



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **50213** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61K 33/44**  
**A61P 1/00**  
**A61P 7/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З БЛЮВОТОЮ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

1

(21) u200913385

(22) 23.12.2009

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) МАКАГОНОВА ВІКТОРІЯ ВЛАДИСЛАВІВНА,  
УДОВІКА НАТАЛІЯ ОЛЕКСІЇВНА, КЛАДІЄВ В'ЯЧЕ-  
СЛАВ МИКОЛАЙОВИЧ

(73) МАКАГОНОВА ВІКТОРІЯ ВЛАДИСЛАВІВНА,  
УДОВІКА НАТАЛІЯ ОЛЕКСІЇВНА, КЛАДІЄВ В'ЯЧЕ-  
СЛАВ МИКОЛАЙОВИЧ

(57) 1. Спосіб ведення вагітних з блювотою на фоні хронічної патології шлунково-кишкового тракту, що включає введення розчину реосорбілакту та церукалу у середньотерапевтичних дозуваннях,

2

який **відрізняється** тим, що додатково вводять шунгітову воду.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що шунгітову воду отримують шляхом настоювання у воді шунгіту протягом 3-х діб до зникнення каламутності у співвідношенні 1:15-1:20.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що шунгітову воду приймають усередину тривало загальним об'ємом 1500-2200 мл на добу замість води, чаю, соків, на ній готують їжу.

4. Спосіб за пп. 1, 2, 3, який **відрізняється** тим, що у міру використання шунгітової води у посуд доливають новий об'єм води, а шунгіт періодично промивають водою від нальоту.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, конкретно до акушерства, а саме до способів ведення вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.

Актуальність проблеми корисної моделі пов'язана зі зростанням частоти екстрагенітальної патології у вагітних, у тому числі хронічної патології шлунково-кишкового тракту (ХПШКТ) (хронічний гастрит, гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, дискинезія товстої кишки, геморої тощо), яка негативно впливає на організм вагітної, та з'ясовується тим, що у таких жінок вагітність частіше обтяжується так званими "малими симптомами", а саме нудотою, печією, блювотою, стомлюваністю, які можуть привести до значного дискомфорту та несприятливим відчуттям, суттєвій зміні звичного для пацієнтки стилю життя. Тому ліквідування цих симптомів є важливим аспектом антенатальної допомоги. Це потребує вдосконалення програми ведення вагітних з блювотою на фоні ХПШКТ шляхом розробки патогенетично обґрунтованих способів, спрямованих на ліквідацію синдромів "метаболічної" (ендогенної) інтоксикації, що супроводжують дану патологію, і збереження яких, в свою чергу, може стати

патогенетичною підставою розвитку фетоплацентарної дисфункції та пізніх гестозів.

Відомий спосіб лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ шляхом введення церукалу [Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М: «Триада-Х», 1999. - С 226-373.]. Однак даний спосіб не завжди ефективний, оскільки він не забезпечує повної корекції метаболічних порушень, зокрема, відновлення активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ), внаслідок чого тривалий час зберігається ацидоз.

У зв'язку з цим пропонується вагітним з блювотою на фоні ХПШКТ додаткове введення розчинів реополіглокіну та реосорбілакту з метою зниження проявів ацидозу [Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. - К.: Авиценна, 2004. - 168 с].

Цей спосіб більш ефективний і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відносяться збереження у частини вагітних з блювотою на фоні ХПШКТ на підвищеному рівні кінцевого продукту ПОЛ, а у клінічному плані - формування плацентарної недостатності та розвитку гестозів.

(19) **UA** (11) **50213** (13) **U**

Тому для лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ пропонується додаткове введення шунгітної води у тривалому режимі.

Шунгіт - це найстаріший вуглеродвміщуючий мінерал на землі. На різницю від алмазу та графіту він має незвичайну вуглеродну матрицю. Молекули такого вуглецю за своєю структурою схожі на футбольний м'яч і називаються фулерьонами. Фулерьон на сьогодні найвагоміший та тривало діючий антиоксидант. Шунгіт - універсальний сорбент. Видаляючи з води тяжкі метали, колоїдне залізо, нітрати та нітриди, пестициди, феноли, хлорорганічні сполуки, радіонукліди, яйця гельмінтів, віруси і бактерії, шунгітна вода одночасно насичує організм корисними мікро- і макроелементами, поглинаючи шкідливі речовини. Завдяки цьому, шунгіт, розміщений у звичайній воді, надає їй цілющі властивості.

