 46 до 90%. У беременных наиболее частой формой герпес-вирусной инфекции является хроническая рецидивирующая. Чаще отмечаются атипичные или бессимптомные формы, которые являются наиболее опасными из-за активного выделения вируса без ярких клинических проявлений болезни, побуждающих обращаться к врачу [2].

Все сказанное диктует необходимость своевременной постановки диагноза и проведения адекватной патогенетической терапии герпес-вирусной инфекции у беременных, что является трудной задачей в связи с эмбриотоксическим и тератогенным действием специфических противогерпетических химиопрепаратов и иммунокорректоров.

## Результаты исследования и их обсуждение

В акушерском отделении патологии беременности клиники ДНЦ ФПД СО РАМН за 2008-2009 гг. было пролечено 917 беременных женщин с хронической герпес-вирусной инфекцией. В структуре заболеваемости пролеченных беременных первое место занимали заболевания органов дыхания, осложняющие беременность. Всего пролечено 563 (61%) беременных с данной патологией. 54 (6%) беременных получили лечение в адрес бронхиальной астмы. Целью лечения было достижение и поддержание контроля над симптомами бронхиальной астмы при минимально эффективном объеме терапии, предотвращение формирования необратимой бронхиальной обструкции, лечение и профилактика плацентарной не-

достаточности у этих беременных. В 40% случаев обострение бронхиальной астмы сопровождалось развитием угрозы прерывания беременности, в 78% – хронической плацентарной недостаточностью. После проведенного комплексного лечения все женщины выписаны с прогрессирующей беременностью.

У 19 беременных диагностирован пиелонефрит в фазе латентного воспаления, развившийся на фоне острой патологии органов дыхания; 4 женщины с острым гестационным пиелонефритом переведены в профильное отделение.

В структуре осложнений беременности, развившихся на фоне заболеваний органов дыхания, преобладала угроза прерывания беременности, диагностированная у 349 (38%) беременных. За анализируемый период пролечено 25 (3%) беременных с отеками I степени и 39 (4,3%) женщин с артериальной гипертензией.

В рамках проводимой на базе отделения научно-исследовательской работы по теме №055 «Морфофункциональные закономерности нарушения дыхательной функции плаценты при беременности, осложненной герпес-вирусной инфекцией» всем беременным было проведено общеклиническое и иммунологическое обследование (содержание IgM, IgG к HVS-1,2 и другим видам инфекции, различных субпопуляций лимфоцитов), комплексная оценка состояния фетоплацентарного комплекса (ультразвуковая фето- и плацентометрия, доплерометрия и кардиотокография плода).

За анализируемый период пролечено 168 (18%) беременных с активной хронической герпес-вирусной инфекцией. Значительная доля беременных – 116 (69,5%) были в возрасте от 20 до 29 лет. У каждой пятой женщины в анамнезе имелись воспалительные заболевания гениталий и невынашивание беременности. Предгравидарная подготовка проведена лишь 18% женщин.

Большинство беременных имели клинические (угроза прерывания беременности) и ультразвуковые (много- и маловодие, нарушение маточно-плацентарного и плодового кровотока, преждевременное старение плаценты, плацентит) признаки хронической плацентарной недостаточности.

При анализе лимфоцитов периферической крови у женщин с герпес-вирусной инфекцией до лечения выявлены статистически достоверные различия в относительном и абсолютном содержании Т-хелперов (CD4+) и В-клеток (CD19+), по сравнению с их содержанием у здоровых женщин. По содержанию основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови достоверных различий в их концентрации по сравнению с лабораторными стандартами не выявлено. Характерно снижение абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), по-видимому, за счет значительного снижения Т-хелперов (CD4+) и увеличения содержания В-лимфоцитов.

Наличие у данных беременных нарушений в иммунном и интерфероновом статусе позволило обосновать введение в комплекс лечения иммуномодулирующих препаратов. Однако, поскольку методы специфического лечения герпес-вирусной инфекции у беременных ограничены, в отечественной практике

золотым стандартом лечения и профилактики развития осложнений беременности при герпес-вирусной инфекции является применение внутривенного иммуноглобулина (приказ Минздрава России №50 «Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц» от 10.02.2003 года). Его эффективность при инфекционном факторе связывают со стимулирующим влиянием на компенсаторно-приспособительные возможности плаценты в результате частичной нейтрализации цитопатогенной вирусной инфекции. Показаниями для проведения иммуноотерапии явились: реактивация герпес-вирусной инфекции, первичная плацентарная недостаточность, невынашивание беременности в анамнезе.

В отделении ДНЦ ФПД СО РАМН с 2008 года внедрена методика применения нормального человеческого иммуноглобулина ФГУП «НПО» Микроген» МЗ РФ для профилактики плацентарной недостаточности и синдрома потери плода у беременных с хроническими вирусными инфекциями. Препарат представляет собой иммунологически активную гамма-глобулиновую фракцию крови человека, содержащую преимущественно IgG со сниженными антикомплемментарными свойствами. Лечебное действие иммуноглобулинов не ограничивается возмещением недостатка антител, а так же влиянием на другие звенья иммунитета. В препаратах иммуноглобулинов содержатся все четыре подкласса IgG, причем основную массу составляет иммуноглобулин G<sub>1</sub>. Вводимые большим иммуноглобулины специфически связывают не только микроорганизмы, но и их токсины. Иммуноглобулинотерапия проводится по 25,0 мл внутривенно через день трехкратно в I и II триместрах беременности.

