



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38085 (13) A

(51) 7 A61M19/00, A61K35/28

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РАННІХ ГЕСТОЗІВ

(21) 2000053007

(22) 26.05.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Тимченко Юрій Володимирович

(73) Харківський державний медичний університет

(57) Спосіб лікування ранніх гестозів шляхом впливу на центральну нервову систему, **відрізняється** тим, що додатково впливають на кислотно-основну рівновагу і гормональний гомеостаз, а регуляцію цих систем здійснюють, застосовуючи поверхневу краніоцеребральну гіпотермію на фоні вживання спленіну, причому процедури проводять на 2 і 6 добу лікування впродовж 40-60 хвилин.

Винахід відноситься до області медицини, розділу акушерства і може бути використаний в комплексному лікуванні ранніх гестозів.

Всі відомі методи лікування ранніх гестозів можна розділити на дві групи: немедикаментозні і медикаментозні.

Перевагами немедикаментозних методів лікування є: відсутність шкідливих впливів на плід, можливість швидкої корекції порушень, пов'язаних з передозуванням, відсутність ефекту алергізації.

До немедикаментозних методів лікування гестозів відносяться: електроаналгезія, електроосон, гіпербарична оксигенація, акупунктура і лазерна акупунктура, гемосорбція, психотерапія (Вороній Ю.Г. Клініко-фізіологічна характеристика і психотерапія хворих блювотою вагітних / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1982. - С. 3-8; Хабалина Т.А., Гордон Д.С. Іглотерапія при блювоті вагітних // Експериментальна і клінічна імунологія й алергологія. - Чебоксари, 1985. - С. 161-163; Жаркін А.Ф., Жаркін Н.А. Рефлексотерапія в акушерстві і гінекології. - Ленінград: Медицина, 1988. - С. 40-41; Уфот Умо, Лупояд В.С., Кислиця В.В. Використання гемосорбції для лікування гіпертонічної хвороби і спільних форм пізнього токсикозу у вагітних / У кн.: Актуальні питання фізіології і патології репродуктивної функції жінки. - 1989. - с. 34-37; Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркін С.А. Практическое акушерство. - М.: Медицина, 1989. - С. 163-165).

Вони дозволяють підвищити ефективність лікування, зменшити дози лікарських речовин, зменшити шкідливий вплив медикаментозних засобів як на організм матері, так і на внутрішньоутробний плід (Іванов І.П. Основні принципи комплексного лікування блювоти вагітних // Акуш. і гін.- 1979.- № 4. - С.59-60., Савельєва Г.М., Серов В.Н., Ста-

ростина Г.А. Акушерський стаціонар. - М., 1984. - С. 46-48).

Так, наприклад, відомий спосіб лікування ранніх гестозів вагітності електросном на фоні медикаментозної терапії (Стругацький В.М. Фізичні методи лікування в акушерстві і гінекології. - 1981. - С. 27; Оржешковський Б.В. Клінічна фізіотерапія, 1984. - С. 31-33). В основу способу покладено вплив на центральну нервову систему на фоні медикаментозної терапії, що викликає розвиток гальмівного процесу в головному мозку, відновляється динамічна рівновага між збуджувальними і гальмівними процесами в центральній нервовій системі.

На головний мозок впливають імпульсними струмами низької або звукової частоти (5-150 Гц), прямокутної форми, малої сили (до 2-3 Ма) і напруги (до 50 В), що викликають при тривалому застосуванні сонливість, дрімоту, а потім сон різноманітної глибини і тривалості.

Методика проведення процедур: манжетку з електродами, у гнізда якої вставлені зволожені теплою водою прокладки (товщиною 1 сантиметр) надівають на голову хворої так, щоб прокладки очних електродів розмістилися на закритих очах, а потиличних - на сосцепоподібних відростках скроне-вих кісток. Очні електроди з'єднують із катодом, потиличні з анодом. Силу струму підбирають індивідуально, частоту імпульсів встановлюють від 5 до 150 Гц. Тривалість процедури від 20 до 60 хвилин, потім струм відключають. Процедуру проводять щодня, або через день, на курс лікування до 15 процедур. Приведений спосіб є найбільш близьким по технічній сутності і результату, який може бути досягнутим до того, що пропонується, тому його обрано нами як прототип.

