

Винахід відноситься до медицини, зокрема до акушерства і гінекології, та може бути застосований при лікуванні хронічної фето-плацентарної недостатності у вагітних, страждаючих дисимінованим туберкульозом легень.

Відомий спосіб лікування невиношування вагітності з використанням озонотерапії на фоні традиційного лікування [1]. Однак, застосування 0,9% озонованого фізіологічного розчину для лікування хронічної фето-плацентарної недостатності вагітних не відоме.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб лікування хронічної фетоплацентарної недостатності у вагітних з туберкульозом легень, що включає вазоактивні препарати - трентал по 100 мл 2 рази на добу протягом 4-6 тижнів;  $\beta$ -миметики - ритордин; низькомолекулярні декстрини - реополіглюкин [2].

Проте введення великих доз препаратів може викликати алергічні реакції, прояви дизбактеріозу кишечника, а також індивідуальну нестерпність.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування хронічної фето-плацентарної недостатності шляхом додаткового застосування озонотерапії, яка володіє антигіпоксичною, бактеріцидною, бактеріостатичною, імунomodуючою, знеболюючою і дезінтоксикаційною властивостями, а також використання обмінних препаратів, антигіпоксиків, що дозволить покращити стан материнсько-плодового комплексу, поліпшити перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, зменшити гіпоксію та гіпотрофію плоду.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно винаходу, додатково призначають озонотерапію внутрішньовенне, шляхом введення озонованого 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією озона 2,8-3,0 мг/л, краплинне, через день курсом 8-10 днів на фоні використання антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 3 рази на день, щодня, курсом 10-14 днів та препарата, поліпшуючого обмінні процеси - солкосеріл внутрішньовенно краплинно по 5-10 мл в 250 мл 5% розчину глюкози, щодня одноразово курсом 10-12 днів, а також гепатопротектора хофітол по 2 пігулки 3 рази на день за 15 хвилин до їжі, щодня, загальним курсом 8-15 днів.

Сутність даного способу пояснюється наступними прикладами.

Приклад 1.

Хвора Ш., 32 роки, історія хвороби №566/324 від 26.04.01. Поступила в обсерваційне відділення пологового будинку №2 з діагнозом: Вагітність III, 33-34 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Хронічна фето-плацентарна недостатність. Дисимінований туберкульоз легень. Діагноз туберкульозу легень підтверджений в Одеському Обласному протитуберкульозному диспансері на підставі даних рентгенологічних, бактеріологічних, бактеріоскопічних та інших методів дослідження. Давність захворювання складає 5 років. В анамнезі один мимовільний аборт в строці 8-9 тижнів та переривання вагітності за медичними показниками в строці 22-23 тижнів. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 95 см, висота стояння дна матки 28 см. Розміри тазу: *Distantia spinarum* - 25 см; *Distantia cristarum* - 28 см; *Distantia trochanterica* - 31 см; *Conjugata externa* - 20 см. Окружність променево-зап'ясного суглобу - 16 см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Голівка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 162 уд/хв. Одночасно із загальноклінічними методами дослідження проведено дослідження фето-плацентарного комплексу: визначення гормонів (естріюла, прогестерона, плацентарного лактогена, кортизола); показників кислотно-лужного стану крові (концентрація водородних іонів - pH; напруга кисню -  $pO_2$ ; напруга вуглекислого газу -  $pCO_2$ , буферні основи - BE), а також проведена кардіотокографія і ультразвукове дослідження плоду.

Зміст гормонів у обстеженої жінки до лікування наступний: естріюл - 5,1 нмоль/л; прогестерон - 226,0 нмоль/л; плацентарний лактоген - 173,0 нмоль/л; кортизол - 920,5 нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові склали: pH - 7,3320 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 17,7 ммоль/л;  $pCO_2$  - 44,8 мм рт.ст. і BE - 8,5 ммоль/л. За даними кардіотокографії та ультразвукового дослідження плоду біофізичний профіль плоду по Manning F.J. складав 7.

Враховуючи наявність фето-плацентарної недостатності, хворої запропонованим способом поряд із загальноприйнятою терапією, проводили лікування фето-плацентарної недостатності, використовуючи одноразове введення 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією 3,0 мг/л, краплинно, через день курсом 10 днів на фоні використання антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 3 рази на день, щодня, курсом 14 днів та метаболічного препарату солкосеріл внутрішньовенно краплинно по 10 мл в 250 мл 5% розчину глюкози щодня, одноразово курсом 12 днів, а також гепатопротектора хофітол по 2 пігулки 3 рази на день за 15 хвилин до їжі, щодня, загальним курсом 8 днів.

Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізувався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджені показники. Зміст гормонів: естріюл - 8,4 нмоль/л; прогестерон - 379,0 нмоль/л; плацентарний лактоген - 284,0 нмоль/л; кортизол - 1180,0 нмоль/л. Показники кислотно-лужного стану крові склали: pH - 7,3390 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 21,2 ммоль/л;  $pCO_2$  - 41,6 мм рт.ст.; BE - 4,5 ммоль/л, що свідчить про збільшення трофіки ішемізованої матки і плаценти, приводячи до зменшення гіпоксії плоду. Біофізичний профіль плоду після лікування складав - 8. Пологи у даної хворої відбулися в строк, завершилися без ускладнень. Народилася жива доношена дівчинка, вагою 3150 г, довжиною 53 см. Оцінка новонародженого по шкалі Апгар 7 балів.

Приклад 2.

Хвора П., 34 років, історія хвороби №182/101 від 26.02.01. Поступила в обсерваційне відділення пологового будинку №2 з діагнозом: Вагітність II, 32-33 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Хронічна фето-плацентарна недостатність. Дисимінований туберкульоз легень. Діагноз туберкульозу легень підтверджений в Одеському Обласному протитуберкульозному диспансері на підставі даних рентгенологічних, бактеріологічних, бактеріоскопічних та інших методів дослідження. Давність захворювання складає 4 років. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 92 см, висота стояння дна матки 29 см. Розміри тазу: *Distantia spinarum* - 24 см; *Distantia cristarum* - 27 см; *Distantia trochanterica* - 30 см; *Conjugata externa* - 19 см. Окружність променево-зап'ясного суглобу - 15 см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Голівка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус

матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 164 уд/хв. Одночасно із загальноклінічними методами дослідження проведено дослідження фето-плацентарного комплексу: визначення гормонів (естріюла, прогестерона, плацентарного лактогена, кортизола); показників кислотно-лужного стану крові (концентрація водородних іонів - pH; напруга кисню -  $pO_2$ ; напруга вуглекислого газу -  $pCO_2$ , буферні основи - BE), а також проведена кардіотокографія і ультразвукове дослідження плоду.

Зміст гормонів у обстеженої хворої до лікування наступний: естріол - 4,6 нмоль/л; прогестерон - 207,0 нмоль/л; плацентарний лактоген - 169,3 нмоль/л; кортизол 1260,0 нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові склали: pH - 7,3410 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 18,5 ммоль/л;  $pCO_2$  - 43,1 мм рт.ст. і BE - 8,0 ммоль/л. За даними кардіотокографії та ультразвукового дослідження плоду біофізичний профіль плоду по Manning F.J. складав 7.

Враховуючи наявність фето-плацентарної недостатності, хворі запропонованим способом поряд із загальноприйнятною терапією, проводили лікування фето-плацентарної недостатності, використовуючи одноразове введення 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією 3,0 мг/л, краплинно, через день, курсом 10 днів на фоні використання антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 3 рази на день, щодня, курсом 14 днів та метаболічного препарату солкосеріл внутрішньовенно краплинно по 10 мл в 250 мл 5% розчину глюкози щодня, одноразово курсом 12 днів, а також гепатопротектора хофітол по 2 пігулки 3 рази на день за 15 хвилин до їжі, щодня, загальним курсом 8 днів. Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізувався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджені показники. Зміст гормонів: естріол - 9,9 нмоль/л; прогестерон - 367,5 нмоль/л; плацентарний лактоген - 280,0 нмоль/л; кортизол - 1260,0 нмоль/л. Показники кислотно-лужного стану крові склали: pH - 7,3420 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 22,0 ммоль/л;  $pCO_2$  - 40,5 мм рт.ст.; BE - 4,0 ммоль/л, що свідчить про збільшення трофіки ішемізованої матки і плаценти, приводячи до зменшення гіпоксії плоду. Біофізичний профіль плоду після лікування складав - 8. Пологи у даної хворої відбулися в строк, завершилися без ускладнень. Народився доношений живий хлопчик, вагою 3150 г, довжиною 53 см. Оцінка новонародженого по шкалі Апгар 8 балів.

В порівнянні з прототипом запропонований спосіб дозволяє досягти більш стійкого терапевтичного ефекту за рахунок додаткового до традиційного лікування включення озонотерапії, який полягає в зниженні числа ускладнень для плоду, підвищенні відсотку народження здорових немовлят, що в свою чергу, зменшить час перебування породіль та їх новонароджених в стаціонарі.

Джерела інформації

1. Качалина Т.С., Гречканів Г.О.//Акушерство и гинекология. -2001. -№3. -С.25-29

2. Плацентарная недостаточность./Савельева Г.М., Фёдорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. - М.: Медицина, 1991. -С.276.