



КОРЕКЦІЯ БІОТОПУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ



В.О. БЕНЮК

д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Л.Д. ЛАСТОВЕЦЬКА

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

О.А. ЩЕРБА

асистент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

Контакти:

Бенюк Василь Олексійович
Київський міський пологовий будинок № 3, кафедра акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця
03148, Київ, Василя Кучера, 7
тел.: +38 (044) 405 02 51
e-mail: ag3nmu@gmail.com

ВСТУП

Проблема захворювань, що передаються статевим шляхом, зберігає свою актуальність у зв'язку з впливом на репродуктивну функцію і якість життя. Ці хвороби складають 50-80% у структурі загальної гінекологічної захворюваності [1, 2]. Частота їх зростає, що пов'язано з підвищенням сексуальної активності у молодому віці, невпорядкованим статевим життям, порушенням мікроекології піхви, дисбіозом кишечника, медичними маніпуляціями, у тому числі абортами і введенням внутрішньоматкових контрацептивів, несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, неконтрольованим застосуванням лікарських засобів та ін. [1–5, 10–11].

Відомо, що нормальна мікрофлора статевих шляхів за певних умов набуває патогенних властивостей, а її представники стають збудниками ряду захворювань. Дослідження останніх років свідчать про те, що 95% усіх вагінальних виділень, з приводу яких жінки звертаються до гінеколога, пов'язані з такими захворюваннями, як цервіцит, що зумовлений *Chlamidia trachomatis*, *Herpes simplex* або *Neisseria gonorrhoea*, а також із кандидозним вульвовагінітом і бактеріальним вагінозом [1, 7–9]. У структурі захворювань, що впливають на репродуктивне здоров'я жінок, особливу роль відіграють вірусні інфекції. Генітальний герпес (ГГ) є широко розповсюдженим захворюванням людини, яке має епідемічне поширення у

світі. За даними ВООЗ, вірусами простого герпесу інфіковано до 90% дорослого та дитячого населення, а смертність, обумовлена герпетичною інфекцією, посідає друге місце (15,8%) після грипу (35,8%) [3, 5–7].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Існує 8 типів вірусу простого герпесу (ВПГ). Маючи нейродермотропізм, ВПГ уражає шкіру та слизові оболонки (найчастіше на обличчі і в ділянці статевих органів), центральну нервову систему (зумовлюючи менінгіти, енцефаліти), очі (кон'юнктивіти, кератити). ГГ викликають два найпоширеніші серотипи – ВПГ 1-го типу (ВПГ-1) та ВПГ 2-го типу (ВПГ-2). Проте останнім часом з'явилися дані, що ВПГ різних типів можуть переходити один в інший [6].

ГГ передається переважно статевим шляхом або дитина інфікується в пологах від хворої матері під час проходження родовим каналом [6, 7]. Воротами інфекції є шкіра і слизові оболонки. Вірус потрапляє на слизову оболонку або пошкоджену шкіру зі слиною, спермою або в результаті контакту з герпетичними ураженнями шкіри та слизових хворої людини. Після проникнення ВПГ зберігається в організмі людини довічно у вигляді латентної інфекції [2–6]. Однак стан коменсалізму не є постійним. Герпетична інфекція може активізуватись, переходячи в клінічно виражені форми під впливом факторів, що ослаблюють організм [1, 8–10] (рис. 1).

