

УДК 615.27:616.62-022-08

ІЩЕНКО О.Л., КРОХМАЛЬ І.П., СЕРГІЄНКО С.М., КОВТОНЮК І.О.
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ У ВАГІТНИХ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Резюме. Проблема внутрішньоутробної інфекції (ВУІ) і в наш час не втрачає своєї актуальності. Неefективність лікування цієї патології пов'язана з фізіологічним зниженням імунітету у таких пацієнток. Нами запропоновано додаткове використання внутрішньовенного імуноглобуліну для лікування вагітних з ВУІ. Обстежено 75 пацієнток із ВУІ, що була діагностована в них протягом II триместру. I групу становили 40 осіб, які отримували загальноприйняте лікування, II групу сформували 35 жінок, які додатково отримували внутрішньовенний імуноглобулін. На фоні ВУІ перебіг вагітності характеризувався підвищенням частоти загрози її переривання та передчасних пологів, гестозів і плацентарної дисфункції, у пологах були більш поширеними передчасний розрив плодових оболонок і дистрес плода. У таких пацієнток плаценти мали як ультразвукові, так і гістологічні ознаки інфікування. Серед новонароджених було істотне зростання частоти патології, пов'язаної з реалізацією внутрішньоутробного інфікування. Додаткове застосування препарату внутрішньовенного імуноглобуліну при лікуванні ВУІ протягом II триместру вагітності порівняно із загальноприйнятою терапією призводить до вірогідного зниження частоти як акушерських ускладнень, так і перинатальної патології.

Ключові слова: внутрішньовенний імуноглобулін, внутрішньоутробна інфекція, ускладнення вагітності, патологія новонароджених.

Вступ

У наш час, за даними багатьох дослідників, спостерігається убиквітарна тенденція до підвищення частоти встановлення у новонароджених внутрішньоутробного інфікування, що значною мірою сприяє погіршенню показників малюкової захворюваності та смертності [1, 4]. Виявлення ознак внутрішньоутробної інфекції (ВУІ) у вагітних внаслідок її здатності ініціювати етіопатогенетичні механізми настання іншої патології гестаційного процесу часто поєднується з розвитком низки ускладнень вагітності та пологів [7].

Сучасна актуальність вивчення проблеми діагностики, лікування та профілактики ВУІ зумовлена багатьма причинами. По-перше, протягом останніх років завдяки використанню більш інформативних лабораторних методів і розширенню спектра досліджуваних збудників підвищується частота виявлення даної патології. По-друге, зростає інфікованість самих жінок дитородного віку цитомегаловірусною, герпетичною, ентеровірусною, хламідійною, мікоплазмозною та грибовою інфекціями, які спричиняють внутрішньоутробну контамінацію плода. По-третє, утруднена діагностика ВУІ, оскільки інфекційний процес у матері часто має безсимптомний перебіг або минає в легкій формі, а у новонародженого ця патологія часто приховується маскою внутрішньоутробної гіпотрофії, асфіксії та навіть пологової травми [8].

Захворювання плода та новонародженого може зумовлюватися не лише прямою дією збудника, але й адитивною інфекцією, інтоксикацією, імунологічними змінами, порушеннями обміну речовин у матері. Сьогодні у структурі малюкової захворюваності та смертності причини, пов'язані з ВУІ, посідають 1-ше — 3-тє місця. Останнє зумовлює й велику соціальну значимість даної проблеми [3].

Фізіологічне пригнічення імунологічної реактивності, що відбувається під час вагітності, у свою чергу, веде до того, що в цей період спроби лікування ВУІ стають менш ефективними. Тому для поліпшення результату протиінфекційної терапії все частіше додатково до традиційних засобів застосовуються імуномодуючі препарати різного механізму дії [2].

Нашу увагу привернула перспектива імуноотропно-го впливу при лікуванні ВУІ у вагітних за допомогою внутрішньовенного імуноглобуліну (імуноглобулін

Адреса для листування з авторами:

Іщенко Ольга Леонідівна
E-mail: lv1953@mail.ru

© Іщенко О.Л., Крохмаль І.П., Сергієнко С.М.,
Ковтонюк І.О., 2016

© «Актуальна інфектологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

людини нормальний рідкий для внутрішньовенного введення). Внутрішньовенні імуноглобуліни — це лікарські препарати, що містять переважно імуноглобуліни класу G, які добуваються з плазми крові багатьох (порядку тисячі) донорів. Тому цей препарат є сумішшю антитіл до великої кількості антигенів, з якими стикались ці особи. Висока ефективність препарату забезпечується швидким і стовідсотковим надходженням антитіл до кровотоку. Застосування лікарського засобу не протипоказане при вагітності. Є окремі публікації щодо використання його при лікуванні невиношування вагітності та інфекційних захворювань статевих шляхів [5, 6].

