

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДОВЕННОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ У ВАГІТНИХ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

С.М. СЕРГІЄНКО

к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Луганського державного медичного університету

М.О. КРИШНЯ

кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО Луганського державного медичного університету

Заданими багатьох дослідників, у теперішній час спостерігається убиквітарна тенденція до збільшення частки вагітних з інфекцією сечовивідних шляхів [1, 3].

Інфекційно-запальні захворювання сечовивідної системи у свою чергу здатні ініціювати етіопатогенетичні механізми низки ускладнень вагітності та пологів: анемії, гіпертензивних розладів, мимовільного викидня, передчасних пологів, передчасного вилиття навколоплідних вод, народження дітей з низькою масою тіла [8].

Оскільки інфекція урогенітального тракту спроможна поширюватися в організмі жінки як висхідним, так і низхідним шляхом, додаткова небезпека цієї патології полягає в тому, що дуже часто до інфекційного процесу залучаються плацента та плід [1, 5]. Тому в багатьох країнах світу інфекції сечовивідних шляхів в акушерській практиці розглядаються як одна з основних причин розвитку екстрагенітальних захворювань, що також впливає на рівень перинатальної патології.

Інфекційно-запальні захворювання сечостатевих шляхів у матері є важливим етіологічним фактором внутрішньоутробного інфікування плода, який значно погіршує показники дитячої захворюваності та смертності і таким чином зумовлює більшу соціальну значимість даної проблеми [9].

Фізіологічне пригнічення імунологічної реактивності, що відбувається під час вагітності, призводить до того, що в цей період лікування інфекційно-запальних процесів стає менш ефективним. При інфекційно-запальних захворюваннях сечовивідної системи частіше та швидше розвивається блок нирки й навіть апостематоз, а також рецидиви захворювання або безсимптомна бактеріурія [5]. Тому для поліпшення результатів лікування, крім традиційних засобів, все частіше застосовуються імунomodуючі препарати різного механізму дії [2, 4].

Нашу увагу привернула перспектива імунотропного впливу лікування інфекції сечовивідних шляхів у вагітних за допомогою доведеного імуноглобуліну (препарат Біовен Моно, ПрАТ «БІОФАРМА»), який містить імуноглобулін людини нормальний рідкий для внутрішньовенного введення. Препарат є імунологічно активною білковою фракцією імуноглобулінів класу G, яка виділена з плазми крові людини, очищена та концентрована методом фракціонування етиловим спиртом. Його діючий компонент – антитіла, що володіють специфічною активністю проти різних збудників захворювань

як вірусної, так і бактеріальної природи. Він також має неспецифічну активність, що проявляється у підвищенні неімунної резистентності організму. Висока ефективність препарату Біовен Моно забезпечується швидким і стовідсотковим надходженням антитіл до кровотоку. Застосування даного лікарського засобу не протипоказане при вагітності. У літературних джерелах є окремі публікації щодо використання препарату Біовен Моно при лікуванні невиношування вагітності та інфекційних захворювань статевих шляхів [6].

Метою роботи було визначення клінічної ефективності застосування доведеного імуноглобуліну (препарат Біовен Моно) у вагітних з інфекцією сечовивідних шляхів за аналізом частоти й характеру акушерської та перинатальної патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходились 75 пацієнток віком від 20 до 30 років, у яких протягом II триместру вагітності спостерігалось загострення хронічного пієлонефриту або розвинувся гестаційний пієлонефрит. Залежно від обраного за випадковою ознакою методу лікування вагітні були розподілені на дві групи: 40 жінок, які отримували загальноприйнятту терапію інфекційно-запальної патології сечовивідної системи, становили I групу; 35 жінок, які додатково одержували доведений імуноглобулін (препарат Біовен Моно), увійшли до II групи. Цей лікарський засіб застосовували шляхом крапельної інфузії згідно з інструкцією дозою 25 мл однократно з повторним введенням через 2 доби.

Група порівняння була сформована з 50 вагітних без екстрагенітальної патології. Пацієнтки всіх груп були порівнянними за середнім віком і паритетом.

Усі вагітні були обстежені в умовах акушерського стаціонару відповідно до стандартного протоколу (наказ МОЗ України від 29.12.2003 р. № 620). Додатково проводились кардіокографія, ультразвукова фето- та плацентометрія, після 28 тиж – доплерографічне визначення швидкостей кровоплину у судинах пуповини та плода. Стан плода в анте-, інтра- та постнатальному періодах оцінювали за стандартними показниками.

