



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6903 (13) U

(51) 7 A61B17/42, A61M1/38, 5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

1

2

(21) 20041210808

(22) 27.12.2004

(24) 16.05.2005

(46) 16.05.2005, Бюл. № 5, 2005 р.

(72) Чайка Володимир Кирилович, Дьоміна Тетяна
Миколаївна, Шемякіна Наталя Миколаївна(73) Донецький державний медичний інститут ім.
М. Горького

(57) 1. Спосіб лікування рецидивуючого генітального герпесу у вагітних жінок шляхом проведення метаболічної, імунорегуючої та специфічної терапії, який відрізняється тим, що додатково вагітним призначають пероральний та вагінальний прийом ентеросорбентів, в курс метаболічної терапії включають препарати „Енгістол“, „АТФ“ та „Кокарбоксілаза“, до імунорегуючої терапії вагітним з I ступенем імуннедостатності включають 1 курс плазмаферезу, з II ступенем - 2-3 курси, з III ступенем - 4-5 курсів, причому очищену за допо-

могою плазмаферезу плазму крові вагітної опромінюють УФ-світлом та повертають у кров'яне русло в кількості 1-1,5 мл на 1 кг маси тіла, в кінці кожного сеансу плазмаферезу внутрішньовенно вводять 25 мл препарату „Імуноглобулін людини нормальний“, курс специфічної терапії проводять вагітним тільки з III ступенем імуннедостатності і не раніше, ніж за 2 тижні до пологів препаратом „Ацикловір“ по 800 мг двічі на день протягом 5 днів або препаратом „Вальтрекс“ по 500 мг двічі на день протягом 10 днів.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що 1 курс плазмаферезу включає 2-3 сеанси, перерва між сеансами складає 1-2 дні, а між курсами - не менше 2-3 місяців.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який відрізняється тим, що лікування проводять при кожному загостренні хвороби в період вагітності.

Корисна модель належить до медицини, а саме до акушерства, і може бути використана при лікуванні рецидивуючого генітального герпесу (РГГ) у вагітних жінок.

За даними ВООЗ (1985) захворюваність, викликана вірусом простого герпесу (ВПГ), займає друге місце після грипу як причина смерті від вірусних інфекцій. У Європі серед усіх захворювань, що передаються статевим шляхом, ВПГ займає друге місце після трихомоніазу [Schutz R., Carranaga C., Wu E. et al. Congenital infection due to herpes simplex virus // Rev. Clin. Pediatr. - 1991. - Vol. 62, № 1. - P. 44-7].

Особливе місце проблема ВПГ-інфекції займає в акушерстві, тому що в 30-50% випадків є причиною мимовільного викидня, вагітності, що не розвивається, передчасних пологів, перинатальної захворюваності і смертності [Макацарія А.Д., Долгушина Н.Э. Герпетическая инфекция, антифосфолипидный синдром и синдром потери плода. - М.: Триада-Х, 2002. - 80 с.]. Частота РГГ у вагітних і їхнього потомства по різних джерелах коливається від 1 до 40%. Незважаючи на активний пошук, сучасна наука поки не в змозі запропонувати засо-

би, здатні вилікувати хворих із ВПГ-інфекцією: відомі в даний час протівірусні препарати можуть лише полегшити перебіг інфекції, але жоден з них не здатний цілком елімінувати вірус з організму [Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кулаков В.И. Иммуитет и генитальный герпес. - Н. Новгород: НГМА, 1997. - 224 с.].

Особливу складність представляє лікування вагітних із ВПГ-інфекцією, адже акушер-гінеколог завжди стоїть перед дилемою: з одного боку - обмежений вибір засобів терапії через можливий їхній патологічний вплив на фетоплацентарну систему, а, з іншого боку, він змушений вишукувати ці засоби з метою профілактики ускладнень вагітності і запобігання можливого інфікування плода і немовляти. Встановлено, що найчастішою формою ВПГ-інфекції у вагітних є хронічний РГГ.