Метою роботи було визначення клінічної ефективності застосування внутрішньовенного імуноглобуліну у вагітних з ВУІ за аналізом у них частоти й характеру акушерської та перинатальної патології.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебувало 75 пацієнок з ознаками ВУІ, виявленими протягом II триместру вагітності, віком від 20 до 35 років. Залежно від методу лікування вагітні були розподілені на дві групи: 40 жінок, які відмовились від лікування ВУІ запропонованим засобом, становили I групу; 35 осіб, які отримували терапію внутрішньовенним імуноглобуліном, увійшли до II групи. Запропонований засіб був застосований за інструкцією шляхом крапельної інфузії разової дози 25 мл з повторними введеннями через добу тричі; лікування проводили у термінах 22–25 тижнів. Група порівняння була сформована з 50 вагітних — соматично здорових і без ознак ВУІ. Групи виявилися порівнянними за середнім віком і паритетом.

В умовах акушерського стаціонару всі вагітні були обстежені відповідно до стандартного протоколу (наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.). Додатково проводились кардіотокографія, ультразвукові фето- та плацентометрія, доплерографічне визначення швидкостей кровотоку у судинах пуповини та плода. Стан плода в ante-, intra- та постнатальному періодах оцінювався за стандартними показниками.

Статистична обробка клінічного матеріалу проводилася згідно з рекомендаціями О.П. Мінцера. Математичний аналіз включав обробку всієї бази даних з частотним аналізом дискретних і безперервних значень. Аналіз взаємозв'язків між явищами проводився з розрахунком коефіцієнта кореляції r і кореляційного відношення t . Вірогідність відмінності пар середніх обчислювалась за допомогою критерію Стьюдента [9].

Результати та обговорення

При аналізі перебігу вагітності в обстежених пацієнок з ВУІ нами було встановлено, що протягом II триместру найбільш поширеними ускладненнями були загроза переривання вагітності та анемія, частота яких відповідно у 3,0 та 2,0 раза перевищувала аналогічні показники групи порівняння (табл. 1).

Також була виявлена виражена залежність частки пацієнок із розвитком вказаних відхилень перебігу вагітності після лікування ВУІ від обраного обсягу терапевтичних заходів. Так, поширеність загрози мимовільного абортів в I групі перевищувала аналогічний показник II групи в 1,7 раза, а анемії — в 1,23 раза. Після застосування внутрішньовенного імуноглобуліну значно рідше, ніж при загальноприйнятому лікуванні, реєстрували розвиток загострення екстрагенітальної патології інших систем і дисбіозу піхви — відповідно у 2,6 та 1,9 раза.

Найбільш поширеними гестаційними ускладненнями у пацієнок з ВУІ у III триместрі вагітності були анемія, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів і прееклампсія легкого та помірного ступеня. При цьому частота анемії серед вагітних із ВУІ була вищою за аналогічний показник у групі порівняння лише в 1,25 раза, в той час як гестоз і загроза переривання вагітності на фоні ВУІ діагностувались удвічі частіше, а плацентарна дисфункція — в 1,77 раза, ніж у здорових вагітних. Така тенденція цілком узгоджується із загальновідомими поглядами про вплив інфекційного фактора на перебіг вагітності та, зокрема, його роль в ініціації передчасних пологів.

На частоту розвитку гестаційних ускладнень у III триместрі суттєво впливало обрання методу лікування ВУІ. Після застосування внутрішньовенного імуноглобуліну частота виявлення анемії була в 1,3 раза меншою, ніж при традиційному лікуванні, плацентарної дисфункції — в 1,2 раза. Загроза передчасних пологів — в 1,7 раза, ніж у I групі. Після використання у терапії ВУІ внутрішньовенного імуноглобуліну в однієї пацієнтки таки відбулися передчасні пологи, при цьому серед жінок, які отримували традиційне лікування, таких випадків було два, що за частотою більше в 1,8 раза.