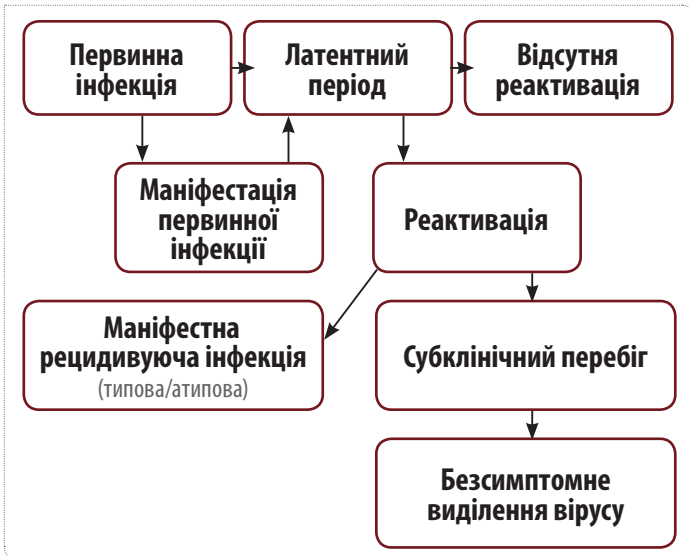


РИСУНОК 1. ПЕРЕБІГ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

ВПГ обумовлює патологію вагітності та пологів, нерідко призводить до мимовільних абортів і внутрішньоутробної загибелі плода або викликає генералізовану інфекцію у новонароджених. Відзначається зв'язок ГГ з раком шийки матки і раком передміхурової залози.

Клінічні прояви ГГ у жінок більш виражені, ніж у чоловіків. Симптоми захворювання з'являються через 2–14 днів після контакту. Спочатку виникають загальні симптоми (лихоманка, м'язові, суглобові і головні болі). За кілька днів з'являються локальні симптоми – характерні болючі везикули, що зливаються у грона. Вони швидко розкриваються, відкриваючи під собою ерозивну поверхню. Герпетичні інфекції нерідко супроводжуються приєднанням вторинної бактеріальної флори [6]. Досить часто відзначається атипичний перебіг або стерта форма ГГ. Класичні симптоми ГГ спостерігаються лише у 20% хворих. Значна частина пацієнтів має мінімальні клінічні прояви, які можуть бути залишені без уваги. Рецидивування інфекції зазвичай відбувається у людей, які мають специфічний комбінований імунodefіцит [3, 6, 7].

На сьогодні лікування герпетичної інфекції залишається складним завданням. Незважаючи на великий арсенал протівірусних засобів, важко знайти препарат із наявністю комплексного механізму дії, тобто можливістю одночасного впливу на різні ланки захворювання [1, 3, 6, 7].

Останніми роками терапія інфекцій статевої системи практично не обходиться без призначення препаратів, які підвищують власні захисні сили організму. Так, встановлено, що при рецидивуючому герпесі здатність лейкоцитів виробляти інтерферони знижується в 100 разів під час рецидиву та в 10 разів у період ремісії, що й визначає необхідність оптимізації методів лікування [12].

Головним завданням у лікуванні ГГ є не тільки вплив на різні етапи репродукції ВПГ, але й підвищення антиінфекційної резистентності організму. З цього погляду заслуговує на увагу препарат Лавомакс (ОАО «Ніжфарм»), діюча речовина якого тілорон має протівірусні та імунomodulatory властивості. Препарат випускається в таблетках по 125 мг. Тілорон стимулює утворення в організмі α -, β - та γ -інтерферонів. Основними продуцентами інтерферону у відповідь на вве-

дення Лавомаксу є клітини епітелію кишечника, гепатоцити, Т-лімфоцити та нейтрофіли. Препарат стимулює стовбурові клітини кісткового мозку, залежно від дози підсилює антитілоутворення, зменшує ступінь імуносупресії, відновлює співвідношення Т-хелпери/Т-супресори. Ефективний стосовно різних вірусних інфекцій, у тому числі щодо герпесу. Механізм антивірусної дії даного засобу пов'язаний із пригніченням трансляції вірус-специфічних білків у інфікованих клітинах, у результаті чого пригнічується репродукція вірусів. Після прийому всередину тілорон швидко всмоктується зі шлунково-кишкового тракту. Біодоступність складає 60%. Близько 80% препарату зв'язується з білками плазми. Виводиться практично в незміненому вигляді з калом (70%) та сечею (9%). Період напіввиведення складає 48 годин. Препарат не біотрансформується та не накопичується в організмі.

Стосовно лікування запального процесу нижнього відділу жіночих статевих органів також заслуговує на увагу препарат, до складу якого входять протимікробні та метаболічні компоненти, зокрема, комбінований препарат для місцевого застосування Депантол (ВАТ «Ніжфарм») у вагінальних супозиторіях, який має регенеруючу, антисептичну та метаболічну дію. Діючими речовинами засобу є декспантенол (0,1 г) та хлоргексидин (0,016 мг). Декспантенол стимулює регенерацію слизових оболонок, підсилює мітоз та збільшує міцність колагенових волокон. Хлоргексидин активний по відношенню як до граммпозитивних, так і до грамнегативних бактерій, найпростіших, дерматофітів, дріжджових грибів, а також вірусу герпесу. Хлоргексидин зберігає фармакологічну активність у присутності крові, гною і низки секретів. Основа свічок (поліетиленоксид) за рахунок високої молекулярної маси має осмотичну та сорбційну дію, стимулює регенерацію слизових оболонок, нормалізує клітинний метаболізм.

