

УДК:618.2:616-022:615.373.3

Реаферон-ЕС Липинт в лечении урогенитальных инфекций у женщин, планирующих беременность

С.Д. Яворская, Е.В. Лучникова, А.С. Хабаров

Консультативно-диагностический центр

Алтайский государственный медицинский университет

Сегодня современное Российское общество характеризуется выраженными процессами старения и ухудшения соматического здоровья нации[3]. Поэтому одной из важнейших медико-социальных проблем современности стала проблема повышения рождаемости, а основной акушерской задачей – рождение не только живого, но и здорового потомства, что возможно у исходно здоровой матери, благополучном течении беременности и родов. В программах направленных на решение этих проблем вопросы планирования беременности и прегравидарной подготовки являются ключевыми [5].

В то же время, по данным многоцентровых исследований, в последние годы отмечен рост заболеваний, передающихся половым путем [4]. Урогенитальные инфекции составляют 60-65% от всей регистрируемой гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста [3]. Вирусно-бактериальные инфекции оказывают множество неблагоприятных воздействий на здоровье человека, но наиболее значимый урон, наносится системе репродукции. Инфекции урогенитального тракта являются частой причиной негормонального бесплодия, эктопических беременностей, невынашивания и оказывают неблагоприятное влияние на

приема антибиотиков. Пациенты 2 группы получали только Реаферон- ЕС-Липинт и Инфагель (мазь интерферона альфа 2 рекомбинантного на гидрогелевой основе, (производство ЗАО «Вектор-Медика», Новосибирск) местно 10 дней.

Перед началом работы была составлена карта-анкета, где кроме результатов клинико-лабораторного обследования отражалась субъективная оценка эффективности лечения, данные врачом и пациенткой на 5, 10 день комплексного лечения и через 2 недели после его окончания. Весь, выше перечисленный, объем исследований проводился дважды: до начала терапии и через 2 недели после окончания лечения.

Результаты исследования и их обсуждение.

Перед началом лечения наиболее частой жалобой, включенных в исследование женщин, было наличие белей 10 (62,5%) и общую слабость 8 (50%). Каждая третья (31,25%) пациентка периодически испытывала боли внизу живота и в области промежности, каждая четвертая (25%) – зуд и высыпания на наружных половых органах. Только у 2 пациенток (12,5%) жалобы отсутствовали.

Наибольшая доля женщин наблюдала эти симптомы в течение 2-3 последних месяцев. Только у одной пациентки 2 группы зарегистрировано длительное, 5 лет, течение герпес-вирусной инфекции.

Соматический анамнез был отягощен у 14 (87,5%) из 16 пациенток.

Пациентки 1 группы преимущественно страдали нейро-циркуляторной дистонией (57,1%) и имели патологию щитовидной железы (42,8%), а пациентки 2 группы были более склонны к заболеваниям воспалительного и аутоиммунного характера (хр.гастрит, хр. бронхит, бронхиальная астма, хр. пиелонефрит, цистит т.д.). Это можно объяснить тем, что вирусы размножаясь в Т- и В- лимфоцитах, повреждают иммунокомпетентные клетки и нарушают генетические механизмы, контролирующие иммунные реакции на уровне клеток и иммунных медиаторов [7].

В результате клинического обследования и данных УЗИ гениталий на момент обследования было установлено, что каждая вторая пациентка имела гинекологические заболевания, которые преобладали у пациенток 1 группы (71,4%). В структуре гинекологических заболеваний наиболее часто выявлялись хр.эндометрит (1 группа – 42,8%, 2 группа – 11,1%), миома матки (только в 1 группе – 28,5%) и малые формы эндометриоза (1 – 14,3%, 2 – 11,1%), т.е. те заболевания, в патогенезе которых значительную роль играют иммунные нарушения.

Репродуктивный анамнез был отягощен у всех женщин. До настоящего момента, 5 (31,2%) женщин лечились по поводу первичного (2 пациентки) и вторичного бесплодия. У одной пациентки предыдущая беременность закончилась антенатальной гибелью плода в 34 недели беременности, у 4-х самопроизвольными выкидышами. У остальных женщин в анамнезе имелись роды, но беременности протекали на фоне фетоплацентарной недостаточности, клинически манифестирующей длительной угрозой прерывания и/или гестозом беременных.

Эффективность проводимой терапии оценивалась, прежде всего, по клинико-лабораторным данным. В результате общеклинического обследования пациенток были установлены некоторые особенности (табл. 1).