Проте цей спосіб лікування не є достатньо ефективним. Це пов'язане з тим, що в результаті

лікування електросном впливають на одну з ланок у складному ланцюзі порушень, що ведуть до розвитку раннього гестозу (центрально нервову систему). При цьому регулюючого впливу на гормональний гомеостаз, що є основним у забезпеченні нормального плину вагітності, явно недостатньо. Крім того, виникає стан кетозу, що супроводжується біохімічними порушеннями в крові і сечі хворих раннім гестозом. Недостатньо також впливу на кислотно-основний гомеостаз. Все це компенсують комплексним застосуванням великих доз лікарських препаратів, що впливають на корекцію цих порушень: аміназіна, гемодеза, прогестерону, вітаміну Е, бромистого натрію, персена, преднізолону, поляризованої суміші, туриналу, мікрофоліну, спленіну, неокомпенсану та інших (Гусейнова Я.А. Вплив сумісної із неокомпенсаном терапії на утримання залишкового азоту в крові жінок з токсикозом 1-ої половини вагітності // Питання гематології і переливання крові. - Баку, 1973. - Вып П. - С. 217-219; Бакшеев Н.С. Токсикози вагітних / У кн.: Практичне акушерство / Під ред. Я.П. Сольського. - Київ, 1976. - С. 241-242.; Коломийцева А.Г., Белиц Р.А., Писарева С.П. Комплексна терапія ранніх токсикозів вагітності / Метод. рекомендації. - Київ - 1978. - С. 2-6; Бенедиктов І.И., Колпаков Л.Ф., Цуцор В.Б. Лікування блювоти вагітних // Акуш. і гін. - 1986. - № 4. - С. 59-61).

В основу винаходу покладена задача підвищення ефективності лікування ранніх гестозів вагітності шляхом одночасної дії на центральну нервову систему, гормональний гомеостаз, кислотно-основну рівновагу.

Задача, що покладена в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі лікування ранніх гестозів вагітності шляхом впливу на центральну нервову систему, згідно з винаходом, додатково впливають на гормональний гомеостаз і кислотно-основну рівновагу, а регуляцію показників цих систем здійснюють застосовуючи поверхневу краніоцеребральну гіпотермію на фоні вживання спленіну, причому процедуру проводять на 2 і 6 добу лікування впродовж 40-60 хвилин.

Запропонований спосіб лікування має ряд переваг перед існуючими, оскільки він нормалізує продукцію гормональних речовин, необхідних для збереження вагітності, кислотно-основний стан крові матері і плоду, запобігає шкідливій дії лікарських препаратів на внутрішньоутробний плід.

Підвищення ефективності лікування досягається за рахунок одночасного і достатнього впливу на три основних ланки, порушення в яких в основному і ведуть до розвитку ранніх гестозів вагітності: центральну нервову систему, гормональний гомеостаз і кислотно-основну рівновагу.

Профілактика шкідливого впливу на плід лікарських речовин досягається тим, що застосування медикаментів обмежується вживанням тільки спленіну.

Істотними відмінностями є застосування спленіну і холоду (поверхневої краніоцеребральної гіпотермії), регулюючий вплив поверхневої краніоцеребральної гіпотермії на цикл Кребса, гормональний гомеостаз, кислотно-основну рівновагу, викид біогенних амінів, окситоцинази, усунення метаболічного ацидозу.

Сутність способу полягає в наступному: на фоні лікування спленіном, на 2 і 6 день лікування проводять сеанс поверхневої краніоцеребральної гіпотермії. На другий день для одержання вираженого терапевтичного ефекту, після клінічного обстеження вагітної, відразу ж після вступу вагітної для припинення нудоти і блювоти, підвищення викидів гормонів, усунення порушень кислотно-основного стану крові матері і плоду, усунення кетоацидозу. На 6 день лікування - для закріплення результатів лікування, нормалізації гормонального гомеостазу і кислотно-основної рівноваги, що можуть порушуватися до 4 доби після першого сеансу поверхневої краніоцеребральної гіпотермії.

Порядок процедури такий: після нейролептаналгезії: розчин седуксену (реланіуму) 2,0 + розчин піпольфену 2,0 внутрішньом'язово (за 30 хвилин до процедури), пацієнтці вводять температурні датчики в зовнішній слуховий прохід і пряму кишку. Датчики приєднують до електротермометру. На голову пацієнтці вдягають термошлем і за допомогою апарату "Холод 2-ф" проводиться поверхнева краніоцеребральна гіпотермія. Градієнт швидкості зниження температури 0,06-0,08°C/хв. Температура в підшлемному просторі 1-2°C. Температура теплоносія 2°C підтримується в напіваавтоматичному режимі. Поверхнева краніоцеребральна гіпотермія проводиться до таких параметрів: температура в зовнішньому слуховому проході 36-36,2°C, температура в прямій кишці 36,6-36,8°C. Цей рівень поверхневої гіпотермії досягається впродовж 30-40 хвилин. Після сеансу температура тіла пацієнта без додаткового зігрівання нормалізується впродовж 10-12 годин, ускладнень після проведення процедури не виявлено.