Відомий спосіб лікування РГГ у вагітних жінок, який включає пероральний прийом вагітною препарату „Ацикловір“ в дозі 800 мг на день за 5-12 днів до пологів [Марченко Л.А. Генитальный герпес. Новые клинические аспекты. (Клиническая лекция) / Проблемы репродукции. - 1996. - № 4. - С. 33].

(13) U

(11) 6903

(19) UA

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність лікування та шкідливий (тератогенний) вплив на плід застосовуваного препарату.

Відомий обраний за прототип спосіб лікування РГГ у вагітних жінок, що є найближчим до рішення, яке заявляється, по суті та досягнутому технічному результату, який включає проведення метаболічної, імунорегуючої та специфічної терапії [Н.В. Орджоникідзе, Л.В. Тютюнник. Акушерская тактика у пациенток с герпетической инфекцией / Акушерство и гинекология. - 2001. - №4. - С. 56-59]. Згідно з відомим способом-прототипом до метаболічної терапії включають прийом препаратів "Рибофлавін", "Ліпосва кислота", "Пантотенат кальцію", "Токоферолу ацетат", "Рибоксин", "Оротат калію", "Піридоксальфосфат", "Фітін", "Троксевазин", "Прегнавіт", "Неовіт", "Пренатал" та ін. Курси тривають по 7 днів з 2-3-тижневими перервами. Згідно з відомим способом до імунорегуючої терапії включають прийом препаратів "Імуноглобулін людини нормальний" (3 курси введення по 250 мг/кг через день внутрішньовенно крапельно тричі на курс), "Сандоглобулін" (0,4г/кг з інтервалом 3-4 тижні внутрішньовенно крапельно), ректальні свічки "Віферон" (з 28 по 34 тиждень гестації 7 курсів лікування з перервами в 7 днів, 5-денний курс по 2 свічки на день), "Вобензим" (по 3-5 драже тричі на день протягом 1,5 місяців), курс плазмаферезу (в II-III триместрах, 2-3 сеанси на курс з інтервалом 1-2 дні). Згідно з відомим способом до специфічної терапії включають прийом препарату "Ацикловір" (з 37-38 тижня гестації по 0,2г 4 рази на день).

Недоліком відомого способу-прототипу є недостатня ефективність лікування.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі лікування РГГ у вагітних жінок шляхом введення в терапію нових препаратів, процедур та зміни режимів їх прийому в залежності від ступеня імунонедостатності підвищити імунітет вагітної, що дозволяє забезпечити зростання ефективності протівірусної терапії. При цьому благополучно виносили вагітність 97% жінок (за прототипом - 60%), кількість рецидивів ВПГ-інфекції під час вагітності зменшилась вдвічі, розширився проміжок часу між рецидивами з 3 (прототип) до 8 місяців. 65,2% вагітних народили через природні пологові шляхи (за прототипом - 100% кесарів розтин). Всі народжені діти не мали проявів ВПГ-інфекції (за прототипом - 40%).

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування РГГ у вагітних жінок, який включає проведення метаболічної, імунорегуючої та специфічної терапії, новим є те, що додатково вагітним призначають пероральний та вагінальний прийом ентеросорбентів, в курс метаболічної терапії включають препарати "Енгістол", "АТФ" та "Коккарбоксілаза", до імунорегуючої терапії вагітним з I ступенем імунонедостатності включають 1 курс плазмаферезу, з II ступенем - 2-3 курси, з III ступенем - 4-5 курсів, причому очищену за допомогою плазмаферезу плазму крові вагітної опромінюють УФ-світлом та повертають у кров'яне русло в кількості 1-1,5мл на 1кг маси тіла, в кінці кожного сеансу плазмаферезу внутрішньовенно вводять 25мл препарату "Імуноглобулін лю-

дини нормальний", курс специфічної терапії проводять вагітним тільки з III ступенем імунонедостатності і не раніше, ніж за 2 тижні до пологів препаратом "Ацикловір" по 800мг двічі на день протягом 5 або препаратом "Вальтрекс" по 500мг двічі на день протягом 10 днів.