Мета дослідження: оцінити стан біотопу піхви у жінок репродуктивного віку з рецидивуючим ГГ та знизити частоту рецидивів захворювання шляхом використання комплексної протівірусної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами обстежено 87 жінок віком від 18 до 35 років, з яких 67 – хворі на рецидивуючий ГГ, котрі відповідали критеріям включення згідно з протоколом. До контрольної групи увійшли 20 гінекологічно здорових жінок. Досліджувані основної і контрольної груп були репрезентативні за віком і даними акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезів.

Діагностику ГГ проводили на основі сукупності анамнестичних і клініко-лабораторних досліджень: бактеріоскопічного дослідження вмісту піхви та цервікального каналу шийки матки, імуноферментного аналізу сироватки крові для визначення антитіл і полімеразної ланцюгової реакції сироватки крові та цервікального слизу для визначення вірусної ДНК ВПГ-2. Також виконано бактеріоскопічні та бактеріологічні дослідження вмісту піхви.

Відповідно до завдань дослідження всі пацієнтки з ГГ перед призначенням терапії були рандомізовані на 2 групи, ідентичні за віком, проявами і тривалістю запального процесу. У I (основну) групу увійшли 35 хворих, яким проводили комплексну терапію, до складу якої входили: протівірусний препарат групи

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ациклічних нуклеозидів ацикловір перорально по 200 мг 5 разів на добу протягом 10 днів. Патогенетична терапія також включала пероральний імуномодулятор із вираженою інтерфероновою активністю і протівірусним ефектом Лавомакс. Препарат призначали по 0,125 г за такою схемою: перші дві доби по 125 мг, згодом по 125 мг кожні 48 годин. Курс лікування препаратом Лавомакс тривав 18 днів. Окрім того, згідно зі стандартними призначеннями місцево застосовували комбінований препарат Депантол, по 1 вагінальному супозиторію двічі на добу протягом 10 днів, з подальшим призначенням еубіотиків (по 1 вагінальній свічці на ніч упродовж 10 днів).

До II (порівняльної) групи ввійшли 32 хворих, яким проводилась протівірусна терапія, що включала ацикловір усередину по 200 мг 5 разів на добу протягом 10 днів з подальшим призначенням еубіотиків.

Контроль ефективності терапії здійснювали шляхом оцінки динаміки скарг, клінічних симптомів захворювання, ерадикації збудників на 5-ту та 10-ту добу лікування, а також через 1, 3, 6 місяців після закінчення терапії, з детальною оцінкою скарг, даних огляду і результатів лабораторно-інструментального обстеження. Збір крові та виділень із сечостатевої системи для дослідження показників проводили в ті ж самі терміни.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали за допомогою програм Statistica 6.0 та Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагноз ГГ в усіх випадках підтверджений даними лабораторних досліджень. Клінічні прояви вірусної патології були досить варіабельними. Аналіз клінічних проявів показав, що хворі репродуктивного віку скаржились на білі – 42 жінки (62,7%), дискомфорт з боку промежини – 29 (43,3%),

свербіж – 35 (52,2%) пацієнток. Значно рідше спостерігався підвищений пасаж сечі – у 9 (13,4%) хворих. При цьому у 33 жінок (49,2% випадків) спостерігалися характерні прояви асимптомної форми герпесвірусного вульвовагініту.

Під час інфектологічного дослідження у більшості обстежених пацієнток було діагностовано дисбіоз піхви, при якому спостерігалось різке зниження або повна відсутність лактобактерій, рясна поліморфна грам-позитивна і грам-негативна паличкова і кокова флора. Серед умовно-патогенної флори переважали пептострептококи (43,3%), *Corynebacterium vaginalis* (56,7%), стафілокок епідермальний (65,7%) (табл. 1).

Таким чином, зміни біотопу піхви, клінічні прояви ГГ у хворих репродуктивного віку демонструють глибокі порушення стану мікробного пейзажу.

