

миофиксации, оптимизируют сегментарные мышечно-тонические, а также локальные фиксационные рефлексы за счет изменения соотношения афферентных импульсов, включая проприоцептивные, торможения центрального звена рефлекторного пути, улучшения состояния исполнительного аппарата – позвоночных мышц и, как результат, уменьшению тонуса паравертебральной мускулатуры.

Согласно концепции «двойного сжатия» приведенные данные свидетельствуют о безусловно положительном влиянии регионарных лечебных блокад на механизмы компрессии нервного волокна на уровне межпозвоночного отверстия, восстанавливающим в нем аксоплазматический ток, восполняющем дефицит трофических факторов и тем самым уменьшающем чувствительность этого волокна к сдавлению на периферии.

Проведенные реовазографические исследования указывают на грубую спастико-атоническую дистонию с преобладанием спазма на стороне поражения при компрессионных корешковых синдромах и менее грубую – при рефлекторных синдромах, с одной стороны, а с другой – говорят о положительном влиянии регионарных лечебных блокад на вертеброгенные вазомоторные реакции с улучшением периферического кровообращения в нижних конечностях. Полученные результаты могут быть объяснены выключением рефлекторных влияний на вегетативно-сосудистые реакции из вертебральных очагов патологической импульсации.

Следует отметить, что эффективность регионарных лечебных блокад у больных с рефлекторными синдромами выше, чем у пациентов с компрессионными радикулярными синдромами.

Таким образом, регионарные блокады повышают эффективность лечения поясничных болей и позволяют проводить патогенетическую терапию разнообразных вертеброгенных неврологических синдромов, включающих рефлекторные, компрессионные, мышечно-дистонические синдромы, нейродистрофические изменения в мышцах, связках, костно-суставном аппарате и др., устраняют болевой синдром с восстановлением привычной жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В., Яхно Н. Н. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Издание четвертое, переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 2005. – С. 107–124.
2. Антонов И. П., Гиткина Л. С. К характеристике трудотеря при заболеваниях периферической нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1987. – № 4. – С. 481–485.
3. Веселовский В. П., Михайлов М. К., Самитов О. Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. – Издательство Казанского университета. – 1990. – С. 174–176, 180–192.
4. Есин Р. Г. Боль: принципы терапии, боль в мануальной медицине. Руководство для врачей. – Казань, 2007. – С. 4–5.
5. Макаров А. Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Руководство для врачей. Издание третье, исправленное и дополненное. – Санкт-Петербург: «Медлайн-Медиа», 2006. – С. 447–449.
6. Назаров В. М., Богомолов С. Д., Трошин В. Д., Жиляев Е. А. Эпидуральная фармакотерапия боли. Практическое руководство для врачей. – Нижний Новгород: издательство НГМА. – 2001.
7. Назаренко Г. И., Героева И. Б., Черкашов А. М., Рухманов А. А. Вертеброгенная боль в пояснице. Технология диагностики и лечения. Учебное пособие для слушателей системы последипломного образования. – М.: Медицина, 2008. – С. 11–21.
8. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертебро-неврология). Руководство для врачей. 3-е издание, переработанное и дополненное. – М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – С. 351–370.
9. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. – М.: «МЕДпресс-информ», 2005. – С. 209–211.
10. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. Издание 3-е, стереотипное. – Казань, 2003. – С. 51–52, 340–409.
11. Шустин В. А., Парфенов В. Е., Топтыгин С. В., Труфанов Г. Е., Щербук Ю. А. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. Санкт-Петербург: Фолиант, 2006. – С. 7–9.
12. Kelsey J. L. et al. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States. J. Bone Surg. – 1979.
13. Gureje O., Simon G. E., Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. Pain. – 2001. – Vol. 92. – P. 195–200.

Поступила 10.02.2009

В. В. КУСАЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА ПРИ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: mclinika@mail.ru*

Работа посвящена проблеме герпес-вирусных инфекций (ГВИ) в акушерской практике. Цель исследования – оценка эффективности терапии ГВИ у беременных, находящихся в пенитенциарной системе, для профилактики внутриутробного инфицирования новорожденных. Ретроспективно проанализирована 1781 история болезни женщин, проходивших лечение в 2006–2009 гг. и находящихся в пенитенциарной системе. Для повышения эффективности терапии группе беременных на фоне базисного лечения назначили виферон. Показана высокая эффективность данных методик, что отражалось в более благоприятном течении беременности и низкой частоте заболеваемости у новорожденных.

Ключевые слова: цитомегаловирус, вирус простого герпеса, беременность, виферон.