Іншою відмінністю способу, що заявляється, є те, що 1 курс плазмаферезу включає 2-3 сеанси, перерва між сеансами складає 1-2 дні, а між курсами - не менше 2-3 днів.

Ще однією відмінністю способу, що заявляється, є те, що лікування проводять при кожному загостренні хвороби в період вагітності.

Між сукупністю суттєвих ознак корисної моделі і технічним результатом, якого можна досягти при її реалізації, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Застосуванням плазмаферезу досягається цілий ряд позитивних гемокорегуючих результатів: детоксикація, видалення речовин, що мають біорегуляторні властивості, антиоксидантний, реокорегуючий, імунорегуючий ефекти [Т.Н. Деміна, И.Т. Говоруха, С.В. Черных, Н.Н. Шемякина. Реабилитация пациенток с цитомегаловирусной и герпетической инфекцией на этапе планирования беременности / Медико-социальные проблемы семьи. - 2001. - Т.6, №3. - С. 72]. Причому, на відміну від прототипу плазмаферез за способом, що заявляється, застосовують з I по III триместри вагітності при кожному загостренні хвороби. Для імунозамісної і імуномодуючої терапії використовують препарат "Імуноглобулін людини нормальний". Крім "Імуноглобуліну" з загальноспрямованою дією, для активації неспецифічних захисних механізмів організму використовують антигомтоксичний препарат "Енгістол" та свічки "Віферон" з вірусцидною та імуномодуючою дією. В комплексне лікування РГГ у вагітних жінок за корисною моделлю включають опромінення плазми крові вагітної УФ-світлом. Ця процедура викликає в організмі вагітної зниження в'язкості крові, поліпшення кровообігу, насичення тканин киснем, активацію імунних процесів та ін. [Чайка В.К., Могилевкина И.А., Золотухин Н.С. Квантовая гемотерапия в акушерстве и гинекологии. - Донецк: «Донбасс», 1993. - С. 57-65].

Окрім опромінення крові УФ-світлом, призначення плазмаферезу в будь-якому триместрі вагітності, включення до метаболічної терапії препаратів "Енгістол", "АТФ" та "Коккарбоксілаза", новим за корисною моделлю, порівняно з прототипом, є додаткове призначення вагітним перорального та вагінального прийому ентеросорбентів. Іншою суттєвою ознакою способу, що заявляється, є ретельний підбір доз препаратів, режимів їх введення, режимів проведення плазмаферезу та УФ-опромінення плазми крові в залежності від ступеня імунонедостатності, визначеного у конкретній вагітній. Оскільки основний механізм захисту організму вагітної від вірусу герпесу забезпечується імунною системою, то чим вищий ступінь імунонедостатності визначено у вагітній, тим більш ретельно і повно корегують імунну систему вагітної. Функція імунної системи - здійснення нагляду за постійністю внутрішнього середовища та усунення чужорідних екзогенних та ендогенних несприятливих факторів. Масована атака на ц

несприятливі фактори здійснюється також послідовністю проведення імунорегуючих процедур: очищену за допомогою плазмаферезу плазму крові вагітної опромінують УФ-світлом та повертають у кров'яне русло впродовж того ж сеансу плазмаферезу, а в кінці кожного сеансу плазмаферезу внутрішньовенно вводять 25мл препарату "Імуноглобулін людини нормальний". Для виведення чужорідних екзогенних та ендогенних токсинів застосовують також і ентеросорбенти. Саме завдяки сполученню різноспрямованих корегуючих імунітет лікувальних заходів та підбору лікувального навантаження в залежності від ступеня імунонедостатності вдалось за корисною моделлю досягти неочікуваного високого ефекту.

Ефективність способу лікування РГГ у вагітних жінок, який заявляється, було доведено шляхом клінічних досліджень.

В акушерській клініці обстежено 40 вагітних з типовою формою РГГ. Першу групу склали 21 вагітна. В цій групі проводилася комплексна терапія за корисною моделлю. В другу групу ввійшли 19 жі-

нок, яких лікували за відомим способом-прототипом. Обидві групи були порівнянні за віком та плинном ВПГ-інфекції. Контрольну (третю) групу склали 20 здорових вагітних жінок з неускладненим акушерським анамнезом і нормальним плинном вагітності. Обстеження вагітних обох груп проводилося до і після закінченні курсу терапії. Клініко-діагностичні закономірності перевірялися в порівнянні з контрольною групою. Отримані дані комплексного імунологічного обстеження всіх 60 вагітних представлені в табл. 1.