При дослідженні вмісту специфічних антигерпетичних імуноглобулінів (IgM та IgG) у сироватці крові хворих жінок встановлено значне підвищення їх рівня порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$) (табл. 2). На фоні лікування рівень IgG мав достовірну тенденцію до зниження тільки у пацієнток I групи. Дослідження вмісту лізоциму у хворих показало достовірне зниження його рівня в цервікальному слизі в 2,8 рази порівняно з відповідним показником у крові. В процесі лікування нами виявлено достовірне підвищення рівня лізоциму в цервікальному слизі, особливо у пацієнток I групи – в 2,3 рази ($p < 0,05$) (табл. 2).

Результати проведеного нами обстеження стану клітинного імунітету у хворих на рецидивуючий ГГ показали значні зміни клітинних компонентів імунної системи, а саме збільшення такого показника, як «сума кілерів» (CD8+ і CD16+), що відображає цитотоксичний потенціал лімфоцитів у крові

ТАБЛИЦЯ 1. ПОКАЗНИКИ БІОТОПУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ГГ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Мікроорганізми	Частота виділення (абс. ч., %)			
	До лікування* (n = 67)	Групи обстеження		Контрольна група* (n = 20)
		Після лікування		
		I група (основна)* (n = 35)	II група (порівняння)* (n = 32)	
<i>Lactobacillus spp.</i>	10 (15,0)	25 (74,8)	13 (40,6)	15 (75)
<i>Enterococcus</i>	27 (40,3)	7 (20)	11 (34,3)	3 (15)
<i>Peptococci spp.</i>	29 (43,3)	4 (11,4)	8 (25)	1 (5)
<i>Staphylococcus aureus</i>	6 (9,0)	2 (5,7)	3 (9,3)	1 (5)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	44 (65,7)	2 (5,7)	3 (9,3)	1 (5)
<i>Eherichia coli</i>	46 (68,7)	7 (20)	19 (59,3)	1 (5)
<i>Proteus</i>	15 (22,4)	0	5 (15,6)	0
<i>Enterobacter</i>	17 (25,4)	0	8 (25)	0
<i>Corinebacterium</i>	38 (56,7)	5 (14,3)	13 (40,6)	4 (20)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	50 (74,6)	2 (5,7)	19 (59,3)	1 (5)
<i>Mobiluncus spp.</i>	29 (43,3)	2 (5,7)	5 (15,6)	1 (5)
<i>Candida</i>	31 (46,3)	2 (5,7)	1 (3,1)	2 (10)
<i>Mycoplasma hominis</i>	34 (50,7)	2 (5,7)	8 (25)	1 (5)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	21 (31,3)	2 (5,7)	5 (15,6)	1 (5)

* $\geq 10^4$ КУО

ТАБЛИЦЯ 2. СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ ГГ ПРОТЯГОМ ЛІКУВАННЯ

Показники	Групи дослідження			
	До лікування (n = 67)	Після лікування		Контрольна група (n = 20)
		I група (основна) (n = 35)	II група (порівняння) (n = 32)	
Вміст IgM і IgG (відношення S/CO, signal/cutoff)				
IgM у сироватці крові	26,7 ± 1,08*	8,7 ± 0,4**	12,6 ± 1,04*	1,33 ± 0,16
IgG у сироватці крові	82,8 ± 1,45*	35,6 ± 1,2**	65,6 ± 1,1*	6,4 ± 0,9
Вміст IgA (S/CO)				
У сироватці крові	3,4 ± 0,29*	2,1 ± 1,5**	3,7 ± 1,1*	2,6 ± 0,07
У цервікальному слизі	3,5 ± 0,08*	4,8 ± 0,3**	3,9 ± 0,1*	4,5 ± 0,02
Вміст лізоциму (г/л)				
У сироватці крові	0,017 ± 0,02*	0,017 ± 0,03**	0,013 ± 0,02*	0,018 ± 0,01
У цервікальному слизі	0,07 ± 0,04*	0,15 ± 0,01**	0,10 ± 0,01*	0,17 ± 1,1

* різниця достовірна порівняно з показниками контрольної групи (p < 0,05)

** різниця достовірна порівняно з показниками II групи (p < 0,05)

ще на початку дії інфекційного агента (p < 0,05) (табл. 3). При цьому виявлено зниження продукції ендogenous інтерферону в усіх обстежених пацієнток порівняно з контрольною групою, що вказує на активацію макрофагально-моноцитарної ланки Т-лімфоцитів 1-го і 2-го типів (p < 0,05).