Аналіз взаємозв'язків між явищами проводили з розрахунком коефіцієнта кореляції r і кореляційного відношення t . Достовірність відміни пар середніх обчислювали за допомогою критеріїв Ст'юдента [10].

ТАБЛИЦЯ 1

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі перебігу вагітності в обстежених пацієнток з інфекцією сечовивідних шляхів нами встановлено, що протягом II триместру найбільш поширеними ускладненнями були загроза мимовільного абортів та анемія, частота яких відповідно у 3 та 2 рази перевищувала аналогічні показники групи порівняння (табл. 1). Ще з більш високою частотою у вагітних з патологією нирок реєстрували порушення мікробіоценозу пологових шляхів і загострення екстрагенітальної патології іншої локалізації – кратність перевищення становила відповідно 3,1 та 8 разів.

Також була виявлена виражена залежність частки пацієнток із розвитком вказаних відхилень перебігу вагітності після лікування інфекційно-запальних захворювань сечовивідної системи від обраного обсягу терапевтичних заходів. Так, частота загрози мимовільного абортів в I групі перевищувала аналогічний показник II групи у 1,7 разу, а анемії – в 1,23 разу. Після застосування препарату Біовен Моно значно рідше, ніж при загальноприйнятому лікуванні, реєстрували загострення екстрагенітальної патології інших систем та дисбіозу піхви – відповідно у 2,6 та 1,9 разу.

Найбільш поширеними гестаційними ускладненнями у пацієнток з інфекцією сечовивідних шляхів у III триместрі вагітності були анемія, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів і прееклампсія легкого та помірного ступеня. При цьому частота анемії та плацентарної дисфункції серед вагітних із захворюваннями нирок була вищою за аналогічний показник у групі порівняння лише у 1,4 та 1,3 разу, в той час як пізні гестози та загрозу переривання вагітності на фоні пієлонефриту діагностували удвічі частіше, ніж у здорових жінок. Така тенденція цілком узгоджується із загальновідомими поглядами на роль функціонального стану нирок у регуляції артеріального тиску та судинного тону і про значення

інфекційного фактора в ініціації передчасних пологів. Остання проблема мала місце у трьох випадках лише серед пацієнток із пієлонефритом (4,0%).

На частоту розвитку гестаційних ускладнень у III триместрі суттєво впливав метод лікування патології нирок. Після застосування препарату Біовен Моно частота виявлення анемії була в 1,3 разу нижчою, ніж при традиційному лікуванні; плацентарної дисфункції – в 1,2 разу. Прееклампсію легкого та середнього ступеня тяжкості діагностували у пацієнток II групи в 1,8 разу рідше, ніж у I групі, а загрозу передчасних пологів – в 1,7 разу. Після використання у терапії патології нирок доведеного імуноглобуліну в однієї пацієнтки таки відбулися передчасні пологи, при цьому серед осіб, які отримували традиційне лікування, мали місце два таких випадки, що за частотою було більше у 1,8 разу.

ТАБЛИЦЯ 1. УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТОК, % (абс.)

Тут і в наступних таблицях:
* Достовірність відмінності від показника групи порівняння при $p < 0,05$
** Достовірність відмінності від показника групи порівняння при $p < 0,01$
*** Достовірність відмінності від показника групи при $p < 0,001$
Тут і в наступних таблицях
¹ Достовірність відмінності від показника I групи при $p < 0,05$
² Достовірність відмінності від показника I групи при $p < 0,01$
³ Достовірність відмінності від показника I групи при $p < 0,001$

ТАБЛИЦЯ 2

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

Із викладеного вище виходить, що серед вагітних із захворюваннями нирок термінові пологи мали місце у 72 (96,0%) випадках, при цьому вони супроводжувалися високим рівнем різних ускладнень (табл. 2). Основними їхніми варіантами були передчасний розрив плідних оболонок (з перевищенням цієї частоти серед здорових роділь у 2,9 разу), а також аномалії пологової діяльності та дистрес плода (кратність перевищення поширеності серед групи порівняння становила відповідно 2,1 і 2,8 разу). Останні два види ускладнень стали основними показаннями до абдомінального розродження, частота якого була удвічі вищою у пацієнток з патологією нирок.