Аналіз показників імунної системи вагітних з РГГ до лікування показав наявність негативних змін в усіх ланках імунітету. Різко знижений рівень комплементу відображає недостатність неспецифічного захисту.

У вмісті цервікального каналу показники циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) удвічі перевищували показники контрольної групи, а рівень лізоциму нижчий за контроль, що свідчить про недостатність місцевого захисту.

Таблиця 1.

Порівняльна характеристика показників імунітету у вагітних з типовою формою РГГ до і після лікування різними методами (М(м))

Показник	Період обстеження			Контроль (n=20)
	до лікування (n=40)	після лікування за корисною моделлю (n=21)	після лікування за прототипом (n=19)	
Вміст у сироватці крові				
Т загальн. (г/л)	0,96±0,19	0,98±0,13	1,14±0,19*	1,21±0,14
Тх (г/л)	0,49±0,16	0,48±0,15	0,60±0,12*	0,59±0,21
Тс (г/л)	0,31±0,19	0,37±0,16*	0,31±0,10	0,34±0,21
Тк (г/л)	0,13±0,10	0,11±0,03*	0,18±0,08	0,17±0,12
Тх/Тс	1,88±0,22	1,58±0,30*	2,08±0,27*	1,74±0,31
В (г/л)	0,21±0,02	0,28±0,02*	0,16±0,01*	0,21±0,08
Ig A (г/л)	1,12±0,27	1,74±0,23*	1,53±0,24*	2,59±0,31
Ig M (г/л)	1,63±0,71	1,31±0,35*	1,45±0,28*	1,60±0,27
Ig G (г/л)	13,22±0,97	11,67±0,64*	12,8±0,62	10,53±0,73
НСТ (%)	26,4±5,5	17,2±5,4*	15,2±4,9*	14,7±4,0
ЦІК (Од. опт. щільн.)	140,84±10,61	129,25±17,0*	154,75±14,61*	84,55±13,24
Фагоцитоз (%)	44,2±2,3	57,2±2,1*	55,4±2,2*	60,9±3,9
ФЧ	5,97±1,85	6,06±1,27*	7,87±1,35*	8,05±2,29
ФЗ	0,64±0,06	0,68±0,06*	0,69±0,04*	0,68±0,05
Комплемент С3 (мг%)	102,32±13,45	217,17±14,90*	131,60±14,8*	116,90±15,05
Комплемент С4 (мг%)	40,34±14,37	68,19±12,57*	79,26±11,44*	52,52±14,43
У вмісті цервікального каналу				
ЦІК(Од. опт. щільн.)	469,28±19,78	678,0±37,11*	504,33±27,02*	239,35±20,71
Лізоцим (мг/мл)	146,29±10,92	542,25±11,46*	244,23±13,92*	169,28±17,30

Примітка. * - розходження достовірне (p<0,05) між показниками до і після лікування.

Порушення загального імунітету проявилось зниженням сумарної популяції Т-лімфоцитів, зменшенням кількості Т-хелперів, тенденцією до зниження Т-супресорів, підвищенням імунорегуючого індексу (Тх/Тс). Різке зниження Ig A (імуноглобуліну А) свідчить про порушення бактеріцидної бар'єрної функції слизової оболонки і шкіри, а підвищені показники Ig G підтверджують

наявність хронічної інфекції, що перебігає на фоні підвищених показників ЦІК.

Після проведеного лікування за відомим способом-прототипом показники функції макрофагальної системи змінилися незначно, лише трохи збільшився відсоток захоплення фагоцитів і збільшилася концентрація ланок системи комплементу. У місцевому вмісті дещо збільшився показник

лізоциму і підвищилася кількість ЦІК, що свідчить про незначну позитивну динаміку.