APPLICATION VIFERON AT A HERPES-VIRUS INFECTIONS AT THE WOMEN WHO ARE IN PENITENTION TO SYSTEM: A CURRENT OF PREGNANCY AND SORTS

*The Kuban state medical university, chair of infectious diseases both epidemiology FPK and PPS.
E-mail: mclinika@mail.ru*

The paper deals with herpesvirus infections (HVI) in obstetric practice. The purpose of the study was to evaluate the efficiency of therapy for HIV in pregnant women for the prevention of intrauterine infection of the newborn. A total of 1781 case histories of the women treated in 2006-2009 were retrospectively analyzed. To enhance the efficiency of the therapy, viferon was given during the basic therapy. This procedure showed a high efficiency, which was reflected in the better course of pregnancy and in low neonatal morbidity rates.

Key words: cytomegalovirus, herpes simplex virus, pregnancy, therapy.

Широкое распространение цитомегаловируса (ЦМВ) и вируса простого герпеса (ВПГ) приводит к повышению ежегодной заболеваемости среди взрослых и детей. Инфицирование герпес-вирусными инфекциями (ГВИ) во время беременности, их длительное латентное рецидивирующее течение оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности и родов, являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности.

Согласно исследованиям Н. П. Шабалова, около 2% детей инфицируются внутриутробно и почти 10% – во время родов или сразу после них. С проявлениями внутриутробного инфицирования (ВУИ) рождаются от 10 до 53% детей. При ВУИ плода мертворождаемость составляет 14,9–16,8%, а ранняя неонатальная заболеваемость – 5,3–27,4% [8].

Европейским региональным бюро ВОЗ герпетическая и ЦМВ-инфекции отнесены в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии [5, 6].

Вопросы профилактики и лечения герпес-вирус-заболеваний привлекают все большее внимание педиатров и акушеров-гинекологов. В настоящее время отсутствует система профилактики этих заболеваний. Вопросы противовирусной химиотерапии остаются недостаточно разработанными. По мнению некоторых авторов, наиболее эффективными средствами являются препараты, которые оказывают ингибирующее действие на вирус [2]. Однако их длительный прием чаще всего невозможен из-за высокой токсичности для новорожденного (гепатотоксичность, депрессия кроветворения). Наиболее перспективно использование интерферонов и индукторов интерферона при лечении новорожденных [3].

Цель нашей работы – оценка эффективности лечения ГВИ у беременных, находящихся в пенитенциарной системе, для профилактики ВУИ новорожденных.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализирована 1781 история болезни беременных женщин, проходивших лечение в Усть-Лабинской исправительной колонии (ИК-3) в 2006–2009 гг.

Интерес представляли случаи носительства ЦМВ и/или ВПГ. Для диагностики использовались методы полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуноферментного анализа (ИФА). В анамнезе ГВИ имели 363 (20,4%) женщины. У 322 (18%) определялись только IgG в титрах ниже диагностического.

У 41 (2%) выявлены высокие титры IgG к ЦМВ и/или ВПГ, нарастание титров в динамике, положительные IgM, и/или определялся антиген (ИФА, ПЦР). Эти пациентки и вошли в исследование.

У данных больных провели оценку исходов беременности и родов на основании общеклинических данных, результатов гистологического исследования плаценты, оценки состояния новорожденных, исследования некоторых факторов специфического риска (возраст, образование, время постановки на диспансерный учет по беременности).

Женщин разделили на 2 группы:

1-я группа – получившие лечение во время беременности на различных сроках (n=34);

2-я группа – не получившие лечения (n=7), ГВИ у них была диагностирована на сроках 37–38 недель беременности при поступлении на дородовую госпитализацию.

Беременные и впоследствии родившие женщины находились в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст 25,9 года).

1-я группа проходила терапию по методике: поэтапное лечение с 27-й недели беременности, где на фоне базовой терапии назначали противовирусный препарат ГВИ виферон. 17 пациенток получали лечение по поводу ГВИ, проходили лечение вифероном в сроки с 28-й по 34-ю неделю (виферон 1 150 000 МЕ, в ректальных свечах), в сроки с 35-й по 40-ю неделю гестации (виферон 2 500 000 МЕ, в ректальных свечах).

Результаты и обсуждение

Средний возраст осужденных в 1-й группе 26 лет, во 2-й группе – 23,4 года. В 1-й группе высшее и незаконченное высшее образование зафиксировано у 28,8% пациенток, во 2-й – у 22,8%, среднее – у менее 20% и чуть менее 30% соответственно. Кроме этого в 1-й группе преобладали замужние женщины, во 2-й – незамужние.

