

Винахід відноситься до галузі медицини, а точніше до акушерства та гінекології і може бути використаний для лікування вагітних жінок з фетоплацентарною недостатністю та затримкою внутрішньоутробного розвитку плода.

Фетоплацентарна недостатність (ФПН), яка призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку плода, зустрічається у клінічній практиці досить часто - у 10-15% вагітних жінок, особливо у тих, хто страждає певною екстрагенітальною патологією.

Аналогічні дослідження були проведені Г.М. Савел'євою та співавторами [Савел'єва Г.М., Федорова М.И., Клименко П.А., Сици-нава Л.Г. Плацентарная недостаточность. Медицина, 1991. - 271 с], які застосовували комплексне медикаментозне лікування ФПН та гіпотрофії плода. Але запропоновані лікувальні заходи не враховували амінокислотного дисбалансу у фето-плацентарній системі при цій патології вагітності.

Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування ФПН та гіпотрофії плода, застосований Товстановською В.А. Суть його полягає у тому, що у традиційний комплекс медикаментозних заходів лікування включено інфузійні препарати амінокислот.

Однак, використання тільки медикаментозних заходів при лікуванні фето-плацентарної недостатності та гіпотрофії плода не завжди дає очікуваний ефект. Це може бути пов'язано з неадекватною реакцією рецепторного апарату мікросудин хоріону, яка виникає на тлі деяких його морфологічних змін: набряк стінки судин, периваскулярні крововиливи та інші. Тому невисока ефективність суто медикаментозного лікування деяких форм фето-плацентарної недостатності та гіпотрофії плода обумовлена однобічністю впливу на плацентарний комплекс.

В основу винаходу покладено завдання, спрямоване на те, що у способі лікування фето-плацентарної недостатності та гіпотрофії плода застосовуються як медикаментозні, так і немедикаментозні лікувальні заходи, що призводять до підвищення ефективності лікування цієї патології, зниженню перинатальної захворюваності та смертності.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування фето-плацентарної недостатності та гіпотрофії плода використовується медикаментозна терапія; відповідно винаходу, додатково застосовується локальна декомпресія за індивідуальними обґрунтованими параметрами.

Особливість нашої роботи полягає у тому, що на додаток до медикаментозної стимуляції матково-плацентарного кровообігу використано локальну декомпресію. З цією метою застосовано апарат "Локад", - декомпресор медичний багатофункціональний, виготовлений Донецьким об'єднанням "Електрон побутомаш".

З'ясовано, що місцеві зміни тиску з певними фізичними параметрами значно поліпшують інтенсивність матково-плацентарного кровообігу і, що дуже важливо, за рахунок немедикаментозного впливу, що значно підвищує ефект комплексного лікування. При цьому виникає можливість зменшення кількості медикаментів для терапії і тим самим обмежується їх шкідливий вплив на плід. Як відомо, при ФПН пригнічується транспортна функція плаценти, що призводить до диспротеїнемії у плодовій частині фето-плацентарного комплексу, при цій патології порушується ферментна діяльність плаценти, зменшуються темпи росту та регенерації тканин, зрушується кислотно-лужний баланс, пригнічується утворення необхідних ензимів.

Спосіб застосовується таким чином.

Комплексні лікувальні заходи щодо вагітних жінок з діагностованими ультразвуковим та лабораторними методами фето-плацентарною недостатністю та гіпотрофією плода, проводились курсами після 20 тижнів гестації.

Проводилось збільшення інтенсивності матково-плацентарного кровообігу шляхом застосування локальної декомпресії апаратом "Локад". Фізичні параметри впливу: тиск 6 кПа на 10 сек через 17 с. Сеанс 15 хвилин, курс 10-12 процедур. На цьому фоні внутрішньовенно вводили інфузійний комплекс "аміноплазмаль" для покращення функціонування тканин плода. Паралельно використовувалися фармакологічні препарати за зменшеними двічі дозами: есенціале по 1 капе, тричі на день під час їжі курсом 14 днів; курантіл по 1 т двічі на добу курсом 30 днів; сигетин 2% - по 1 мл один раз на добу внутрім'язово курсом 10 днів.