При застосуванні розробленого способу комплексного лікування зареєстроване значне покращення функції імунної системи: нормалізувалася макрофагальна система, активізувалася система комплементу. Нормалізувався субпопуляційний склад Т-клітинної системи, наблизився до норми імунорегуляторний індекс (Тх/Тс). Різко підвищилася кількість В-клітин, що відобразилося на підвищенні рівня Іg А. Знизився і показник ЦІК у сироватці крові. У місцевому вмісті (цервікальний канал) кількість ЦІК збільшилася більш ніж у 1,5 рази, а лізоцим - у 4 рази, що свідчить про значну позитивну динаміку імунітету.

Проведений аналіз підтверджує перевагу проведення терапії за способом, що заявляється, в порівнянні з відомим способом-прототипом. Цей висновок підтверджується і результатами клінічних спостережень: благополучно виносили вагітність 97% жінок (за прототипом - 60%), кількість рецидивів ВПГ-інфекції під час вагітності зменшилась вдвічі, розширився проміжок часу між рецидивами з 3 (прототип) до 8 місяців. 65,2% вагітних народили через природні пологові шляхи (за прототипом - 100% кесарів розтин). Всі народжені діти не мали проявів ВПГ-інфекції (за прототипом - 40%). Окрім того, отримано більш виражений клінічний ефект: поліпшення загального стану вагітних, нормалізація клінічних, біохімічних, гемостазіологічних показників, зниження в 1,5 рази ускладнень вагітності при меншій загальній потребі в лікарських засобах. У немовлят відповідно в 1,4 рази рідше відзначалася недоношеність, у 1,5 - плексія, у 1,3 - синдром затримки внутрішньоутробного розвитку.

Спосіб, що заявляється, реалізують наступним чином.

Вагітній з РГГ проводять комплексне імунологічне обстеження сироватки крові і вивчають стан локального імунітету в цервікальному каналі шийки матки. Імунологічні дослідження здійснюють за відомою методикою [Д.К. Новиков, В.И. Новикова. Оценки иммунного статуса. - Москва - Витебск, 1996. - 281с.].

Стан клітинного імунітету в сироватці крові оцінюють визначенням популяційного і субпопуляційного складу Т-клітин і NK-клітин за допомогою відповідної тест-системи моноклональних антитіл.

Оцінку В-системи імунітету проводять виявленням кількісного складу В-клітин з використанням моноклональних антитіл, визначенням кількості сумарних імуноглобулінів класів Іg М, Іg G, Іg А, ЦІК за методом G. Mancini [G. Mancini, A. Carbonare, H. Heneman. Immunological quantitation of antigen by single radial diffusion / Immunochimistry. - 1965. - № 2. - Р. 235]. Рівень комплементу С₃, С₄ визначають за допомогою радіальної дифузії в гелі.

Про стан фагоцитозу судять за фагоцитарною активністю нейтрофілів (відсоток фагоцитуючих клітин), по інтенсивності фагоцитозу (фагоцитарне число, ФЧ - середнє число мікробів, поглинених одним нейтрофілієм гранулоцитом), і по здатності перетравлювати нейтрофіли (завершеність фагоцитозу, ФЗ - відношення числа загинувших мікробних клітин до живого мазка). Дані показники

визначають за методом Е.А. Коста, М.И. Стенко з використанням *Staphylococcus aureus*, штам 209.

Бактерицидну біохімічно обумовлену перекисну активність нейтрофілів досліджують в тесті відновлення нітросинього тетразолію вільним внутрішньоклітинним киснем (НСТ-тест) по методу В.С. Нагоєва, М.Г. Шубича.

У вмісті цервікального каналу досліджують рівень лізоциму і число ЦІК.

Ступінь імунної недостатності (СІН) розраховують за відомою формулою: СІН = показник конкретної вагітної / показник, прийнятий за норму × 100%.

Коли розрахована величина перебуває в інтервалі від 1 до 33%, то вона відповідає I ступеню імунної недостатності, від 34 до 66% - II, більше 66% - III [Земсков А.М., Земсков В.М. Справочник оперативной информации по клинической иммунологии и аллергологии. - Воронеж: 1993. - С. 56].