У результаті контролю параметрів застосування поверхневої краніоцеребральної гіпотермії при лікуванні ранніх гестозів у вагітних відзначається зникнення кетонів у сечі, збільшення виробітки естрогенних гормонів і прогестерону, зменшення тону мати, поліпшилися показники діяльності головного мозку пацієнтів, що реєструються за допомогою електроенцефалографії, зменшився середній термін лікування на 3-5 днів, із лікарських речовин застосовувався лише спленін, поліпшилися показники розвитку внутрішньоутробного плоду, контрольовані за допомогою ЕКГ, ФКГ плоду, поліпшився маточно-плацентарний кровообіг, нормалізувався розвиток внутрішньоутробного плоду, контрольований клінічними методами і за допомогою ультразвукової діагностики на апараті "Алока-256 ССД". Спосіб ілюструють такі приклади.

Приклад 1. Хвора Карпова Р.Г., 23 років, історія хвороби № 12875/1342, надійшла в 5 пологовий будинок м. Харкова 16 жовтня 1992 року з діагнозом: вагітність 10-11 тижнів, ранній гестоз.

При надходженні пред'являла скарги на нудоту, блювоту до 8 разів на добу, слабкість, запаморочення.

Дані додаткових методів дослідження: клінічні аналізи крові і сечі без змін. Мазки виділень: гонококи, трихомонади не виявлені, лейкоцити 3-5 в полі зору. Група крові Ab (II), резус позитивна. Реакція Васермана негативна. Кров на ВІЧ негативна. ЕКГ - ознак патології міокарда не виявлено.

Консультація терапевта - патології з боку внутрішніх органів не виявлено.

Огляд на "Алока 256-ССД": плід 1, Ч.С.С. - 132 удари в хвилину. Вагітність 10-11 тижнів.

Електроенцефалографія: гіперсинхронний високоамплітудний альфа ритм, 11 тип електроенцефалограми.

Зміст кетонових тіл і ацетону в сечі +++.

Екскреція естрогенів (мкг/добу) і прегнандіолу (мг/добу) у сечі: естрон 42,5, естрадіол 10,9, естріол 306, прегнандіол 8,2.

Частота блювоти до 14 разів на добу.

Після клінічного обстеження вагітної у відділенні вирішено: відповідно до раніше виробленого плану, провести лікування жінки методом поверхневої краніоцеребральної гіпотермії в комплексі зі спленіном, під контролем тестів функціональної діагностики. 17 жовтня 1992 року проведений перший сеанс екстракраніального охолодження тривалістю 40 хвилин. На другий день після проведення сеансу частота блювоти зменшилася до 1-2 рази на день. Нормалізувався загальний стан жінки, - зникло почуття тривоги, зменшилася слабкість, з'явився апетит, відновився сон. На четверту добу після проведення першого сеансу 22 жовтня 1992 року для посилення терапевтичного ефекту проведеної терапії зроблений другий сеанс краніоцеребральної гіпотермії тривалістю 40 хвилин.

Стан хворої після сеансу задовільний. Нудоти, блювоти немає. Настрій спокійний, рівний, матка в нормонусі, виділення зі статевих шляхів слизувати. Хвора набрала у вазі 3 кілограми.

Після проведення другого сеансу гіпотермії проведене клінічне обстеження вагітної: огляд на "Алока 256-ССД" - 24 жовтня 1992 року: плід 1, плацента в області дна матки, частота серцевих скорочень 142 ударів в хвилину. Вагітність 12 тижнів.

Електроенцефалографія: правильний альфа ритм, 1 тип електроенцефалограми.

Електрокардіографія: ознак патології міокарда не виявлено.

Вмісту кетонових тіл і ацетону в сечі не виявлено.

Екскреція естрогенів (мкг/добу) і прегнандіолу (мг/добу) у добовій сечі: естрон 81,6, естрадіол 18,5, естріол 603,2, прегнандіол 9,8.

Стан хворої задовільний. 24 жовтня 1992 року виписана з відділення зі збереженою вагітністю.

17 березня 1993 року в 5 пологовому будинку родила живу доношену дівчинку масою 3200 грамів, ріст 51 сантиметр, у терміні вагітності 39-40 тижнів, стан дитини за шкалою Апгар 8 балів. Родили нормальні. 23 березня виписана з пологового відділення в задовільному стані з живою дитиною.

Приклад 2. Хвора Іванова Н. П., 24 років надійшла до 2 гінекологічного відділення 5 пологового будинку м. Харкова 12 листопада 1992 року в 10<sup>00</sup> з діагнозом: вагітність 11 тижнів, ранній гестоз. Історія хвороби № 4356/1021.