З вищевикладеного випливає, що серед вагітних із ВУІ термінові пологи мали місце у 72 випадках (96,0 %), при цьому вони супроводжувалися високим рівнем різних ускладнень (табл. 2). Основними їх варіантами були передчасний розрив плодових оболонок (з перевищенням частоти серед здорових роділь у 2,9 раза), а також аномалії пологової діяльності та дистрес плода (кратність перевищення поширеності серед групи порівняння становила відповідно 2,1 та 2,8 раза). Останні два види ускладнень стали й основними показаннями до абдомінального розродження, частота якого удвічі була більшою в пацієнок, які мали ВУІ.

Була встановлена істотна різниця частоти ускладнень у пологах залежно від методу лікування ВУІ у II триместрі (табл. 2). Після використання внутрішньовенного імуноглобуліну в комплексній терапії ВУІ поширеність передчасного розриву плодових оболонок була нижчою, ніж після загальноприйнятого лікування в 1,6 раза. Це, на нашу думку, пов'язано з більш повноцінною санацією, в тому числі й органів репродуктивної системи, та елімінацією з пологового тракту збудників інфекційного процесу, якому приділяється суттєве значення як етіологічному фактору даного

ускладнення пологів. Зменшення частки роділь з аномаліями пологової діяльності серед пацієток II групи в 1,8 раза порівняно з I групою, ми намагаємось пояснити перш за все нормалізацією гормонопродуруючої функції плаценти (оскільки нами була зареєстрована значно менша поширеність патологічних морфологічних змін у плаценті за результатами як сонографічного обстеження, так і гістологічного дослідження). Покращення морфо-функціонального стану плаценти внаслідок додаткового застосування внутрішньовенного імуноглобуліну дозволило скоротити частоту розвитку дистресу плода серед осіб II групи в 1,5 раза порівняно з показником I групи. Зниження частоти ускладнених пологів у підсумку сприяло зменшенню частоти оперативного розродження в 1,6 раза при лікуванні ВУІ запропонованим методом.

Сонографічне обстеження вагітних дозволило встановити, що найбільш поширеними морфологічними змінами у плаценті, які, ймовірно, були підґрунтям розвитку фетоплацентарної дисфункції, у вагітних із ВУІ були гіперплазія плаценти, її передчасне дозрівання та формування кальцинатів; частота таких випадків перевищувала аналогічні показники серед здорових вагітних відповідно у 2,4; 1,4 та 1,2 раза (табл. 3). Застосування при лікуванні ВУІ внутрішньовенного імуно-

глобуліну призводило до зниження частки таких змін порівняно з даними I групи.

Формування у плаценті кіст і розширення міжворсинкового простору (МВП) ми розглядали з певною вірогідністю як непрямі ознаки матково-плодової інфекції. Ці патологічні зміни зустрічалися у пацієток, які використовували внутрішньовенний імуноглобулін під час лікування ВУІ, частіше, ніж у здорових вагітних, лише у 2,1 раза. У той час як серед жінок, які відмовились від лікування, кратність зростання поширеності цих ознак становила відповідно 3,1 та 2,5 раза. Така різниця може свідчити ще й про протективний вплив імуноглобулінів на фетоплацентарний комплекс при ВУІ.

Вищевикладене положення підтверджувалось і результатами гістологічного дослідження послідів (табл. 4). Найбільш частою патологією тканини плаценти було її жирове переродження, що зустрічалось у жінок усіх груп, але у пацієток з ВУІ воно реєструвалося в 1,4 раза частіше, ніж у здорових. При цьому в тих осіб, які отримували лише традиційне лікування, частка такої патології була більшою в 1,5 раза, ніж у жінок, яким додатково призначався внутрішньовенний імуноглобулін. Аналогічна тенденція спостерігалася й щодо визначення ознак інтервілузиту.

Таблиця 1. Ускладнення перебігу вагітності в обстежених пацієток (% (абс.))