Нами встановлена кореляція між клінічною картиною захворювання і показниками стану імунної системи, інтерфероновим статусом пацієнток, що виявляється в наростанні частоти рецидивів залежно від ступеня вираженості зниження синтезу α- і γ-інтерферону, а також цитотоксичності природних кілерів та факторів місцевого імунітету.

Під час аналізу стану імунної системи обстежених хворих нами виявлена висока частота імунодефіциту. Це визначає необхідність проведення активної імунокорекції при комп-

лексному протизапальному лікуванні хворих репродуктивного віку з рецидивуючим ГГ, що може бути пов'язано як з вихідними, так і, можливо, з транзиторними його проявами.

Нами також встановлена кореляція між станом клітинного імунітету та динамікою клінічних проявів патологічного процесу протягом лікування. Після проведення запропонованого нами комплексного лікування показники неспецифічної резистентності й інтерферонового статусу достовірно значуще зросли, показники прозапальних цитокінів достовірно значуще знизились. Виявлено, що під впливом запропонованого комплексного лікування у жінок основної групи імунорегуляторний індекс (CD4+/CD8+) був у 1,4 рази вищим, ніж у групі порівняння (p < 0,05), що забезпечує надійний клінічний ефект та профілактику рецидивів (табл. 3).

ТАБЛИЦЯ 3. ПОКАЗНИКИ ІМУНОГРАМИ ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ ГГ ПРОТЯГОМ ЛІКУВАННЯ

Показник	Контрольна група	Групи обстеження		
		До лікування	Після лікування	
			I група (основна)	II група (порівняння)
Лейкоцити (×10 ⁹ /л)	5,8 ± 0,06	6,5 ± 0,13*	6,1 ± 0,06**	6,2 ± 0,07*
Лімфоцити, %	27,5 ± 1,09	32,5 ± 1,90*	34,4 ± 1,39**	32,1 ± 0,67*
CD3+, %	55,2 ± 2,20	63,2 ± 1,14*	62,4 ± 0,42**	60,2 ± 1,2*
CD4+, %	57 ± 1,65	37,9 ± 1,65*	51,9 ± 1,65**	46,2 ± 0,85*
CD8+, %	28 ± 0,83	38,1 ± 1,11*	26,2 ± 1,21**	32,3 ± 1,11*
Імунорегуляторний індекс CD4/CD8	2,0 ± 0,21	0,99 ± 0,03*	1,98 ± 0,08**	1,43 ± 0,09*
Натуральні кілери (CD16+), %	7,2 ± 0,81	10,3 ± 0,60*	10,3 ± 0,9**	13,2 ± 1,5*
Сума кілерів (CD8+ і CD16+), %	35,2 ± 0,93	48,4 ± 0,80*	36,5 ± 0,79**	45,5 ± 1,22*
B-лімфоцити (CD19+), %	16,8 ± 0,02	6,9 ± 0,01*	7,2 ± 0,04**	6,9 ± 0,09*
Сироватковий інтерферон, (Од/мл)	55,2 ± 2,20	0,7 ± 0,2*	1,9 ± 0,47**	1,3 ± 0,13*
Спонтанний інтерферон, (Од/мл)	2,1 ± 0,05	0,09 ± 0,2*	1,8 ± 0,09**	1,1 ± 0,07*
Інтерферон α, (Од/мл)	85,2 ± 1,65	26,7 ± 5,70*	78,3 ± 0,8**	32,1 ± 1,93*
Інтерферон γ, (Од/мл)	49,5 ± 0,21	19,1 ± 4,3*	39,5 ± 0,52**	23,3 ± 0,44*

* різниця достовірна порівняно з показниками контрольної групи (p < 0,05)

** різниця достовірна порівняно з показниками II групи (p < 0,05)

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ



95% усіх вагінальних виділень пов'язані з такими захворюваннями, як цервіцит, зумовлений *Chlamidia trachomatis*, *Herpes simplex* або *Neisseria gonorrhoea*, а також із кандидозним вульвовагінітом і бактеріальним вагінозом

На підставі порівняння ефективності проведеної нами терапії рецидивуючого ГГ у жінок репродуктивного віку статистично достовірно встановлено, що в I групі, хворі якої отримували запропоноване нами комплексне лікування, скарги зникали вже на 2–3 добу, тоді як у II групі зменшення свербіння й дискомфорту відзначалося лише на 5–6 добу (рис. 2). Епітелізація ерозій після розривів пухирців у I і II групах дослідження наставала в середньому на 5–6 і на 8–9 добу відповідно.