ТАБЛИЦЯ 2. УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ТЕРМІНОВИХ ПОЛОГІВ У ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТОК, % (абс.)

ТАБЛИЦА 3

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

ТАБЛИЦА 3.
СОНОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ ДИСФУНКЦІЇ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ
У ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТОК, % (абс.)

Також була встановлена істотна різниця частоти ускладнень у пологах в залежності від методу лікування пієлонефритів у II триместрі (табл. 2). Після використання препарату Біовен Моно у комплексній терапії патології нирок поширеність передчасного розриву плідних оболонок в 1,6 разу була нижчою, ніж після загальноприйнятого лікування. Це, на нашу думку, пов'язане з більш повноцінною санацією сечовивідних шляхів та елімінацією з них і полового тракту збудників інфекційного процесу, який має суттєве значення як етіологічний фактор цього ускладнення пологів.

Сонографічне обстеження вагітних дало змогу встановити, що найбільш поширеними морфологічними змінами у плаценті, які ймовірно служили підґрунтям розвитку фетоплацентарної дисфункції, у вагітних із пієлонефритом 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 разу (табл. 3). Застосування при лікуванні патології нирок препарату Біовен Моно у жінок II групи знижувало частоту цих змін у порівнянні з I групою.

ТАБЛИЦА 4

| Ознаки | Групи | | |
|---------------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| | порівняння n = 50 | I n = 40 | II n = 35 |
| Жирове переродження | 10,0 (5) | 17,5*** (7) | 11,4 ³ (4) |
| Хоріоамніоніт | 0,0 (0) | 5,0*** (2) | 2,9 ² (1) |
| Децидуїт | 2,0 (1) | 5,0*** (2) | 2,9 ³ (1) |
| Інтервілузит | 2,0 (1) | 7,5 (3) | 2,7 ² (2) |
| Фунікуліт | 0,0 (0) | 2,0*** (2) | 2,9 ¹ (1) |
| Плацентит | 0,0 (0) | 2,5*** (1) | 0,0 ¹³ (0) |

ТАБЛИЦА 4.
ГІСТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ МАТКОВО-
ПЛОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ОБСТЕЖЕНИХ
ПАЦІЄНТОК, % (абс.)

Зменшення частки родиль з аномаліями пологової діяльності серед пацієнток II групи у 1,8 разу порівняно з I групою ми намагаємося пояснити перш за все нормалізацією гормонопродукуючої функції плаценти (оскільки нами була зареєстрована значно нижча поширеність патологічних морфологічних змін у плаценті за результатами як сонографічного обстеження, так і гістологічного дослідження) та певною мірою відновленням цитокинового балансу. Однак доведення цих припущень буде метою наступного етапу нашого дослідження. Та саме зареєстроване покращення морфо-функціонального стану плаценти внаслідок додаткового застосування доведенного імуноглобуліну дало можливість скоротити рівень настання дистресу плода серед жінок II групи у 1,5 разу у порівнянні з показником I групи. Зменшення кількості ускладнених пологів сприяло зниженню частоти оперативного розродження в 1,6 разу при лікуванні запропонованим методом пієлонефритів.

Формування у плаценті кіст та розширення міжворсинкових просторів ми розглядали (з певною достовірністю) як непрямі ознаки матково-плодової інфекції. Ці патологічні зміни зустрічалися у пацієнток, що використовували Біовен Моно під час лікування пієлонефриту, лише у 2,1 разу частіше, ніж у здорових вагітних. У той же час серед пролікованих у стандартному обсязі жінок кратність зростання поширеності цих ознак становила відповідно 3,1 та 2,5 разу. Така різниця може свідчити ще й про протективний вплив імуноглобулінів по відношенню до фетоплацентарного комплексу при інфекціях сечовивідних шляхів.

Вищевикладене положення підтверджувалось і результатами гістологічного дослідження посліду (табл. 4). Найбільш частою патологією тканини плаценти було її жирове переродження, яке зустрічалось серед жінок усіх груп. Проте у пацієнток із захворюваннями сечовивідної

ТАБЛИЦЯ 5

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

системи воно реєструвалося у 1,8 разу частіше, ніж у здорових. При цьому в осіб, які отримували лише традиційне лікування, частота такої патології була вищою у 1,4 разу, ніж серед жінок, яким додатково призначали Біовен Моно. Аналогічна тенденція спостерігалася і по відношенню до визначення ознак інтервілузиту.