Таблица 1

Показатели красной крови у обследованных женщин до и после лечения

Группы обследованных	Уровень лейкоцитов $M \pm m \times 10^9$		СОЭ, мм/ч $M \pm m$	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения

I группа n=7	7.81±0.28	6.88±0.19	15.3±1.14	8.14±0.89
II группа n=9	6.4±0.25	6.5±0.29	9.6±1.62	9.2±1.45
Всего	7.01±0.23	6.66±0.27	12.7±1.5	8.75±0.87

Отрицательный С-реактивный белок у всех пациенток, нормальный уровень лейкоцитов, но увеличенное СОЭ до проведенного лечения можно интерпретировать как наличие хронической воспалительной реакции в организме. В результате лечения у пациенток 1 группы практически в 2 раза снизился уровень СОЭ и отмечалось достоверное снижение уровня лейкоцитов. У пациенток 2 группы, где применялась монотерапия, уровень лейкоцитов и СОЭ практически не изменился.

Несмотря на отсутствие статистически значимых изменений изученных показателей иммунной системы, была установлена выраженная тенденция к восстановлению указанных параметров иммунного статуса. Так, если до лечения, все показатели были в норме только у 2 (12,5%) пациенток (в каждой группе по одной), то после лечения нормальные показатели определялись в 3 раза чаще (37,5%) (у 4 пациенток первой группы (57,1%) и 2 пациенток 2 группы (22,2%)).

Повтор ПЦР-диагностики, через 2 недели после окончания лечения, дал отрицательный результат на наличие инфекционного генома у всех пациенток 1 группы и у 7 (77,7%) пациенток 2 группы.

По оценке врачей, курирующих пациентов, после проведенной терапии положительный эффект быстрее наступал у пациенток 2 группы с наличием герпес-вируса. Уже на 5 сутки у них уменьшался или прекращался зуд, исчезала боль и значительно уменьшались герпетические высыпания на наружных половых органах. У пациенток первой группы симптомы вульвовагинита исчезали несколько позже – 10 – 14 день от начала лечения.

Таблица 2

Субъективная оценка эффективности лечения, пациенток групп сравнения, врачом

Группы сравнения	Отсутствие динамики клинических симптомов		Улучшение состояния		Полное исчезновение симптомов		Сроки исчезновения симптомов сутки М±m
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
I группа n=7	-	-	3	42.8	4	57.1	11.1±1.09
II группа n=9	1	11.1	3	33.3	5	55.5	4.4±0.87
Всего n=16	1	6.25	6	37.5	9	56.25	9.7±0.60

По отзывам самих женщин, через 2 недели после окончания лечения, 6 пациенток (85,7%) 1 группы и 5 (55,5%) женщин из 2 группы считали, что их здоровье стало намного лучше. Только 1 (11,1%) пациентка 2 группы отмечала отсутствие эффекта от проводимой терапии, то же самое отметил и ее лечащий врач. Остальные пациенты отмечали улучшение общего состояния, но неполное исчезновение ранее имеющихся жалоб.

Выводы:

1. Препарат «РЕАФЕРОН–ЕС-ЛИПИНТ» в комплексной терапии урогенитальных инфекций эффективен в 100% , при монотерапии заболеваний вирусной этиологии, только в 77,7% случаев.

2. Включение препарата «РЕАФЕРОН–ЕС-ЛИПИНТ» в комплексную терапию урогенитальных инфекций позволяет уменьшить длительность курса антибиотикотерапии и в более короткие сроки добиться стойкого клинического эффекта.

3. Учитывая то, что наряду с клиническим выздоровлением нормализация эффекторных функций макрофагально\фагацитарного звена иммунной системы отмечена у 37,5% пациентов, что свидетельствует о высокой эффективности иммунокорректирующих свойств препарата «РЕАФЕРОН-ЕС-ЛИПИНТ», его можно рекомендовать к применению в гинекологии как средство иммуноориентированной терапии.

Более подробную информацию о применении препарата Реаферон-ЕС Липинт для лечения венерических заболеваний (зппп) у женщин планирующих беременность смотрите на сайте www.lipint.ru/infekcii-peredajuschie-sja-polovym-putem/.

Литература:

1. Ершов Ф.И. Интерфероны (к 40-летию открытия)// Вопросы вирусологии – 1998- т. 43- №6 - с. 247-251

2. Козлова В.И., Пухнер А.Ф.// Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1995. – 518 с.

3. Макаров К.Ю. Иммунометаболические нарушения в патогенезе хронического воспаления придатков матки в стадии клинической ремиссии и их коррекция// Автореф. Дис.. док-ра., мед. наук- Новосибирск- 2006- 33 с. .

4. Прилепская В.Н. Особенности инфекционных процессов в нижнем отделе половых путей. Возможности терапии препаратами для . иш . С