Первобеременных и первородящих в 1-й группе насчитывалось 22 (64,7%), во 2-й – 2 (28,6%); повторнобеременных первородящих – 7 (20,6) и 3 (42,85%) соответственно; повторнобеременных повторнородящих – 12 (35,3%) и 2 (28,6%) соответственно.

Таким образом, первородящие женщины составили большинство.

Необходимо отметить, что до наступления настоящей беременности ГВИ у наших пациенток выявлены не были, следовательно, специфического лечения до беременности не проводилось.

Распределение исходов родов у беременных с ГВИ

Исход родов	1-я группа		2-я группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Своевременные роды	33	97	3	42,85	36	87,8
Преждевременные роды	1	2,9	4	57,1	5	12,2
Оперативные роды	12	35,3	2	28,6	14	34,1
Преждевременное излитие вод	6	17,6	3	42,85	9	22
Мертворожденный	–	–	1	14,3	1	2,4
Задержка внутриутробного развития	1	2,9	2	28,6	3	7,3
Новорожденные, прошедшие реанимацию	–	–	3	42,85	3	7,3

Таблица 2

Заболеваемость новорожденных

Патология	1-я группа		2-я группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Синдром дыхательных расстройств	1	2,9	3	42,85	4	10
Задержка внутриутробного развития	3	8,8	2	28,6	5	12,5
Церебральная ишемия	2	5,9	-	-	2	5
Гнойный конъюнктивит с реализацией на 8-е сутки	-	-	3	42,85	3	7,5

Результаты анализа исходов родов у беременных с ГВИ представлены в таблице 1.

Высокий процент оперативного родоразрешения – 34,1, о чем свидетельствует таблица 1, не связан с ГВИ, поскольку показания к этому таковы: миопия высокой степени, повторные оперативные роды, аномалии родовой деятельности. Родоразрешение по поводу ГВИ, а именно в связи с обострением генитального герпеса, проведено у 2 женщин.

Как видно из таблицы 1, наиболее часто встречающимся осложнением родов является преждевременное излитие околоплодных вод – 22% (n=9); этот показатель совпадает с данными Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва [1].

Преждевременное излитие околоплодных вод, по мнению некоторых российских и зарубежных исследователей, является следствием изменений плодных оболочек, вызванных воспалительными изменениями и трансмуральными некрозами вследствие наличия инфекции, которые способствуют разрыву плодного пузыря и преждевременному излитию околоплодных вод [1, 4, 7]. Кроме этого вне зависимости от лечения изменения в последах имелись у 95,1% больных.

При оценке состояния новорожденных на момент рождения по шкале Апгар от рожениц с ГВИ получены результаты, более низкие оценки при рождении имели новорожденные от женщин, не получивших лечения ГВИ. Оценку по шкале Апгар ниже 7 баллов имели в 1-й группе 2 (5,1%), во 2-й – 5 (71,4%). Также в данной группе отмечен случай антенатальной гибели плода.

Распределение новорожденных по заболеваниям перинатального периода от рожениц с ГВИ показано в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что заболеваемость в 1-й группе составила 17,6%, во 2-й – 100%.

Наиболее частыми во 2-й группе были респираторные нарушения как у недоношенных новорожденных (n=2), так и у доношенных (n=1). Новорожденные из этой группы прошли через отделения реанимации (искусственная вентиляция легких в раннем неонатальном периоде на фоне декомпенсированной дыхательной недостаточности), также наблюдались случаи ВУИ, 30% новорожденных во 2-й группе родились с задержкой внутриутробного развития.

Новорожденные от женщин из 1-й группы имели более благоприятные исходы. Случай преждевременных родов в данной группе произошел на сроке 31–32 недели беременности, несмотря на гестационный возраст, новорожденный имел дыхательную недостаточность легкой степени; задержка внутриутробного развития отмечена менее чем у 10%.

Выявили, что уровень образования, семейное положение не оказали существенного влияния на исход беременности и родов, тогда как ранняя диагностика сопутствующей патологии, вовремя проведенное противовирусное лечение вифероном оказали достоверно положительный эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская Е. И., Жаворонок С. В., Супрун Л. Я., Воронецкий А. Н. // Акуш. и гинекол. – 2004. – № 5. – С. 23–29.