Ускладнення	Групи		
	Порівняння (n = 50)	I (n = 40)	II (n = 35)
II триместр			
Анемія вагітних	8,0 (4)	17,5 (7)**	14,3 (5)´
Загроза переривання вагітності	4,0 (2)	15,0 (6)**	8,6 (3)´
Загострення екстрагенітальної патології	0 (0)	22,5 (9)	8,6 (3)´´
Порушення біоценозу статевих шляхів	14,0 (7)	52,5 (21)***	34,3 (12)´´
III триместр			
Анемія вагітних	16,0 (8)	22,55 (9)	17,1 (6)´
Плацентарна дисфункція	12,0 (6)	25,0 (10)**	17,1 (6)´´
Пізні гестози	8,0 (4)	20,0 (8)**	11,4 (4)´´
Загроза передчасних пологів	6,0 (3)	15,0 (6)**	8,6 (3)´´
Передчасні пологи	0,0 (0)	5,0 (2)	2,9 (1)´´

Примітки: тут і в усіх наведених таблицях: вірогідність відмінності від показника групи порівняння: * – при $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$; вірогідність відмінності від показника I групи: ´ – при $P < 0,05$; ´´ – $P < 0,01$; ´´´ – $P < 0,001$.

Таблиця 2. Ускладнення перебігу термінових пологів в обстежених пацієток (% (абс.))

Ускладнення	Групи		
	Порівняння (n = 50)	I (n = 38)	II (n = 34)
Передчасний розрив плодових оболонок	8,0 (4)	28,9 (11)***	17,6 (6)´´´
Аномалії пологової діяльності	6,0 (3)	15,8 (6)**	8,8 (3)´´
Дистрес плода	4,0 (2)	13,2 (5)**	8,8 (3)´´´
Кесарів розтин	8,0 (4)	18,4 (7)**	11,8 (4)´´

Також у представниць усіх груп у плацентах відзначався децидуїт. Проте після лікування запропонованою схемою терапії частота цієї патології була меншою, ніж після загальноприйнятого лікування, в 1,7 раза. Хоріоамніоніт, фунікуліт і плацентит реєструвалися лише в осіб, що мали ВУІ, — відповідно 4,0; 4,0 та 1,3 % жінок. При цьому лише в I групі були випадки плацентиту, а поширеність у ній хоріоамніоніту та фунікуліту була більшою, ніж у II групі, в 1,7 раза.

Наявність істотних відмінностей з боку морфології плаценти у жінок різних груп можна розглядати як підґрунтя неоднакового перебігу раннього періоду адаптації у доношених новонароджених серед пацієнок, які спостерігалися. Нас цікавили перш за все прояви реалізації матково-плодової інфекції. Найбільш поширеною патологією у новонароджених від жінок, які перенесли ВУІ (з кратністю перевищення аналогічних показників у здорових породіль відповідно в 7,6 та 5,6 раза) були диспептичні розлади та гіпертермія, майже удвічі частіше в них реєстрували тахікардію, жовтяницю та кон'юнктивіт (табл. 5).

Серед немовлят у жінок групи порівняння не було жодного випадку легеневої й неврологічної патології, а при перебігу вагітності на фоні ВУІ відзначали настання дихальних розладів у 8,3 %

випадків, пневмонії — 1,4 %, перинатальної енцефалопатії — 4,1 %, порушень гемоліквородинаміки — 2,8 % і гепатоспленомегалії — у 5,6 % випадків.

На рівень захворюваності новонароджених впливав метод лікування ВУІ у вагітних. Так, усі випадки пневмонії, перинатальної енцефалопатії та порушень гемоліквородинаміки діагностувалися лише в малюків матерів I групи. У II групі неонатальна захворюваність на кон'юнктивіт і дакриоцистит була нижчою в 1,6 та 1,5 раза, тахікардія й гіпертермія зустрічалися рідше — у 2,2 та 2,7, синдром дихальних розладів — в 1,8, диспепсія, жовтяниця та спленомегалія — відповідно в 1,6; 1,2 та 2,6 раза.

При бактеріологічному дослідженні відокремлюваного з очей і вух новонароджених патогенна й умовно-патогенна мікрофлора була виділена майже в половини немовлят у I групі і лише у 3 малюків (8,8 %) матерів з II групи ($P < 0,001$). Лейкоцитарний індекс інтоксикації у першому клінічному аналізі крові новонародженого дорівнював у середньому $1,41 \pm 0,03$ та $0,91 \pm 0,042$ відповідно у I та II групах ($P < 0,01$) при значенні $1,01 \pm 0,027$ у групі порівняння. С-реактивний білок у крові був наявним у 23,6 % новонароджених I групи, тоді як у II групі — тільки в 11,7 % обстежених ($P < 0,001$).