Також серед представниць усіх груп у плаценті мали місце явища децидуїту. Однак після лікування запропонованою схемою терапії частота цієї патології була в 1,7 разу нижчою, ніж після загальноприйнятого лікування. Хоріоамніоніт, фунікуліт і плацентит реєстрували лише в осіб, які мали інфекційне ураження нирок, і їх частота становила відповідно 4,0; 4,0 та 1,3%. При цьому лише в I групі зустрічалися випадки визначення плацентиту, а поширеність в ній хоріоамніоніту та фунікуліту була у 1,7 разу вищою, ніж у II групі.

Наявність істотних відмінностей з боку морфології плаценти у жінок різних груп можна розглядати як підґрунтя неоднакового перебігу раннього періоду адаптації у доношених новонароджених серед пацієнток. Нас зазвичай цікавили перш за все прояви реалізації матково-плодової інфекції. Найбільш поширеною патологією у новонароджених від жінок, що перенесли захворювання нирок (з кратністю перевищення аналогічних показників у здорових породіль відповідно в 7,6 та 5,6 разу) 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 виникло жодного випадку легеневої та неврологічної патології, а після перенесеного вагітної пієлонефриту відзначали настання синдрому дихальних розладів у 8,3% випадків, пневмонії – у 1,4%, перинатальної енцефалопатії – у 4,1%, порушень гемоліквородинаміки – у 2,8%, гепатоспленомегалії – у 5,6%.

На рівень захворюваності новонароджених мав вплив метод лікування патології нирок у вагітних. Так, усі випадки пневмонії, перинатальної енцефалопатії та порушень гемолік-

вородинаміки діагностувалися лише в дітей, народжених жінками I групи. У II групі неонатальна захворюваність на кон'юнктивіт та дакриоцистит була нижчою у 1,6 та 1,5 разу, тахікардія й гіпертермія зустрічалися рідше у 2,2 та 2,7 разу, синдром дихальних розладів – у 1,8 разу, диспепсія, жовтяниця та спленомегалія відповідно – у 1,6; 1,2 та 2,6 разу.

При бактеріологічному дослідженні виділень з очей та вух новонароджених патогенна й умовно-патогенна мікрофлора була виявлена майже в половині випадків серед дітей I групи і лише у трьох (8,8%) новонароджених у II групі ($p < 0,001$). Лейкоцитарний індекс інтоксикації у першому клінічному аналізі крові новонародженого становив 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 у I групі, у той час як в II групі – тільки в 11,7% обстежених ($p < 0,001$).

ВИСНОВКИ

Загострення хронічного пієлонефриту або гестаційного пієлонефриту під час вагітності призводить до підвищення частоти гестаційних ускладнень (перш за все загрози переривання вагітності та передчасних пологів, гестозів і плацентарної дисфункції), підвищує у пологах частоту передчасного розриву плідних оболонок та дистресу плода. У таких пацієнток в багатьох випадках плацента має як ультразвукові, так і гістологічні ознаки інфікування. Розвиток протягом вагітності запальних захворювань нирок супроводжується значним поширенням серед новонароджених патології, пов'язаної з внутрішньоутробним інфікуванням.

Додаткове застосування доведеного імуноглобуліну Біовен Моно при лікуванні гестаційних або загострення хронічних пієлонефритів протягом II триместру вагітності у порівнянні із загальноприйнятим лікуванням зумовлює достовірне зниження частоти як акушерських ускладнень, так і перинатальної патології.

ТАБЛИЦЯ 5.
ОЗНАКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО
ІНФІКУВАННЯ У ДОНОШЕНИХ
НОВОНАРОДЖЕНИХ, % (абс.)