Лікування за способом, що заявляється, проводять в I-III триместрах вагітності при загостреннях хвороби. У комплексній терапії вагітних з РГГ застосовують дискретний центрифужний плазмаферез. Використовують центрифугу "ЦЛП 3-3,5" виробництва фірми "Біофізприбор" (Росія). Забір крові здійснюють в пластикові контейнери з консервантом "СРД" фірми "Равімед" (Польща). Плазму забирають в обсязі 25-30% від об'єму циркулюючої крові. Плазмозаміщення проводять колоїдами, кристаллоїдами, за показниками - альбуміном. Курс плазмаферезу включає 2-3 сеанси, перерва між сеансами складає 1-2 дні, а між курсами - не менше 2-3 днів. Причому, вагітним з I ступенем імунної недостатності до терапії включають 1 курс плазмаферезу, з II ступенем - 2-3 курси, з III ступенем - 4-5 курсів. Під час кожного сеансу плазмаферезу очищену за допомогою плазмаферезу плазму крові вагітної опромінують УФ-світлом та повертають у кров'яне русло в кількості 1-1,5мл на 1 кг маси тіла, в кінці кожного сеансу плазмаферезу внутрішньовенно вводять 25мл препарату "Імуноглобулін людини нормальний" на 150мл фізіологічного розчину. Для УФ-опромінення крові використовують апарат марки "МД-73М Ізолюда" (Санкт-Петербург) при довжині хвилі 254nm зі швидкістю 12мл крові за хвилину. Згідно зі способом, що заявляється, до метаболічної терапії включають прийом препаратів "Рибофлавін", "Ліпоева кислота", "Пантотенат кальцію", "Токоферолу ацетат", "Рибоксин", "Оротат калію", "Піридоксальфосфат", "Фпін", "Троксевазін", "Прегнавіт", "Неовіт", "Пренатал", "Енгістол", "АТФ" та "Кокарбоксілаза" та ін. за рекомендованими фірмами-виробниками дозами. До терапії включають також прийом "Вобензіму" по 5 драже тричі на день 2-3 тижні. Додатково вагітним призначають пероральне та вагінальне введення ентеросорбентів: активоване вугілля, "Ентеросорб", "Ентеросгель".

До специфічної терапії включають ректальні свічки "Віферон", а також призначають вагітним тільки з III ступенем імунної недостатності і не раніше, ніж за 2 тижні до пологів, препарат "Ацикловір" по 800мг двічі на день протягом 5 днів або препарат "Вальтрекс" по 500мг двічі на день протягом 10 днів.

Конкретні приклади реалізації способу, що за-
являється.

Приклад 1. Вагітна Д., 25 років, поступила до
відділення патології вагітності, маючи обтяжений
акушерсько-гінекологічний анамнез: перша вагіт-
ність завершилась штучним абортom, друга вагіт-
ність супроводжувалась герпетичними висипання-
ми на сідницях, закінчилась своєчасними
пологами. Проте немовля померло в ранньому
неонатальному періоді. У чоловіка вагітної Д. та-
кож є герпетичні висипання на сідницях.

Вагітна Д. поступила до клініки з діагнозом: ва-
гітність третя, 20-21 тиждень гестації, загроза піз-
нього мимовільного аборту, вегетосудинна дисто-
нія по гіпотонічному типу, хронічний РГГ.

Перебіг теперішньої вагітності: в 15-16 тижнів
гестації були загроза мимовільного аборту, загост-
рення хронічного РГГ. В другій половині вагітності
кожний місяць відбувалось загострення хронічного
РГГ.