Шунгітна вода чинить на організм значний протиболісний, і протизапальний ефекти, бактерицидну і антигістамінну дію; прискорює процеси регенерації, стимулює змолоджувальні процеси. Враховуючи, що блювота вагітних на патогенетичному рівні супроводжується активацією ПОЛ, використання шунгітної води дає можливість зменшувати прояви метаболічного ендотоксикозу. Препарат не впливає негативно на стан плода, тому може бути використаний в акушерській практиці. Побічних ефектів та алергічних реакцій у вагітних нами не зареєстровано.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності існуючого способу лікування блювоти у вагітних на фоні ХПШКТ шляхом додаткового введення шунгітної води. Підставою для цієї пропозиції була перше встановлена авторами корисної моделі закономірність, яка полягає в тому, що при додатковому введенні вагітним з блювотою на фоні ХПШКТ, у значної кількості пацієнток більш швидко покращується загальний стан, ліквідуються диспептичні ознаки, прояви астеничної симптоматики, відновлюються біохімічні показники, що в клінічному плані сприяє більш фізіологічному подальшому перебігу вагітності зі зниженням числа розвитку фетоплацентарної дисфункції та гестозів вагітних.

Запропонований спосіб полягає у тому, що при наявності блювоти у вагітних з ХПШКТ, відповідно способу-прототипу вводиться розчин реосорбілакту та додатково шунгітна вода.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином: вагітній жінці з блювотою на фоні ХПШКТ призначають церукал та інфузії реосорбілакту у середньотерапевтичних дозуваннях та додатково усередину вводять шунгітну воду. Перед першим використанням шунгіту його декілька разів промивають проточною водою та кип'ятять. Далі шунгіт настоюють у воді протягом 3-х діб до зникнення каламутності у співвідношенні 1:15-1:20. Приймають протягом тривалого часу усередину замість

води, чаю, соків, на шунгітній воді готують їжу (1500-2200 мл шунгітної води на добу). По мірі використання шунгітної води у посуд доливають новий об'єм води, а шунгіт періодично промивають водою від нальоту.

При розробці запропонованого способу лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ нами було обстежено дві групи вагітних жінок, які були рандомізовані за проявами блювоти, характером екстрагенітальної патології і паритетом, - перша (27 осіб), яка отримувала лікування відповідно до запропонованого способу, та друга група (30 осіб), які лікувалися відповідно до способу-прототипу. Вагітні обох груп підлягали клінічному та біохімічному обстеженню 2-3 рази за період їх лікування.

Клінічна картина раннього гестозу в обох групах була типовою та характеризувалася наявністю нудоти, блювоти (від 3 до 10 разів на добу), печії, слинотечії, слабкості, зниження апетиту, неприємного смаку у роті, підвищеною нервозністю та дратівливістю, лабільністю настрою, зниженням добового діурезу, схильністю до закріпів, зниження тургору шкіри. При лабораторному дослідженні виявлені збільшення гематокриту, підвищення ШОЕ, помірний лейкоцитоз, гіпо- та диспротеїнемія; у половини вагітних мала місце тенденція до підвищення рівня гемоглобіну. В аналізах сечі виявлялися сліди білка, в ряді випадків - протеїнурія до 1 г/л, одиничні циліндри, підвищення питомої ваги сечі (1020-1030), наявність ацетону.

Щодо ХПШКТ, то хронічний гастрит діагностований у 22 (38,6 %) вагітних, які були під наглядом, хронічний гастродуоденіт - у 17 (29,8 %), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки - у 4 (7,0 %), геморой - у 18 (31,6 %), дискинезія товстої кишки - у 8 (14,0 %). Поеднана патологія шлунково-кишкового тракту і відмічена у 12 (21,0 %) жінок.

Всім вагітним проводилось комплексне соматичне та акушерське обстеження, здійснювалася оцінка стану фетоплацентарного комплексу (ФПК) за рівнем естріолу та плацентарного лактогену, даних ультрасонографії, кардіографічного моніторингу. Спеціальні біохімічні методи включали визначення рівня (СМ) у крові, вмісту маловисхідного діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югат (ДК) у сироватці спектрофотометрично. Для оцінки вираженості синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ) вивчали рівень "середніх молекул" (СМ) у крові спектрофотометрично. Стан системи антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за активністю ферментів - каталази (КТ) та супероксиддисмутази (СОД) спектрофотометрично.