2. Кузьмин В. Н. // Лечащий врач. – 2002. – № 11. – С. 22–25.
 3. Малкова Е. Н., Помогаева А. П., Кравец Е. Б. // Педиатрия. 2002. – № 1. – С. 36–40.
 4. Марков О. В., Бахарева И. В., Ганковская Л. В., Идрисова Л. С. // Рос. вестн. акуш. и гин. – 2006. – № 1. – С. 11–15.
 5. Тютюнник В. Л., Аракелян А. С. // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12. – № 13. – С. 800–802.
 6. Узлова Т. В., Русанова Н. Н., Миночкин П. И., Николук Л. Н. Диагностика, профилактика и дифференцированная терапия

внутриутробной инфекции: Учеб.-метод. пособие для врачей и студентов. – Челябинск, 2002.

7. Цхай В. В., Прахин Е. И., Даценко А. В., Ульянова И. О. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2002. – № 6. – С. 14–17.
 8. Шабалов И. П., Цвелелева Ю. В. Основы перинатологии. – М., 2002.

Поступила 06.01.2009

Н. П. ЛИСИЦЫНА¹, П. А. ГАЛЕНКО-ЯРОШЕВСКИЙ², Х. П. ТАХЧИДИ³

МЕСТНО-АНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЙ ПРОИЗВОДНОГО ИМИДАЗОБЕНЗИМИДАЗОЛА РУ-1148 С ВИЗИТОНОМ-ПЭГ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПОВЕРХНОСТНЫМ МЕТОДОМ

¹Краснодарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Росздрава», г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6;

²кафедра фармакологии Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

³ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Росздрава», г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а. E-mail: kybfarma@rambler.ru

Показано, что при поверхностном методе анестезии роговицы глаза кролика сочетание производного имидазобензимидазола РУ-1148 с визитон-ПЭГ по обезболивающей активности, глубине и длительности анестезирующего эффекта значительно превосходит РУ-1148, приготовленное на физиологическом растворе. Оба сочетания, в которых РУ-1148 содержится в 0,0312, 0,0625, 0,125, 0,5, 1 и 2%-ной концентрациях, не оказывают раздражающего действия на конъюнктиву и роговицу.

Сочетания РУ-1148 с визитон-ПЭГ при наличии в них РУ-1148 в концентрациях 0,03125–0,5% вызывают дозозависимый анестезирующий эффект и сохраняют стабильность (прозрачность растворов).

Ключевые слова: поверхностная анестезия, композиция РУ-1148 + визитон-ПЭГ.

N. P. LISITSINA¹, P. A. GALENKO-YAROSHEVSKY², Ch. P. TACHIDI³

LOCAL ANESTHETIC ACTIVITY OF IMIDAZOBENZIMIDAZOLE DERIVATIVE RU-1148 WITH VIZITON- PEG IN THE METHOD OF TOPICAL ANESTHESIA

¹Krasnodar branch of FGU «ISTC» Eye Microsurgery «named after Acad. S. Fedorov of Roszdrav», Krasnodar, st. Krasnykh Partizan, 6;

²Department of Pharmacology of Kuban State Medical University, Krasnodar, st. Sedina, 4;

³FGU «ISTC» Eye Microsurgery «named after Acad. S. Fedorov of Roszdrav», Moscow, Beskudnikovsky Boulevard, 59a. E-mail: kybfarma@rambler.ru

It was shown, that when using the method of topical anesthesia of rabbits eye cornea combination of imidazobenzimidazole derivative RU-1148 with Viziton-PEG on the activity of pain control, the depth and duration of anesthetic effect has significant supremacy over RU-1148, prepared in the physiologic salt solution. Both combinations, containing RU-1148 in concentrations of 0,0312, 0,0625, 0,125, 0,5, 1 and 2% do not cause an irritating effect on conjunctiva and eye cornea.

Combinations of RU-1148 with Viziton-PEG containing RU-1148 in concentrations 0,03125–0,5% cause a dose dependent anesthetic effect and maintain stable solution.

Keywords: topical anesthesiology, composition of RU-1148 + Viziton-PEG.

Показано, что производное имидазобензимидазола РУ-1148 (лабораторный шифр) оказывает выраженное местно-обезболивающее действие в условиях поверхностной (терминальной) анестезии, превосходя по активности и широте терапевтического действия дикаин [1].

В офтальмологической практике при оперативных вмешательствах на роговице глаза нередко одновременно используют различные местные анестетики (дикаин, лидокаин, маркаин) и вискоэластик визитон-ПЭГ (протектор эпителия гелевый), содержащий гидроксипропилметилцеллюлозу и имеющий рН, равный 7,2–7,4 [4–6, 11].