

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

Відомий спосіб лікування не виношування 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;  $\beta$ -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, бактерицидною, бактериостатичною, 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 озонотерапію внутрішньовенне шляхом введення озонованого 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією озону 2,2-2,8мг/л, краплинно на курс 7-8 днів через день в поєднанні із препаратом актовегін по 1 драже 3 рази на день, щодня курсом 10-14 днів, а також антигіпоксантом убіхінон по 2 капсули 2 рази на день загальним курсом 10-14 днів.

Сутність даного методу пояснюється слідуючими прикладами.

Приклад 1.

Хвора П., 31 рік, історія хвороби №1062/633 від 25.09.01. Поступила в обсерваційне відділення пологового будинку №2 з діагнозом: Вагітність IV, 31-32 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Хронічна фето-плацентарна недостатність. Інфільтративний 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 роки. У вагітної в анамнезі одні передчасні пологи в терміні 31-32 тижнів, один штучний аборт та один мимовільний аборт. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 95см, висота стояння дна матки 30см. Розміри тазу: *Distantia spinal-um* - 25см; *Distantia cristarum* - 28см; *Distantia trochanterica* - 31см; *Conjugata externa* - 20см. Окружність променево-зап'ясного суглобу - 16см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Голівка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 160уд/хв. Одночасно із загально клінічними 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 - 5,9нмоль/л; прогестерон - 8,7нмоль/л; плацентарний лактоген - 195,6нмоль/л; кортизол - 1625,9нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові складали: pH - 7,3492 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 19,6ммоль/л;  $pCO_2$  - 41,0мм рт.ст. і BE - 6,0ммоль/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 озонованого 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією озону 2,8мг/л, краплинне курсом 8 днів через день в поєднанні із метаболічним препаратом актовегін по 1 драже 3 рази на день, щодня курсом 14 днів, а також антигіпоксантом убіхінон по 2 капсули 2 рази на день загальним курсом 14 днів. Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізовався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджені показники. Зміст гормонів: естріол - 8,7нмоль/л; прогестерон - 388,0нмоль/л; плацентарний лактоген - 291,1нмоль/л; кортизол - 1300,0нмоль/л. Показники кислотно-лужного стану крові складали: pH - 7,3698 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 21,5ммоль/л;  $pCO_2$  - 40,5мм рт.ст.; BE - 3,5ммоль/л, що свідчить про збільшення трофіки ішемізованої матки і плаценти, приводячи до зменшення гіпоксії плоду. Біофізичний профіль плоду після лікування складав - 8. Поводили у даної хворої відбулися в строк, завершилися без ускладнень. Народився доношений живий хлопчик, вагою 3250г, довжиною 52см. Оцінка новонародженого по шкалі Апгар 8 балів.

Приклад 2.

Хвора П., 27 років, історія хвороби №495/287 від 24.04.02. Поступила в обсерваційне відділення пологового будинку №2 з діагнозом: Вагітність IV, 33-34 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Хронічна фето-плацентарна недостатність. Інфільтративний 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. В анамнезі один мимовільний аборт в терміні 7-8 тижнів та один штучний аборт. При проведенні зовнішнього акушерського дослідження встановлено: окружність черева - 92см, висота стояння дна матки 28см. Розміри тазу: *Distantia spinarum* - 25см; *Distantia cristarum* - 28см; *Distantia trochanterica* - 31см; *Conjugata externa* - 20см. Окружність променево-зап'ясного суглобу - 16см. Положення плоду подовжнє, головне передлежання. Голівка рухлива над входом в малий таз, спинка плоду зліва, спереду. Тонус матки не підвищений. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 160уд/хв. Одночасно із загально клінічними 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 - 6,3нмоль/л; прогестерон - 281,5нмоль/л; плацентарний лактоген - 201,0нмоль/л; кортизол - 1690,0нмоль/л. Показники кислотно-основного стану крові складали: pH - 7,3336 lg/моль/л/H<sup>+</sup>;  $pO_2$  - 18,8ммоль/л;  $pCO_2$  - 42,2мм рт.ст. і BE - 6,5ммоль/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 озонованого 0,9% фізіологічного розчину з насичуючою концентрацією озона 2,8мг/л, краплинне курсом 8 днів через день в поєднанні із метаболічним препаратом актовегін по 1 драже 3 рази на день, щодня курсом 14 днів, а також антигіпоксантом убіхінон по 2 капсули 2 рази на день, загальним курсом 14 днів. Після лікування поліпшився загальний стан матері та плоду, нормалізовався стан фето-плацентарного комплексу, поліпшилися досліджувані показники. Зміст гормонів: естріол - 8,8нмоль/л; прогестерон - 396,0нмоль/л; плацентарній лактоген - 300,0нмоль/л; кортизол - 1299,0нмоль/л.

Показники кислотно-лужного стану крові складали: рН - 7,3580 Іg/моль/л/Н<sup>+</sup>; рО<sub>2</sub> - 21,9ммоль/л; рСО<sub>2</sub> - 40,6мм рт.ст.; ВЕ - 4,0ммоль/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 доношена дівчинка, вагою 3250 г, довжиною 52 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.

Література:

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.