Проведені спостереження дозволили встановити, що використання запропонованого способу лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ сприяє чітко вираженій позитивній динаміці клінічних проявів (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив запропонованого способу лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ на клінічні показники

Клінічні показники	Групи вагітних		Р
	перша (n=27)	друга (n=30)	

Продовження таблиці 1

	Абс.	%	Абс.	%	
Стабілізація загального стану до 5-ї доби	23	85,1±2,8	18	60,4±3,2	<0,05
Збереження нездужання на 2-у тижні	4	14,8±1,4	12	40,0±2,2	<0,001
Ліквідація блювоти до 7 дня лікування	22	81,5±2,8	15	50,0±2,8	<0,05
Збереження блювоти на 2-у тижні	0	0	6	20,0±2,6	<0,05
Нормалізація апетиту до 5-ї доби	24	88,9±2,4	14	46,7±2,4	<0,01
Відновлення настрою до 7-ї доби	22	81,5±2,8	15	50,0±2,8	<0,01
Відновлення характеру сна до 7-ї доби	20	74,1±2,6	12	40,0±2,2	<0,01
Зникнення гіркоти у роті до 7-ї доби	23	85,1±2,8	10	33,3±3,2	<0,01
Збереження слинотечії на 2-у тижні	4	14,8±1,4	7	23,3±1,8	<0,01
Відновлення добового діурезу до 5-ї доби	20	74,1 ±2,6	17	56,7±2,2	<0,05
Ліквідація ацетону в сечі до 7-ї доби	25	92,6±3,8	18	60,4±3,2	<0,01
Збереження ацетону в сечі на 2-у тижні	1	3,7±0,4	7	23,3±1,8	<0,001
Ліквідація гіперкоагуляції до 7-ї доби	25	92,6±3,8	20	66,7±2,4	<0,05
Нормалізація аналізу сечі до 7-ї доби	25	92,6±3,8	21	70,2±2,9	<0,05

З таблиці 1 видно, що запропонований спосіб лікування блювоти у вагітних з фоновою ХПШКТ чинить позитивну дію на клінічний перебіг вагітності у переважної більшості пацієнток першої групи. Це полягає у прискоренні часу стабілізації загального стану (на 8,2±0,7 доби;  $P<0,01$ ) у порівнянні з другою групою, яка лікувалася за допомогою існуючого способу. В першій групі ліквідація блювоти на кінець 1-го тижня лікування відмічена у 22 осіб (81,5±2,8 % при показнику у другій групі 15 осіб - 50,0±2,8 %;  $P<0,05$ ). Гіркота у роті в першій групі ліквідувалася на 10-12 діб швидше ( $P<0,05$ ), ніж у другій групі; металевий смак - на 9-12 доби ( $P<0,05$ ), нудота - на 7-9 діб ( $P<0,05$ ), причому дані клінічні ознаки в першій групі не рецидивували протягом вагітності, тоді як у другій групі такі випадки були нерідкими. Збереження слинотечії в першій групі зареєстроване в 1,7 рази рідше ( $P<0,01$ ), відновлення нормального характеру випорожнень - в 2,2 рази ( $P<0,01$ ). На кінець 1-го тижня лікування нормальний сон відмічався у 20 вагітних першої групи (у другій групі у 12;  $P<0,01$ ). В першій групі вагітних нормалізація апетиту відбулася у середньому на 8-10 діб і настрою - на 12-15 діб швидше ( $P<0,01$ ). Відновлення нормального обсягу добового діурезу в першій групі починалося у серед-

ньому на 3,8±0,2 добу від початку лікування (4,4±0,2 доби у другій групі;  $P<0,05$ ). Нормалізація показників гемограми та загального аналізу сечі в першій групі відмічені в середньому на 2-3 добу від початку лікування, що у середньому на 5-6 діб швидше ( $P<0,05$ ) у порівнянні з аналогічними показниками другої групи, вагітні якої лікувалися відповідно до способу-прототипу (таблиця 1).

При подальшому нагляді за вагітними було встановлено, що у вагітних першої групи пізні гестози розвинулися у 3-х жінок (у другій групі - у 5-й), формування плацентарної дисфункції відмічено у 1-ї та 3-х вагітних відповідно, передчасного переривання вагітності у Ш триместрі - у 4-х та 6-ти жінок. Новонароджені діти обох груп народилися у задовільному стані та вчасно були виписані додому. Загострень ХПШКТ до завершення вагітності та у післяпологовому періоді ані в першій ані у другій групах не виявлено. Отже, встановлена клінічна ефективність запропонованого способу лікування блювоти у вагітних на фоні ХПШКТ.