ЛІТЕРАТУРА

1. Архипова Н.А., Грицай І.М., Данилків О.О.
Аналіз перебігу вагітності, перинатальних утрат і стану надання спеціалізованої медичної допомоги вагітним із захворюваннями нирок // Здоровье женщины. – 2009. – № 3 (39). – С. 55-58.
2. Краснопольский В.П., Тареева Т.Г., Малиновская В.В.
Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 1. – С. 36-38.
3. Меленчук Л. М.
Пренатальна оцінка стану плода у вагітних жінок з інфекційними захворюваннями сечовидільної системи: автореф. дис. канд. мед. наук. – Львів, 2011. – 18 с.
4. Никонов А.П., Асцатурова О.Р.
Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии. Методические рекомендации // Инфекции и антимикробная терапия. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 65-72.
5. Сидорова И. С.
Прогнозирование исходов беременности и родов при остром гестационном пиелонефрите // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 4. – С. 37-40.
6. Судома І.О., Гончарова Я.О.
Довенні імуноглобуліни у лікуванні пацієнтів із неплідністю і багаторазовими невдалими програмами ДРТ. Досвід використання Біовену // Клінічна фармація. – 2010. – Т. 3, № 9. – С. 15-20.
7. Сухих Г.Т., Ванько Л.В.
Иммунология беременности. – М.: Медицина, 2003. – 420 с.
8. Туманова Л.Є., Рахубінська В.В., Данков О.В.
Фактори, які сприяють виникненню акушерської та перинатальної патології у жінок з хронічним пієлонефритом // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1998. – № 1. – С. 66-68.
9. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф.
Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений / Практическое руководство. – СПб.: Медицина, 2002. – 352 с.
10. Юнкеров В.И.
Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: Изд-во ВМедА, 2002. – 266 с. □

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДОВЕННОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ У ВАГІТНИХ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

С.М. Сергієнко, М.О. Кришня

Проблема інфекції сечовивідних шляхів у вагітних і в теперішній час не втрачає своєї актуальності. Неефективність лікування цієї патології пов'язана з фізіологічним зниженням імунітету у таких пацієнток. Нами запропоноване додаткове використання довенного імуноглобуліну у вигляді препарату Біовен Моно для лікування вагітних з пієлонефритами.

Було обстежено 75 пацієнток із гестаційним пієлонефритом або загостренням хронічного пієлонефриту, що розвилися протягом II триместру. I групу становили 40 осіб, які отримували загальноприйняте лікування, II групу склали 35 жінок, які додатково отримували Біовен Моно.

Після перенесених інфекційних захворювань нирок під час вагітності її подальший перебіг характеризується підвищенням частоти загрози переривання та передчасних пологів, гестозів і плацентарної дисфункції, у пологах зростала частота передчасного розриву плідних оболонок та дистресу плода. У таких пацієнток плацента в багатьох випадках має як ультразвукові, так і гістологічні ознаки інфікування. Настання протягом вагітності запальних захворювань нирок супроводжується значним поширенням серед новонароджених патології, пов'язаної з внутрішньоутробним інфікуванням.

Додаткове застосування препарату Біовен Моно при лікуванні гестаційних або загострених хронічних пієлонефритів протягом II триместру вагітності у порівнянні із загальноприйнятою терапією достовірно знижує частоту як акушерських ускладнень, так і перинатальної патології.

Ключові слова: довенний імуноглобулін, інфекція сечовивідних шляхів, ускладнення вагітності, внутрішньоутробна інфекція, патологія новонароджених, Біовен Моно.

CLINICAL EFFICIENCY OF INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN AT PREGNANTS WITH INFECTION OF URINARY TRACT

S.M. Sergiyenko, M.A. Kryshnya

The problem of infection of urinary tract at pregnant women does not lose the urgency now. The inefficiency of treatment of this pathology is connected with physiological decrease in immunity at such patients. Additional using of intravenous immunoglobulin in the form of a preparation Biovenum Mono for treatment of pregnant women with pyelonephritis is offered.

75 patients with gestational pyelonephritis or exacerbation of chronic pyelonephritis which have developed at them during II trimester of pregnancy have been surveyed. The 1-st group was formed by 40 persons who received the standard treatment, the 2-nd group was generated by 35 women who in addition received Biovenum Mono.

After the suffering for infectious diseases of kidneys during pregnancy, its further course is characterized by increase of frequency of threatening abortion and premature deliveries, gestosis and placental dysfunction; during labors a premature rupture of amniotic membranes and distress of fetus was more widespread. At such patients the placenta in many cases had both ultrasonic, and histological attributes of infection. Occurrence during the pregnancy of inflammatory diseases of kidneys was accompanied by significant distribution of the pathology connected with intra-uterine infection among newborns.

Additional application of a preparation Biovenum Mono for treatment of pyelonephritis during the second trimester of pregnancy in comparison with the standard treatment leads to authentic decrease in frequency both obstetrical complications and perinatal pathology.

Keywords: intravenous immunoglobulin, infection of urinary tract, complications of pregnancy, intrauterine infection, pathology of newborns, Biovenum Mono.