Дані порівняльних аспектів проведеного лікування доводять, що у 88,6% хворих I групи (яким проводилася комплексна терапія) відзначено відсутність побічних явищ, ерадикацію збудників під час контрольних обстежень, нормалізацію біотопу піхви (рис. 3).

Найближчі та віддалені результати ефективності проведеної терапії показали, що у жінок усіх груп

обстеження на фоні протівірусної терапії спостерігалось достовірне зниження титрів специфічних імуноглобулінів за даними імуноферментного аналізу вже через місяць після завершення курсу лікування. У II групі на фоні застосування препарату ацикловір в епізодичному режимі рецидиви знизились на 12,5%, тоді як використання комплексної терапії за запропонованою методикою дозволило знизити рецидиви ГГ на 22,8%. Слід відзначити, що у хворих I (основної) групи клінічні прояви рецидивів були менш вираженими порівняно з II групою спостереження.

Проведені дослідження через 3 місяці від початку лікування показали достовірне поліпшення вагінального пейзажу у жінок I (основної) групи: зміна спектру як аеробних, так і анаеробних мікроорганізмів, зниження їх титрів (до 10^2 – 10^3 КУО/мл), а також підвищення концентрації лактобацил (до 10^4 – 10^6 КУО/мл). Показники рН вмісту піхви знизились і склали 4,0–4,6, що, безсумнівно, сприяло поліпшенню загального стану і якості життя обстежуваних жінок ($p \leq 0,05$).

Через 6 місяців дослідження нами встановлено скорочення тривалості рецидивів (майже в 2 рази), подовження міжрецидивного періоду (майже в 1,5 рази, в середньому на $24,7 \pm 1,4$ доби) і зниження титрів специфічних імуноглобулінів до ВПГ-2 за даними імуноферментного аналізу (більш ніж у 2 рази), а також відсутність ВПГ за даними полімеразної ланцюгової реакції (табл. 4).

Нормалізація мікрофлори піхви за результатами бактеріоскопічних і бактеріологічних досліджень вагінальних виділень протягом 6 місяців обстеження в I (основній) групі мала місце у 76,4% обстежуваних, тоді як при лікуванні препаратом ацикловір у вигляді монотерапії – у 43,9% жінок II групи (рис. 2).

ВИСНОВОК

Таким чином, зміни поверхневого епітелію шийки матки при загостренні ГГ обумовлені зниженням захисних функцій, що створює умови для швидкого розвитку порушення біотопу піхви. В результаті підвищується чутливість до будь-яких пошкоджень, що може спричинити розвиток фонових і передракових процесів шийки матки, а в подальшому – її злоякісних новоутворень.

Проведена нами комплексна терапія ГГ у жінок репродуктивного віку з включенням імуномодулятора та місцевого антисептичного і регенеруючого препарату є ефективною у 88,6% випадків, приводить до підвищення параметрів неспецифічної резистентності організму, зниження рівнів прозапальних цитокінів, усунення дисбіозу, що сприяє нормалізації біотопу піхви у жінок із рецидивуючим ГГ.

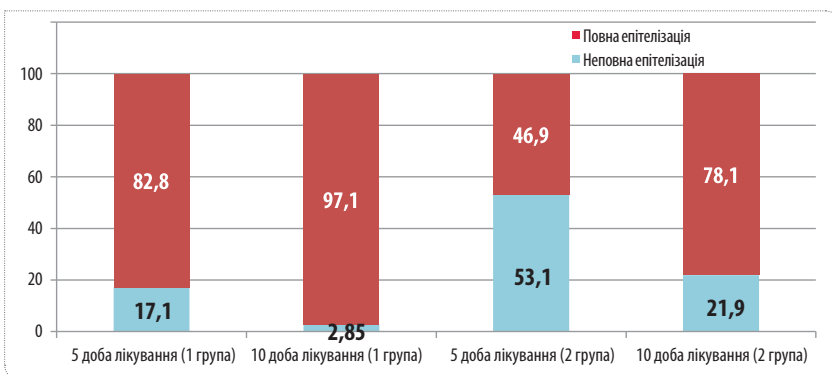


РИСУНОК 2. ЕПІТЕЛІЗАЦІЯ ГЕРПЕТИЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ У ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ, %