Необходимо указать, что решение проблемы синдрома потери плода (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) считается одной из наиболее приоритетных задач современного акушерства и гинекологии, так как является важной частью программы, направленной на улучшение репродуктивного здоровья населения [9]. При этом рациональный алгоритм лечения (предгравидарная подготовка с неспецифической иммунокоррекцией) способствует физиологическому течению беременности.

Таким образом, применение иммуномодулирующей терапии у беременных с хронической герпес-вирусной инфекцией приводит к стойкой нормализации показателей иммунного и интерферонового статуса, позволяет снизить осложнения гестационного периода, повысить эффективность комплексного лечения, улучшает прогноз для плода и новорожденного, тем самым повышая шансы на благоприятный исход беременности и служит резервом снижения уровня репродуктивных потерь при герпес-вирусной инфекции.

### Выводы

1. У 95% беременных после проведенной терапии улучшилось общее состояние, купировалась угроза прерывания беременности, нормализовались показатели иммунного и интерферонового статуса, отмечалась четкая тенденция к увеличению Т-лимфоцитов (CD3+), за счет увеличения содержания Т-хелперов (CD4+).

2. Применение иммуноглобулина человека нормального показано для лечения и профилактики развития осложнений беременности при герпес-вирусной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баринский И.Ф. Герпес-вирусные инфекции – иммунодефицитные заболевания XXI века // Аллергология и иммунология. 2004. Т.5, №1. С.202–203.
2. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В. Вирусные инфекции и беременность. М.: Дипак, 2005. 175 с.
3. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В., Музыкантова В.С. Плацентарная недостаточность при вирусных инфекциях: учебное пособие. М., 2005. 50 с.
4. Макарова О.В., Алешкина В.А., Савченко Т.Н. Инфекции в акушерстве и гинекологии. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
5. Петров Р.В., Лопухин Ю.М., Чередеев А.М.

Оценка иммунного статуса человека: методические рекомендации. М., 1984. 20 с.

6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И.Кулакова [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

7. Серов В.Н., Кузьмин В.Н., Музыкантова В.С. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии: пособие для врачей. М., 1999. 28 с.

8. Влияние инфекционного агента на развитие декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности, приводящей к ухудшению репродуктивного здоровья / Томский М.И. [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2008. Вып.30. С.58–60.

9. Фетоплацентарная система при герпесной инфекции / Луценко М.Т. [и др.]. Благовещенск, 2003. 200 с.

*Поступила 05.11.2009*

*Наталья Геннадьевна Тарабурова, зав. отделением,  
675000, г.Благовещенск, ул. Калинина, 22;  
Natalia G. Taraburova,  
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000,  
E-mail: cfpd@amur.ru*



УДК 616.972:616.21

**Е.В.Заварзина, В.П.Самсонов, Л.Н.Федотова**

#### СИФИЛИС ЛОР-ОРГАНОВ

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,  
Благовещенск*

#### РЕЗЮМЕ

**В статье представлены данные распространенности сифилиса в Амурской области за 2008 год, клинические и диагностические особенности заболеваемости сифилисом лор-органов, ошибки в диагностике данных заболеваний.**

*Ключевые слова: сифилис носа, миндалин, глотки, гортани, клинические особенности течения заболевания.*

#### SUMMARY

**E.V.Zavarzina, V.P.Samsonov, L.N.Fedotova**

#### ENT-SYPHILIS

**The data about syphilis spread in the Amur region in 2008 as well as clinical and diagnostic peculiarities of ENT-syphilis morbidity and mistakes in the diagnostics of these diseases are presented in this article.**

*Key words: nose syphilis, tonsil syphilis, throat syphilis, larynx syphilis, clinical peculiarities of a disease clinical course.*

Сифилис – это инфекционное заболевание, передающееся половым путем. Заражение им может также произойти через плаценту от матери к ребенку и бытовым путем (случается крайне редко). В настоящее время появилась тенденция роста скрытой формы сифилиса. Вопрос о заболеваемости сифилисом достаточно актуальный и в Амурской области. В 2008 году в области с впервые в жизни установленным диагнозом сифилис взято на учет 1365 человек, интенсивный показатель – 157,4 на 100 тыс. населения, это всего лишь на 0,2% меньше, чем в предыдущем году. Из взятых на учет в 2008 году с сифилисом: дети до 14 лет составили 18 человек (1,3%), 15-17 лет – 3,7%, 18-19 лет – 8,9%, 20-29 лет – 44%, 30-39 лет – 22,6%, 40 лет и старше – 19,3%. Показатель заболеваемости сифилисом сельских жителей – 131,1 на 100 тысяч сельского населения. Увеличение заболеваемости в сравнении с 2007 годом отмечено в среднем в 1,8 раза. В структуре сифилиса заразные формы составили – 50%. В 2008 году по области больные с ранними и поздними скрытыми формами сифилиса составили – 49,9%. Остается высоким уровень регистрации беременных женщин больных си-