Наведений курс комплексного лікування може бути використаний двічі або тричі за вагітність, в залежності від особливостей клінічного перебігу основного захворювання.

Суть способу пояснюється наступними прикладами.

Приклад 1. Січкарь А.Д., 28 років. Клінічний діагноз на час госпіталізації: вагітність третя, 24 тижні. Резус-негативний тип крові без антитіл. Фето-плацентарна недостатність. Гіпотрофія плода. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії. Анемія вагітних І ступеню.

Відповідно встановленому вперше при цій вагітності діагнозу було проведено анти-анемічне лікування: феррум-лек внутрішньовенно, вітамін В<sub>12</sub> внутрім'язово, фолієва кислота та полівітамінний комплекс. Хвору переведено на відповідне дієтичне харчування (стіл № 7), проведено курс профілактичного лікування хронічного пієлонефриту (відвар березових бруньок та плодів клюкви).

На фоні згаданої терапії внутрішньовенно вводили інфузійний розчин "Аміноплазмаль", внутрішньо - есенціале, курантіл та сигетин. Додатково проводилась локальна декомпресія курсом 10 процедур після місячного терміну загального лікування хвора була виписана для амбулаторного нагляду.

Наступна госпіталізація відбулась у 34 тижні вагітності. Клінічний діагноз: резус-негативний тип крові без антитіл. Фето-плацентарна недостатність. Гіпотрофія плода. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії. Хворій проведено курс вищевказаного комплексного лікування. Динаміка клініко-лабораторного обстеження довела, що концентрація естріолу у добовій сечі та морфометричні показники поліпшились на 25-30% відповідно строку гестації.

У 38 тижнів вагітності, після закінчення курсу лікування відбулися Індуковані фізіологічні роди дівчинкою вагою 2550 г, довжина 48 см з оцінкою по Апгар 7-8 балів. Перебіг післяродового та раннього постнатального періоду без особливостей.

Приклад 2. Мокра Л.А., 24 роки госпіталізована на протязі вагітності втретє. Двічі лікувалась за стандартною методикою у міському стаціонарі з діагнозом: вагітність 16 тижнів. Загроза іктеричності, обтяжний акушерський анамнез (дві завмерлі вагітності у другому триместрі) та вагітність 23 тижні фето-плацентарна

недостатність. Гіпотрофія плода. Обтяжний акушерський анамнез.

Після госпіталізації та обстеження в умовах клініки Інституту встановлено діагноз: вагітність 27 тижнів, фето-плацентарна недостатність, гіпотрофія плода І ступеню, анемія вагітної. Обтяжний акушерський анамнез.

Основні дані обстеження: гемоглобін 96 г/л, ультразвукові дослідження: асиметрична форма гіпотрофії плода І ст., І ступінь зрілості плаценти, концентрація естріолу у добовій сечі 22,1 мк моль/добу, кольпоцитологічне; Індекс дозрівання 018713, Індекс каріопікнозу 8%, еозінофілії 6%, кардіотокографія - 7 балів за шкалою Фішера. Проведено антианемічне лікування та комплекс медикаментозної терапії у поєднанні з локальною декомпресією.

Контрольне обстеження після закінчення курсу лікування показало поліпшення стану внутрішнього плода (підвищення відносно строку гестації концентрації естріолу у добовій сечі, позитивні кольпоцитологічні зміни, нормалізацію показників кардіотокограми - 8 балів за шкалою Фішера). Вагітна була виписана для амбулаторного нагляду.

У 37-38 тижнів вагітності відбулися фізіологічні роди: народилась дівчинка вагою 2450 г, довжиною 48 см, ПО Апгар 8 балів. Післяродовий та перинатальний період перебігав без особливостей.

Таким чином, запропонований спосіб лікування фето-плацентарної недостатності та гіпотрофії плода, завдяки поєднанню медикаментозних та немедикаментозних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування цієї патології на тлі зменшення кількості застосованих медикаментів.