З моменту надходження в стаціонар під контролем клініко-лабораторних показників почате комплексне лікування раннього гестоза.

Дані додаткових методів дослідження: клінічний аналіз крові і сечі без патологічних змін. Мазки виділень - трихомонад, гонококи не виявлені, лей-

коцити 2-3 у полі зору, флора - коки. Група крові IV (AB), резус позитивна. ЕКГ - ознак патології міокарда не виявлено. Огляд терапевта - патології з боку внутрішніх органів не виявлено. Реакція Васермана - негативна, кров на СНІД - негативна.

Ультразвукове складне сканування на апараті "Алока 256-ССД": плід 1, частота серцевих скорочень плоду 130 ударів у хвилину. Діагноз: вагітність 11 тижнів.

При електроенцефалографічному дослідженні виявлені нестійкість і деформованість альфа хвиль, IV тип електроенцефалограм за Е.А.Жирмунським і ін. (1990).

Вміст кетонових тіл в сечі +++.

Екскреція естрогенів (мкг/добу) і прегнандіолу (мг/добу) у добовій сечі: естрон 41,8; естрадіол 10,6; естріол 326; прегнандіол 8,4.

Після клінічного обстеження вагітної у відділенні вирішено провести лікування жінки спленіном у сполученні з поверхневою краніоцеребральною гіпотермією, під контролем тестів функціональної діагностики.

13 листопада 1992 зроблено перший сеанс поверхневої краніоцеребральної гіпотермії тривалістю 40 хвилин. Після проведення сеансу стан хворої значно поліпшився, блювота припинилася, з'явився апетит, нормалізувався сон. 18 листопада 1992 року, для посилення ефекту лікування проведений другий сеанс поверхневої краніоцеребральної гіпотермії. Тривалість сеансу 40 хвилин. Обидва сеанси хвора перенесла добре. Клінічних ознак раннього гестозу немає.

В результаті клінічного обстеження вагітної після проведення другого сеансу гіпотермії: огляд на "Алока 256-ССД" 20 листопада 1992 року: плід 1, плацента в області дна матки, частота серцевих скорочень 142 удару в хвилину. Вагітність 12 тижнів.

Електроенцефалографія: правильний альфа ритм, 1 тип електроенцефалограми.

Електрокардіографія: ознак патології міокарда не виявлено.

Вміст кетонових тіл і ацетону в сечі - не виявлено.

Вміст естрогенів (мкг/добу) і прегнандіолу (мг/добу) у добовій сечі: естрон 82,4; естрадіол 19,3; естріол 626,4; прегнандіол 10,3.

29 листопада 1992 роки виписана з відділення зі збереженою вагітністю, ознак гестозу немає.

21 травня 1993 року в 5-ому пологовому будинку м. Харкова родила живого доношеного хлопчика в стані по шкалі Апгар 8 балів. Вага дитини 3200 грамів, ріст 51 сантиметр. Родили нормальні в терміні вагітності 39-40 тижнів. 27 травня 1993 року з живою дитиною виписана з пологового відділення. Історія родів № 1876.

Порівняльна оцінка ефективності різноманітних методів лікування ранніх гестозів подана нами в таблиці (таблиця). Достовірність розходжень по групах  $P < 0,05$ .

Таким чином, таблиця ілюструє перевагу способу, що пропонується, перед відомим. Бажаний ефект досягається за рахунок впливу на три найбільш важливих ланки в регулюванні нормального плину вагітності: центральну нервову систему, ки

слотно-основну рівновагу і гормональний гомеостаз.

Апробація методу нами проведена у 40 хворих

із раннім гестозом. В усіх хворих - підсумок захворювання - видужання. Вагітність у всіх жінок збережена. Рецидиву захворювання виявлено не було.

Таблиця

| Параметри        | До лікування | Лікарська терапія | Лікарська терапія і електросон | Спленін і терапія КЦГ |
|------------------|--------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Естрон           | 11±3,4       | 17,2±3,2          | 18,7±3,6                       | 20,8±3,3              |
| Естрадіол        | 4,1±0,8      | 7,4±1,2           | 8,1±0,9                        | 8,4±0,9               |
| Естріол          | 46,6±7,4     | 75,8±7,2          | 81,6±7,6                       | 90,2±7,1              |
| Прегнандіол      | 4,4±0,68     | 7,4±0,76          | 7,9±0,82                       | 8,8±0,72              |
| Термін лікування |              | 16±6              | 12±3                           | 10±2                  |

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
(044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60х84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
(044) 268-25-22

---