Таблиця 3. Сонографічні ознаки дисфункції фетоплацентарного комплексу в обстежених пацієнок (% (абс.))

Ознаки	Групи		
	Порівняння (n = 50)	I (n = 40)	II (n = 35)
Гіперплазія плаценти	4,0 (2)	10,0 (4)***	8,6 (3)**
Гіпоплазія плаценти	2,0 (1)	7,5 (3)***	5,7 (2)***
Перезрівання плаценти	8,0(4)	12,5 (5)**	8,6 (3)**
Кальцинати в плаценті	8,0 (4)	10,0 (4)**	8,6 (3)**
Кісти в плаценті	4,0 (2)	12,5 (5)***	8,6 (3)**
Розширення МВП	4,0 (2)	10,0 (4)***	8,6 (3)**
Багатоводдя	6,0 (3)	7,5 (3)**	5,7 (2)**
Маловоддя	4,0 (2)	7,5 (3)**	5,7 (2)**
Порушення кровотоку	4,0 (2)	12,5 (5)***	5,7 (2)**
Ретардація плода	0,0 (0)	7,5 (3)	2,9 (1)**

Таблиця 4. Гістологічні ознаки матково-плодової інфекції в обстежених пацієнок (% (абс.))

Ознаки	Групи		
	Порівняння (n = 50)	I (n = 40)	II (n = 35)
Жирове переродження	10,0 (5)	17,5 (7)***	11,4 (4)***
Хоріоамніоніт	0,0 (0)	5,0 (2)	2,9 (1)**
Децидуїт	2,0 (1)	5,0 (2)***	2,9 (1)***
Інтервілузит	2,0 (1)	7,5 (3)***	2,7 (2)**
Фунікуліт	0,0 (0)	2,0 (2)	2,9 (1)**
Плацентит	0,0 (0)	2,5 (1)	0,0 (0)

Таблиця 5. Ознаки внутрішньоутробного інфікування у доношених новонароджених (% (абс.))

Ускладнення	Групи		
	Порівняння (n = 50)	I (n = 38)	II (n = 34)
Тахікардія	4,0 (2)	13,2 (5)**	5,9 (2)``
Гіпертермія	2,0 (1)	15,8 (6)***	5,9 (2)``
Диспептичні розлади	2,0 (1)	18,4 (7)***	11,8 (4)``
Жовтяниця	12,0 (6)	18,4 (7)***	14,7 (5)``
Гепатоспленомегалія	0,0 (0)	7,9 (3)***	2,9 (1)``
Синдром дихальних розладів	0,0 (0)	10,5 (4)***	5,9 (2)``
Пневмонія	0,0 (0)	2,6 (1)***	0,0 (0)``
Порушення гемоліквородинаміки	0,0 (0)	5,3 (2)***	0,0 (0)``
Перинатальна енцефалопатія	0,0 (0)	7,9 (3)***	0,0 (0)``
Кон'юнктивіт	10,0 (5)	18,4 (7)*	11,8 (4)``
Дакріоцистит	6,0 (3)	13,2 (5)*	8,8 (3)``

Висновки

Перебіг гестаційного процесу на фоні ВУІ веде до підвищення частоти ускладнень вагітності (перш за все загрози переривання та передчасних пологів, гестозів і плацентарної дисфункції), а у пологах — до зростання виникнення передчасного розриву плодових оболонок і дистресу плода. У таких пацієнток в багатьох випадках плаценти мають як ультразвукові, так і гістологічні ознаки інфікування. Розвиток протягом вагітності ВУІ супроводжується значним поширенням серед новонароджених наслідків інфекційної патології.

Додаткове застосування внутрішньовенного імуноглобуліну при лікуванні ВУІ протягом II триместру вагітності порівняно із загальноприйнятими лікуваннями призводить до вірогідного зниження частоти як акушерських ускладнень, так і перинатальної патології.

Список літератури

1. Архипова Н.А. Аналіз перебігу вагітності, перинатальних утрат і стану надання спеціалізованої медичної допомоги вагітним із захворюваннями нирок / Н.А. Архипова, І.М. Грицай, О.О. Данилів // *Здоров'я жінчини*. — 2009. — № 3(39). — С. 55-58.

2. Краснопольский В.П. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных / В.П. Краснопольский, Т.Г. Тареева, В.В. Малиновская // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2004. — № 1. — С. 36-38.