Поряд з позитивним впливом на клінічні показники, у хворих першої групи відмічена чітко виражена позитивна динаміка з боку вивчених біохімічних показників (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив запропонованого способу лікування блювоти у вагітних з ХПШКТ на деякі біохімічні показники

Показник	Перша група (n=27)		Друга група (n=30)		P
	до лікування	Через 14 днів лікування	до лікування	Через 14 днів лікування	
СМ, г/л	1,04±0,3	0,53±0,03***	1,02±0,2	0,67±0,02**	<0,01
МДА, ммоль/л	7,95±1,2	5,5±0,5**	7,89±2,1	7,6±0,3	<0,05
ДК, ммоль/л	20,7±1,6	10,3±0,7**	20,8±1,3	18,2±0,8*	<0,05
СОД, МО мг/Нб	19,7±0,7	24±2***	19,5±0,5	20,2±1,1	<0,05
КТ, МО мг/Нб	513±13	550±18	509±12	487±16*	<0,05
ПГЕ, %	7,5±1,2	3,5±0,8**	7,4±1,6	5,1±0,5*	<0,01

Примітка: вірогідність між показником до і після лікування в кожній групі при  $P<0,05$  - \*;  $P<0,01$  - \*\*;  $P<0,001$  - \*\*\*; P - вірогідність відмінності між показником після лікування в першій і другій групах

В першій групі у переважної більшості вагітних вже на кінець 1-го тижня лікування відмічалася чітка тенденція до відновлення вивчених біохімічних показників. Так, лікування блювоти запропонованим способом сприяло більш швидкій нормалізації (у середньому на 6-8 діб) показників ПОЛ та активності ферментів системи АОЗ у порівнянні з другою групою. При цьому через 2 тижня від початку запропонованого лікування у вагітних першої групи рівень МДА складав  $5,5 \pm 0,5$  ммоль/л (у другій групі  $7,6 \pm 0,3$  ммоль/л;  $P < 0,05$ ); а концентрація ДК -  $10,3 \pm 0,7$  ммоль/л (у другій групі  $18,2 \pm 0,8$  ммоль/л;  $P < 0,05$ ). Щодо рівня ПГЕ, то в першій групі вже на 10-у добу лікування даний показник набував меж норми ( $3,5 \pm 0,8$  %;  $P > 0,05$ ), тоді як у другій групі залишався підвищеним на 40-45 % ( $P < 0,05$ ). На кінець 1-го тижня лікування в першій групі також відмічалась чітка тенденція до нормалізації активності КТ ( $550 \pm 18$  МО мг/Нб) і СОД ( $24 \pm 2$  МО мг/Нб). У той же час у половини пацієнток другої групи позитивної динаміки з боку цих показників не відмічено. Крім того, у ряда вагітних другої групи відмічено подальше зниження активності СОД (до  $16,7 \pm 2,4$  МО мг/Нб;  $P < 0,05$ ) та пригнічення активності КТ (до  $420 \pm 14$  МО мг/Нб;  $P < 0,01$ ), що у клінічному плані проявилось відновленням блювоти та нездужання. У пацієнток першої групи на 7-й день лікування відмічено відновлення показника СМ у крові, тоді як у другій групі це реєструвалось на 9-10 діб пізніше. Позитивний ефект використання шунгитної води свідчив про зменшення процесів ПОЛ та вираженості СМІ на тлі відновлення активності ферментів САОЗ. Нормалізація біохімічних показників на кінець 2-го тижня використання шунгитної води відмічено у всіх пацієнток першої групи, що в 1,5 рази було частіше, ніж у другій групі.

Отже, встановлено позитивний вплив запропонованого способу лікування на біохімічні показники у обстежених вагітних з блювотою на фоні ХПШКТ, що свідчить про патогенетичну обгрунтованість запропонованого способу лікування.

Клінічна ефективність запропонованого способу лікування блювоти у вагітних з фоновою хронічною патологією шлунково-кишкового тракту може бути підкріплена такими прикладами його використання.