В клініці вагітній Д. провели лікування РРГ за
відомим способом-прототипом. Воно включало

проведення метаболічної, імунокорегуючої та спе-
цифічної терапії. До метаболічної терапії включа-
ли прийом препаратів "Рибофлавін", "Ліпоева кис-
лота", "Пантотенат кальцію", "Токоферолу ацетат",
"Рибоксин", "Оротат калію", "Піридоксальфосфат",
"Фітин", "Троксевазин", "Прегнавіт", "Неовіт", "Пре-
натал" та ін. Курсами по 7 днів з 2-3-тижневими
перервами. До імунокорегуючої терапії включали
прийом препаратів "Імуноглобулін людини норма-
льний" (3 курси введення по 250мг/кг через день
внутрішньовенно крапельно тричі на курс), ректа-
льні свічки "Віферон" (з 28 по 34 тиждень гестації 7
курсів лікування з перервами по 7 днів, 5-денний
курс, по 2 свічки на день), "Вобензим" (по 3-5 дра-
же тричі на день протягом 1,5 місяців), курс плаз-
маферезу (3 сеанси на курс з інтервалом 1-2 дні).
До специфічної терапії включали прийом препара-
ту "Ацикловір" (з 37-38 тижня гестації по 0,2г 4 ра-
зи на день).

Вагітна Д. була обстежена до та після лікуван-
ня. Імунологічні показники наведені в табл. 2.

Таблиця 2.

Порівняльна характеристика показників імунітету у вагітної Д. з РГГ
до і після лікування за способом-прототипом

Показник	Період обстеження		Контроль
	до лікування	після лікування за прототипом	
Вміст у сироватці крові			
Т загальн. (г/л)	0,90	1,12	1,21±0,14
Тх (г/л)	0,48	0,50	0,59±0,21
Тс (г/л)	0,30	0,31	0,34±0,21
Тк (г/л)	0,13	0,15	0,17±0,12
Тх/Тс	1,72	1,72	1,74±0,31
В (г/л)	-	0,16	0,21±0,08
Ig A (г/л)	1,97	2,10	2,59±0,31
Ig M (г/л)	1,63	1,57	1,60±0,27
Ig G (г/л)	7,68	8,80	10,53±0,73
НСТ (%)	28,4	14,0	14,7±4,0
ЦІК (Од. опт. щільн.)	148,0	100,0	84,55±13,24
Фагоцитоз (%)	38,2	50,4	60,9±3,9
ФЧ	5,5	5,5	8,05±2,29
ФЗ	0,63	0,73	0,68±0,05
Комплемент С3 (мг%)	120,5	120,5	116,90±15,05
Комплемент С4 (мг%)	124,2	123,2	52,52±14,43
У вмісті цервікального каналу			
ЦІК(Од. опт. щільн.)	608,0	1147,0	239,35±20,71
Лізоцим (мг/мл)	147,0	336,0	169,28±17,30

Як видно з показників табл. 2, імунітет вагітної
Д. поліпшився незначно. Патологічні пологи (внут-
рішньоутробна гіпоксія плода, відійшли густо-
зелені води) у пацієнтки Д. відбулися в строк кеса-
ревим розтинom. Немовля мало масу тіла 3900,0г.,
оцінка за шкалою Апгар 6-7 балів. Післяпологовий
період пройшов без особливостей.

Приклад 2. Вагітна М., 27 років, поступила до
відділення патології вагітності, маючи обтяжений
акушерсько-гінекологічний анамнез: при першій
вагітності в 2000 році в 35 тижнів гестації діагнос-
товано передчасне відшарування нормально роз-
міщеної плаценти, здійснено кесарів розтин, немо-

вля померло на 4 добу через синдром дихальних
розладів плода. Впродовж 2-х останніх років були
герпетичні висипання 1-2 рази за місяць на геніта-
лях.

В 2000 році лікувалась від хламідіозу, токсо-
плазмозу, ЦМВ-інфекції, РГГ.

Вагітна М. поступила до клініки в 14 тижнів ге-
стації з діагнозом: вагітність друга, рубець на мат-
ці, загроза мимовільного аборту, загострення хро-
нічного РГГ.

Перебіг теперішньої вагітності: загострення
РГГ в 14 тижнів гестації, загострення хронічного
РГГ, гостра респіраторна інфекція з температурою

тіла до 38°C. В 33 тижні вагітності пролікували пацієнтку з приводу фетоплацентарної недостатності.