3. Никонов А.П. *Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии [методические рекомендации]* / А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова // *Инфекции и антимикробная терапия*. — 2004. — Т. 6, № 3. — С. 65-72.

4. Сидорова И. С. *Внутриутробная инфекция. Ведение беременности, родов и послеродового периода* / Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 160 с.

5. Сімрок В.В. Особливості лікувальної тактики у вагітних з істміко-цервікальною недостатністю на фоні інпарантних форм інфекції / В.В. Сімрок, С.С. Сівцов // *Актуальна інфектологія*. — 2013. — № 1(1). — С. 53-55.

6. Судомо І.О. Зв'язок стану периферичного імунітету у пацієнток з безпліддям із результативністю програм екстракорпорального запліднення та місце імунотропної терапії в комплексі засобів покращення результативності лікування / І.О. Судомо, В.П. Чернишов // *Клінічна фармація*. — 2005. — № 9(3). — С. 15-20.

7. Сухих Г.Т. *Иммунология беременности* / Г.Т. Сухих, Л.В. Ванько. — М.: Медицина, 2003. — 420 с.

8. Цинзерлинг В.А. *Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений [практическое руководство]* / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. — СПб.: Медицина, 2002. — 352 с.

9. Юнкеров В.И. *Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований* / В.И. Юнкеров. — СПб.: Изд-во ВМедА, 2002. — 266 с.

Отримано 28.01.16 ■

Ищенко О.Л., Крохмаль И.П., Сергиенко С.Н., Ковтонюк И.А.
ГУ «Ауганский государственный медицинский университет»

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА У БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Резюме. Проблема внутриутробной инфекции (ВУИ) и в настоящее время не теряет своей актуальности. Неэффективность лечения этой патологии связана с физиологическим снижением иммунитета у таких пациенток. Нами предложено

дополнительное использование внутривенного иммуноглобулина для лечения беременных с ВУИ. Были обследованы 75 пациенток с ВУИ, которая была диагностирована у них на протяжении II триместра. I группу составили 40 лиц, которые

получали общепринятое лечение, II группу сформировали 35 женщин, которые дополнительно получали внутривенно иммуноглобулин. На фоне ВУИ течение беременности характеризовалось повышением частоты угрозы ее прерывания и преждевременных родов, гестозов и плацентарной дисфункции, в родах были более распространенными преждевременный разрыв плодовых оболочек и дистресс плода. У таких пациенток плаценты имели как ультразвуковые, так и гистологические признаки инфицирования. Среди новорожденных было существенное возрастание частоты патологии, связанной с ре-

лизацией внутриутробного инфицирования. Дополнительное применение препарата внутривенного иммуноглобулина при лечении ВУИ на протяжении II триместра беременности по сравнению с общепринятой терапией приводит к достоверному снижению частоты как акушерских осложнений, так и перинатальной патологии.

Ключевые слова: внутривенный иммуноглобулин, внутриутробная инфекция, осложнения беременности, патология новорожденных.

Ishchenko O.L., Krokmal I.P., Serhienko S.M., Kovtoniuk I.O.
State Institution «Luhansk State Medical University», Luhansk, Ukraine

CLINICAL EFFICIENCY OF APPLICATION OF INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN IN PREGNANT WOMEN WITH INTRAUTERINE INFECTION

Summary. The problem of intrauterine infection (IUI) is still relevant today. Ineffective treatment of this pathology is associated with physiological decline of the immunity in these patients. We have proposed the additional use of intravenous immunoglobulin for the treatment of pregnant women with IUI. There were examined 75 patients with IUI, which was diagnosed in the II trimester. The I group consisted of 40 individuals who received conventional treatment, the II group was formed from 35 women who additionally received intravenous immunoglobulin. On the background of IUI, pregnancy was characterized by an increased incidence of threatened miscarriage and premature labor, gestosis and placental dysfunction;

during delivery, premature rupture of amniotic membrane and fetal distress were more common. These patients had placenta with both ultrasonic and histological signs of infection. Among newborns, there was a significant increase in the incidence of pathology associated with intrauterine infection. Additional use of intravenous immunoglobulin in the treatment of IUI during the II trimester of pregnancy in comparison with conventional therapy leads to a significant reduction in the incidence of both obstetric complications and perinatal pathology.

Key words: intravenous immunoglobulin, intrauterine infection, pregnancy complications, neonatal pathology.