#### Приклад 1.

Вагітна В., 24 років, студентка медичного університету, скаржиться на нудоту, блювоту до 5-9 разів на добу, загальну слабкість, відсутність апетиту, головний біль, занепокоєність, які тривають другий тиждень. За цей час втратила 5 кг ваги тіла. Вагітність запланована, 5 тижнів гестації. З 18 років страждає на хронічний гастрит з підвищеною секрецією. Намагається дотримуватися дієтичного харчування. Інших соматичних та гінекологічних хвороб не мала. При надходженні до акушерського стаціонару загальний стан середнього ступеня. Астенізована. Шкіра бліда, тургор знижений. Язик сухий, помірно обкладений у корня білим нальотом, слинотечія, мацерація слизової навколо рота. Артеріальний тиск 105/70 мм рт.ст., пульс 87 за 1 хвилину, зниженої напруги, температура тіла 37,2

°С. Розміри матки відповідають терміну гестації, тонус нормальний.

Ан.крові: Hb - 118 г/л, Ер -  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Л -  $6,4 \cdot 10^9$  %, ШОЕ - 10 мм/год. Ан.сечі - питома вага 1028, сліди білка, цукру немає, Л - 1-2 у полі зору, епітелій - 2-3 у полі зору. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 10 мкмоль/л, загальний білок - 72 г/л, альбуміни - 45 %, А/Г - 0,82; натрій - 124 ммоль/л, калій - 3,8 ммоль/л; сечовина - 6,8 ммоль/л, креатинін - 82 мкмоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л. Дані спеціального біохімічного обстеження: СМ - 1,3 г/л, МДА - 10 ммоль/л, ДК - 20 ммоль/л, активність КТ - 520 МО мг/Нб, СОД - 18 МО мг/Нб; ПГЕ - 5 %,

Вагітній призначено лікування відповідно до запропонованого способу - розчин реосорбілакту 200 мл крапельно 1 раз на добу три доби поспіль, церукал 2,0 мл підшкірно 1 раз на добу 7 разів та додатково шунгитну воду до 1500 мл на добу у вигляді рідини, чаю, приготування їжі на ній, якомога більш тривалий час.

Під впливом проведеного лікування на 3-у добу відмічено покращення загального стану, на 4-у добу зникла блювота і нудота. Апетит та настрої нормалізувалися на 5-у добу, сон - на 7-у. За перший тиждень лікування набула у вазі 3 кг 550 г, поряд з цим нормалізувався добовий діурез. Результати лабораторного дослідження (гемограма і аналіз сечі) набули норми на 5-у добу від початку лікування. На кінець 2-го тижня лікування скарг на стан здоров'я не надає, відчуває себе добре, покращилися самопочуття і працездатність; вагітність прогресує, розміри матки відповідають гестаційному терміну. Пройшла перший пренатальний біохімічний та УЗД-скринінг - відхилень від норми не виявлено.

Результати лабораторного обстеження при завершенні лікування: Ан. крові: Hb - 110 г/л, Ер -  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Л -  $5,2 \cdot 10^9$  %, ШОЕ - 6 мм/год. Ан.сечі - питома вага 1012, білка і цукру немає, Л - 1-2 у полі зору, епітелій - 2-3 у полі зору. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 8 мкмоль/л, загальний білок - 72 г/л, альбуміни - 52%, А/Г - 1,02; натрій - 140 ммоль/л, калій - 4,2 ммоль/л; сечовина - 6,8 ммоль/л, креатинін - 52 мкмоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л, сечова кислота - 0,2 ммоль/л. Дані спеціального біохімічного обстеження: СМ - 0,54 г/л, МДА - 5,3 ммоль/л, ДК - 9,2 ммоль/л, активність КТ - 560 МО мг/Нб, СОД - 24 МО мг/Нб; ПГЕ - 3 %,

У подальшому вагітність перебігала без ускладнень і завершилася терміновими пологамі у 39 тижнів гестації. Народила дівчинку з оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів масою 3680 г ростом 52 см. Тривалість пологів становила 12 годин; загальна крововтрата 200 мл (0,29 %). Післяпологовий період без патології. Виписана додому у задовільному стані з дитиною на 4-у добу. При патронажному обстеженні на дому протягом 6 місяців скарг на стан здоров'я немає, дитина здорова, розвиток відповідає віку.

#### Приклад 2.

Вагітна А., 29 років, домогосподарка, була спрямована до стаціонару зі скаргами на блювоту до 15 разів на добу, нудоту, виражену загальну

слабкість, відсутність апетиту, головний біль, запаморочення. До цього протягом 5 днів лікувалася самостійно з використанням церукалу, однак без ефекту. Вагітність сьома, 5 тижнів гестації, раптова, незапланована; в анамнезі шість артифіціальних абортів. Хворіє на хронічний гастродуоденіт та геморої. Медичної реабілітації на етапі планування вагітності не проходила.