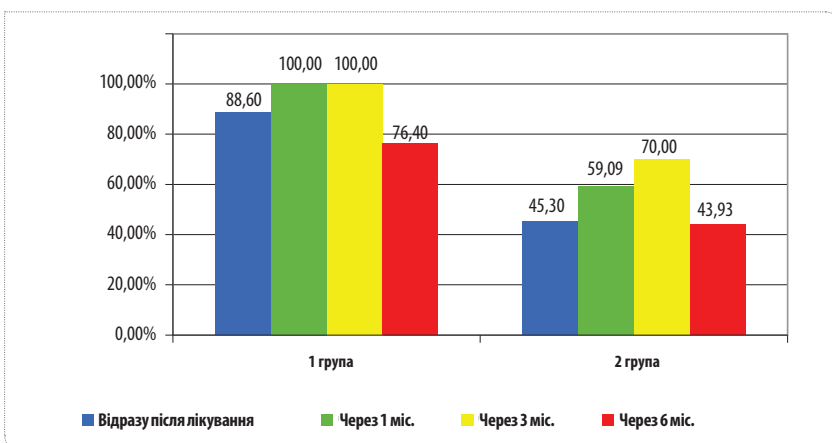


РИСУНОК 3. НАЙБЛИЖЧІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ЖІНОК ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ ГГ

ТАБЛИЦЯ 4. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ПРОТІВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ ГГ

Критерії	Групи дослідження	
	I група, основна (n = 35)	II група, порівняння (n = 32)
Частота рецидивів протягом року (абс. ч., %)	8 (22,9)	15 (46,9)
Тривалість епізодів загострення (доба)	$4,2 \pm 0,6$	$6,9 \pm 0,8$
Тривалість міжрецидивного проміжку (доба)	$91,4 \pm 1,8$	$66,7 \pm 1,4$

