

Винахід відноситься до медицини, зокрема до акушерства і гінекології, та може бути застосований при лікуванні хронічної фето-плацентарної недостатності у вагітних, страждаючих вогнищевим 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 фето-плацентарної недостатності у вагітних з туберкульозом легень, що включає вазоактивні препарати - трентал по 100мл 2 рази на добу протягом 4-6 тижнів; β -миметики - ритордин; низькомолекулярні декстрини - реополіглюкин [2].

Проте введення великих доз препаратів може викликати алергічні реакції, прояви дисбактеріозу 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, імуномодуючою, знеболюючою і дезінтоксикаційною властивостями, а також використання обмінних препаратів, антигіпоксантів, 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 одноразове введення 0,9% озонованого фізіологічного розчину, з насичуючою концентрацією озона 1,8-2,2мг/л внутрішньовенно, краплинне загальним курсом 5-6 ін'єкцій, через день на фоні прийому амінокислоти, наприклад гліцин по 1 пігулці 3 рази на день, щодня, курсом 10-14 днів, а також антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 2 рази на день, щодня, курсом 10-12 днів.

Сутність даного методу пояснюється слідуючими прикладами.

Приклад 1.

Хвора П., 29 років, історія хвороби №219/118 від 15.02.02, 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. Вогнищевий туберкульоз легень. Діагноз туберкульозу легень підтверджений в Одеському Обласному протитуберкульозному диспансері на підставі клінічних, рентгенологічних, бактеріологічних, бактеріоскопічних та інших методів дослідження. Давність захворювання складає 2 роки. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 92см, висота стояння дна матки 28см. Розміри тазу: *Distantia spinamm* - 25см; *Distantia cristarum* - 28см; *Distantia trochanterica* - 31см; *Conjugata externa* - 20см. Окружність променево-зап'ясного суглобу - 16см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Головка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 160уд/хв. Одночасно із загальноклінічними методами дослідження проведено дослідження фето-плацентарного комплексу: визначення гормонів (естріола, 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 до лікування у обстеженої жінки наступний: естріол - 8,0нмоль/л; прогестерон - 357,0нмоль/л; плацентарний лактоген - 236,0нмоль/л; кортизол - 1410,0нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові складали: pH - 7,3701 Іg/моль/л/H⁺; pO_2 - 20,90ммоль/л; pCO_2 - 41,50мм рт.ст. і BE - 5,0ммоль/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 загальноприйнятою терапією, проводили лікування фето-плацентарної недостатності, використовуючи одноразове введення 0,9% озонованого фізіологічного розчину, з насичуючою концентрацією озону 1,8 мг/л внутрішньовенно краплинне, загальним курсом 5 ін'єкцій, через день, на фоні прийому амінокислоти, наприклад, гліцин по 1 пігулці 3 рази на день, щодня, курсом 10 днів, а також антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 2 рази на день, щодня, курсом 10 днів. Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізувався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджені показники. Зміст гормонів: естріол - 9,0нмоль/л; прогестерон - 400,5нмоль/л; плацентарний лактоген - 282,0нмоль/л; кортизол - 1270,0нмоль/л. Показники кислотно-лужного стану крові складали: pH - 7,3741 Іg/моль/л/H⁺; pO_2 - 22,5ммоль/л; pCO_2 - 39,8мм рт.ст.; BE - 3,0ммоль/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 доношена жива дівчинка, вагою 3100г, довжиною 53см. Оцінка новонародженого по шкалі Апгар 8 балів.

Приклад 2.

Хвора Ш., 31 рік, історія хвороби №352/191 від 27.02.02, поступила в обсерваційне відділення пологового будинку №2 з діагнозом: Вагітність II, 33-34 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Хронічна фето-плацентарна недостатність. Вогнищевий туберкульоз легень. Діагноз туберкульозу легень підтверджений в Одеському в Обласному протитуберкульозному диспансері на підставі клінічних, рентгенологічних, бактеріологічних, бактеріоскопічних та інших методів дослідження. Давність захворювання складає 1 рік. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 90см, висота стояння дна матки 32см, розміри тазу: *Distantia spinarum* - 26см; *Distantia cristarum* - 29см; *Distantia trochanterica* - 30см; *Conjugata externa* - 20см. Окружність променево-зап'ясного суглобу 15см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Головка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 164уд/хв. Одночасно із загальноклінічними методами дослідження проведено дослідження фето-плацентарного комплексу: визначення гормонів (естріола, 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 до лікування у обстеженої жінки наступний: естріол - 7,8нмоль/л; прогестерон - 3419,0нмоль/л; плацентарний лактоген - 257,0нмоль/л; кортизол - 1430,0нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові

складали: рН - 7,3700 Іg/моль/л/Н+; рО₂ - 20,60ммоль/л; рСО₂ - 41,90мм рт.ст. і ВЕ- 5,5ммоль/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 загальноприйнятою терапією, проводили лікування фето-плацентарної недостатності, використовуючи одноразове введення 0,9% озонованого фізіологічного розчину, з насичуючою концентрацією озону 1,8мг/л внутрішньовенно краплинно, загальним курсом 5 ін'єкцій, через день, на фоні прийому амінокислоти, наприклад, гліцин по 1 пігулці 3 рази на день, щодня, курсом 10 днів, а також антигіпоксанта убіхінон по 2 капсули 2 рази на день, щодня, курсом 10 днів. Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізовався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджені показники. Зміст гормонів: естріол - 9,4нмоль/л; прогестерон - 397,0нмоль/л; плацентарний лактоген - 303,0нмоль/л. Показники кислотно-лужного стану крові складали: рН -7,3739 Іg/моль/л/Н+; рО₂ – 22,9ммоль/л; рСО₂ – 39,7мм рт.ст.; ВЕ – 3,5ммоль/л, що свідчить про збільшення трофіки ішемізованої матки і плаценти, приводячи до зменшення чи до усунення гіпоксії плоду. Пологи у даної хворої відбулися в строк, завершилися без ускладнень. Народилася жива дівчинка, вагою 3150г, довжиною 51см, 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., Гречканёв 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.