При надходженні до стаціонару загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкіра бліда, тургор її знижений. Язик сухий, помірно обложений у корня білим нальотом. Артеріальний тиск 95/70 мм рт.ст., пульс 88 за 1 хвилину, зниженої напруги, температура тіла 37,0 °С. Розміри матки відповідають терміну гестації (5 тижнів), тонус нормальний.

Ан. крові: Hb - 98 г/л, Ер. -  $3,0 \cdot 10^{12}/л$ , Л. -  $7,3 \cdot 10\%$ , ШОЕ - 16 мм/год. Ан. сечі - питома вага 1010, сліди білка, цукру немає, Л. - 2-3 у полі зору, епітелій - одиничний у полі зору. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 16 мкмоль/л, загальний білок - 60 г/л, альбуміни - 45%, А/Г - 0,82; натрій - 130 ммоль/л, калій - 3,6 ммоль/л; сечовина - 3,5 ммоль/л, креатинін - 0,09 ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л. Дані спеціального біохімічного обстеження: СМ - 2,8 г/л, МДА - 13 ммоль/л, ДК - 22 ммоль/л, активність КТ - 510 МО мг/Нб, СОД - 15 МО мг/Нб; ПГЕ - 5 %.

Вагітній призначено лікування відповідно до запропонованого способу - розчин реосорбілакту 200 мл крапельно 1 раз на добу три доби поспіль, церукал 2,0 мл підшкірно 1 раз на добу 7 разів та додатково шунгітну воду до 2000 мл на добу у вигляді рідини, чаю, приготування їжі на ній, якомога більш тривалий час.

Під впливом проведеного лікування вже на 7-у добу почуває себе краще, нудота не відмічається, блювота лише 1-2 рази на добу, апетит нормалізувався на 5-у добу, відновився сон і поліпшився настрій. Вирішила виношувати вагітність, заспокоїлася. За два тижня прибавила 1 кг 700 г, нормалізувався добовий діурез. На 10-ту добу лікування в аналізі сечі та крові патологічних від-

хилень не відмічено. Вагітність прогресує, розміри матки відповідають гестаційному терміну.

Ан. крові: Hb - 126 г/л, Ер. -  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Л. -  $5,0 \cdot 10\%$ , ШОЕ - 10 мм/год. Ан. сечі - питома вага 1012, білка і цукру немає, Л. - 1-2 у полі зору, епітелій - одиничний у полі зору. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 10 мкмоль/л, загальний білок - 70 г/л, альбуміни - 55 %, А/Г - 1,2; натрій - 140 ммоль/л, калій - 4,2 ммоль/л; сечовина - 3,5 ммоль/л, креатинін - 0,09 ммоль/л, холестерин - 3,8 ммоль/л. Дані спеціального біохімічного обстеження: СМ - 0,53 г/л, МДА - 5,2 ммоль/л, ДК - 9,0 ммоль/л, активність КТ - 560 МО мг/Нб, СОД - 23 МО мг/Нб; ПГЕ - 3 %,

У подальшому вагітність у П. перебігала без ускладнень і завершилася нормальними пологамі в 40 тижнів гестації. Народився хлопчик з оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів масою 3450 г ростом 50 см. Тривалість пологів становила 15 годин; загальна крововтрата склала 160 мл (0,32 %), тобто в межах норми. Після пологового та раннього неонатального періоду у малюка без патології. Виписані додому у задовільному стані на 5-у добу. При патронажному обстеженні на дому протягом 6 місяців скарг на стан здоров'я немає, дитина здорова, розвиток відповідає віку.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність і перспективність включення шунгітної води до лікування блювоти у вагітних на фоні ХПШКТ.

Шунгіт є в достатній кількості в аптечній мережі України. Даний спосіб не потребує використання дефіцитних та занадто коштовних препаратів, доступний для лікарів та пацієнтів. Отже, запропонований спосіб корисний та дозволяє суттєво покращити перспективи лікування ранніх гестозів у вагітних з фоновою хронічною патологією шлунково-кишкового тракту. Умовний економічний ефект від використання запропонованого способу складає 125 грн. на одну хвору вагітну. Це дозволяє рекомендувати запропонований спосіб лікування для поширеного використання в умовах акушерських стаціонарів та кабінетах жіночої консультації.