В клініці вагітній М. провели лікування РГГ за способом, що заявляється. Вагітній М. виконали комплексне імунологічне обстеження сироватки крові і вивчили стан локального імунітету в цервікальному каналі шийки матки.

Ступінь імунної недостатності (СІН) розраховували за формулою: СІН = показник конкретної вагітної / показник, прийнятий за норму x 100%.

Розрахована величина дорівнювала 67%, що відповідає ІІІ ступеню імунних порушень у вагітної М.

Лікування за способом, що заявляється, провели в І-ІІІ триместрах вагітності при загостреннях хвороби. У комплексній терапії застосували дискретний центрифужний плазмаферез. Плазмозаміщення провели альбуміном. Курс плазмаферезу включав 3 сеанси, перерва між сеансами складала 1-2 дні, а між курсами - не менше 2-3 днів. Причому, вагітній М. з ІІІ ступенем імуннедостатності до терапії включили 5 курсів плазмаферезу. Під час кожного сеансу плазмаферезу очищену за допо-

могою плазмаферезу плазму крові вагітної опромінювали УФ-світлом та повертали у кров'яне русло в кількості 1-1,5мл на 1кг маси тіла. В кінці кожного сеансу плазмаферезу внутрішньовенно вводили 25мл препарату "Імуноглобулін людини нормальний" на 150мл фізіологічного розчину.

До метаболічної терапії включили прийом препаратів "Рибофлавін", "Ліпоева кислота", "Пантотенат кальцію", "Токоферолу ацетат", "Рибоксин", "Оротат калію", "Піридоксальфосфат", "Фітин", "Троксевазин", "Прегнвіт", "Енпистол", "АТФ" та "Кокарбоксілаза" за рекомендованими фірмами-виробниками дозами. До терапії включили також прийом "Вобензиму" по 5 драже тричі на день впродовж 3 тижнів. Додатково вагітній М. призначили пероральний та вагінальний прийом ентеросорбенту "Ентеросорб".

Для специфічної терапії призначили ректальні свічки "Віферон", а також за 2 тижні до пологів - препарат "Ацикловір" по 800мг двічі на день протягом 5 днів.

Вагітна М. була обстежена до та після лікування. Імунологічні показники наведені в табл. 3.

Таблиця 3.

Порівняльна характеристика показників імунітету у вагітної М. з РГГ до і після лікування за способом, що заявляється

Показник	Період обстеження		Контроль
	до лікування	після лікування за прототипом	
Вміст у сироватці крові			
Т загальн. (г/л)	0,85	1,04	1,21±0,14
Тх (г/л)	0,42	0,55	0,59±0,21
Тс (г/л)	0,25	0,32	0,34±0,21
Тк (г/л)	0,15	0,16	0,17±0,12
Тх/Тс	1,6	1,70	1,74±0,31
В (г/л)	0,098	0,22	0,21±0,08
Ig A (г/л)	0,97	2,10	2,59±0,31
Ig M (г/л)	1,38	1,61	1,60±0,27
Ig G (г/л)	9,50	10,10	10,53±0,73
НСТ (%)	18,4	13,0	14,7±4,0
ЦІК (Од. опт. щільн.)	90,0	74,0	84,55±13,24
Фагоцитоз (%)	46,2	53,9	60,9±3,9
ФЧ	5,8	5,9	8,05±2,29
ФЗ	0,60	0,70	0,68±0,05
Комплемент С3 (мг%)	121,5	121,9	116,90±15,05
Комплемент С4 (мг%)	22,6	69,1	52,52±14,43
У вмісті цервікального каналу			
ЦІК (Од. опт. щільн.)	1219,0	476,0	239,35±20,71
Лізоцим (мг/мл)	22,6	147,6	169,28±17,30

Як видно з показників табл. 3, імунітет вагітної М. значно поліпшився. Нормальні пологи у пацієнтки М. відбулися в строк через природні пологові шляхи. Немовля мало масу тіла 3600,0г., оцінка за

шкалою Апгар 7-8 балів. Післяпологовий період пройшов без особливостей. Герпетичних висипань не було.