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бенюк, В.О. Етіопатогенетичні підходи до діагностики та лікування кандидозно-герпетичного вульвовагініту / В.О. Бенюк, О.А. Щерба, Л.Д. Ластовецька // Здоров'я жінки. — 2011. — № 9 (64). — С. 158–160.
Beniuk, V.O., Shcherba, O.A., Lastovetska, L.D. "Etiopathogenetical approaches to diagnosis and treatment of candidiasis and herpes vulvovaginitis." *Women's Health*, 9(64) (2011): 158–160.
2. Бенюк, В.А. Бактериальний вагіноз і сучасні можливості його лікування у жінок репродуктивного віку / В.А. Бенюк, Л.Д. Ластовецька, Т.Р. Никонюк, В.В. Мельник // Здоров'я жінки. — 2012. — № 3 (69). — С. 133–138.
Beniuk, V.A., Lastovetska, L.D., Nikiuniuk, T.R., Melnyk, V.V. "Bacterial vaginosis and the modern possibilities of its treatment of women of reproductive age." *Women's Health*, 3(69) (2012): 133–138.
3. Бенюк, В.А. Опыт применения препарата Вальтровир у пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом / В.А. Бенюк // Здоров'я жінки. — 2009. — № 1. — С. 193–195.
Beniuk, V.A. "Experience of the Valtrovir use in patients with recurrent genital herpes." *Women's Health*, 1(2009): 193–195.
4. Краснопольский, В.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В.И. Краснопольский, О.Ф. Серова, В.А. Туманова и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2004. — № 5. — С. 26–29.
Krasnopolskiy, V.I., Serova, O.F., Tumanova, V.A., et al. "Effect of infection on the reproductive system of women." *Russian Gazette of Obstetrician-Gynecologist*, 5(2004): 26–29.
5. Нітефор, І.Б. Стан клітинного імунітету у жінок із вірусною урогенітальною інфекцією та мимовільними викиднями / І.Б. Нітефор // Вісник наукових досліджень. — Тернопіль, 2005. — № 2. — С. 140–141.
Nitefor, I.B. "Status of cellular immunity in women with urogenital infections and viral miscarriage." *Bulletin of Scientific Research, Ternopil*, 2(2005): 140–141.
6. Панченко, Л.А. Герпес. Роль в патології людини. Противовірусні препарати // Харків, «Планета-Принт». — 2014. — 204 с.
Panchenko, L.A. Herpes. Role in human pathology. Antiviral drugs. Kharkiv. Planet Print (2014) 204 p.
7. Осипова, Л.С. Генітальний герпес. Особливості течення і лікування в сучасних умовах / Л.С. Осипова, І.Я. Кононенко, С.Я. Сольський, Ж.Н. Юрчук, А.А. Асатова // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 3. — С. 5–10.
Osipova, L.S., Kononenko, I.Y., Solskiy, S.Y., Yurchuk, J.N., Asatova, A.A. "Genital herpes. The course and treatment in modern conditions." *Ukrainian Journal of dermatology, venerology, cosmetology*, 3(2012): 5–10.
8. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия: руководство // М., 2002. — 436 с.
Strachunskiy, L.S., Kozlov, S.N. Modern Antimicrobial Chemotherapy: Guidelines. Moscow (2002) 436 p.
9. Bren, L. "Genital herpes: a hidden epidemic." *FDA Consum*, 2(36) (2002): 10–16.
10. Brughla, R. "Genital herpes infection: a review." *Int J Epidemiol*, 4(2) (1997): 698–709.
11. Leitich, H., Bodner-Adler, B., Braunbauer, M., et al. "Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis." *Am J Obstet Gynecol*, 189(2003): 139–147.
12. Тареева, Т.Г. Состояние иммунного и интерферонового статуса новорожденных при виферонотерапии беременных с цитомегаловирусной и герпетической инфекцией / Т.Г. Тареева, И.И. Антипова, В.В. Малиновская и др. // Рос. иммунол. журн. — 2000. — № 5 (2). — С. 193–202.
Tareeva, T.G., Antipova, I.I., Malinovskaya, V.V., et al. "Immune and interferon status of newborns at viferon treatment of pregnant women with cytomegalovirus and herpes infection." *Russian Immunological Journal*, 5(2) (2000): 193–202. □

КОРЕКЦІЯ БІОТОПУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ

В.О. Бенюк, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця
Л.Д. Ластовецька, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця
О.А. Щерба, асистент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

У статті вивчені сучасні аспекти біотопу піхви та його корекція у хворих репродуктивного віку з генітальним герпесом. Розглянуто результати клінічних досліджень. Доведена клініко-лабораторна ефективність комплексного протизапального лікування хворих із рецидивуючим генітальним герпесом. Встановлено, що включення препаратів Депантол і Лавомакс до комплексної терапії скорочує терміни лікування та зменшує кількість рецидивів генітального герпесу.

Ключові слова: корекція біотопу піхви, генітальний герпес, Депантол, Лавомакс.

КОРРЕКЦИЯ БИОТОПА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

В.А. Бенюк, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца
Л.Д. Ластовецкая, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца
Е.А. Щерба, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

В статье изучены современные аспекты биотопа влагалища и его коррекция у больных репродуктивного возраста с генитальным герпесом. Рассмотрены результаты клинических исследований. Доказана клинико-лабораторная эффективность комплексного противовоспалительного лечения больных с рецидивирующим генитальным герпесом. Установлено, что включение препаратов Депантол и Лавомакс в комплексную терапию сокращает сроки лечения и уменьшает количество рецидивов генитального герпеса.

Ключевые слова: коррекция биотопа влагалища, генитальный герпес, Депантол, Лавомакс.

CORRECTION OF VAGINAL BIOTOPE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH GENITAL HERPES

V.O. Beniuk, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets
L.D. Lastovetska, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets
O.A. Shcherba, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets

The article studied modern aspects of vaginal biotope and its correction in patients of reproductive age with genital herpes. Results of clinical trials were reviewed. Clinical and laboratory efficiency of complex anti-inflammatory treatment of patients with recurrent genital herpes have proved. It was found that the inclusion of drugs Depantol and Lavomax in the complex therapy reduced the treatment time and the recurrences number of genital herpes.

Keywords: biotope correction of vagine, genital herpes, Depantol, Lavomax.