



УКРАЇНА

(19) UA (11) 11868 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61K 35/14  
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОРОДІЛЬ З ПОСТГЕМОРАГІЧНОЮ АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЧНОЇ КРОВОВТРАТИ ПРИ ПОЛОГАХ

1

2

(21) u200506480

(22) 01.07.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. №1, 2006р.

(72) Луб'яна Стелла Станіславівна, Фролов Валерій Митрофанович, Удовіка Наталія Олексіївна, Ковтонюк Інга Олексіївна, Шелигіна Людмила Олексіївна

(73) Луб'яна Стелла Станіславівна, Фролов Валерій Митрофанович, Удовіка Наталія Олексіївна, Ковтонюк Інга Олексіївна, Шелигіна Людмила Олексіївна

(57) 1. Спосіб лікування породіль з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати при

пологах, що включає введення еритроцитарної маси, свіжозамороженої плазми, цефтріаксону, ехінацеї пурпурової, тардиферону, ревіту, аскорутину, який **відрізняється** тим, що додатково вводять імуноглобулін для внутрішньовенного введення.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що імуноглобулін для внутрішньовенного введення призначають у вигляді 5 % розчину по 25 мл (1,25 г) після попереднього розведення фізіологічним розчином у пропорції 1:4 внутрішньовенно крапельно в обсязі 100 мл 3-5 днів поспіль.

Корисна модель до галузі медицини, конкретно до акушерства, а саме до способів лікування породіль з ускладненими пологами.

Актуальність проблеми корисної моделі пов'язана зі значною частотою розвитку гнійно-запальних ускладнень у породіль, пологи яких ускладнилися патологічною крововтратою.

Відомий спосіб лікування породіль з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати у пологах шляхом введення препаратів крові (еритроцитарної маси, відмитих еритроцитів, свіжозамороженої плазми) з проти-анемічною та замірною метою [Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. - М.: Медицина, 1998. - 256с.].

Однак даний спосіб недостатньо ефективний при лікуванні породіль з післяпологовою анемією, які у пологах перенесли патологічну крововтрату, оскільки він не забезпечує швидкої нормалізації показників імунного статусу, в той час як на фоні постгеморагічної анемії виникає імунодефіцит, що

у клінічному плані сприяє розвитку гнійно-запальних ускладнень у післяпологовому періоді.

Тому пропонується породіллям з патологічною крововтратою у пологах у післяпологовому періоді додаткове введення антибактеріальних та імунокоригуючих препаратів з метою профілактики гнійно-запальних ускладнень та відновлення клітинної ланки імунітету, зокрема препаратів з ехінацеєю пурпуровою або елеутерококу [Никонов А.П., Анкирская А.С. Новые подходы к терапии послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. - 1999. - №5. - С.35-38].

Цей спосіб більш ефективний, але ж він не забезпечує швидкої ліквідації постгеморагічної анемії, яка у свою чергу сприяє прогресуванню імунної депресії, а в клінічному плані - розвитку астеничної або астеноневротичної симптоматики та ускладнень гнійно-запального характеру.

Тому для лікування породіль з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати у пологах пропонується додаткове введення проти-анемічних препаратів (тардиферон, фенюльс),

(13) U

(11) 11868

(19) UA

полівітамінів (ундевіт, ревіт), препаратів для покращення стану метаболізму та ангіопротекторів для відновлення мікрогемодинаміки (аскорутин, кверцетин) [Яценко Л.М., Бесєдін В.М. Патоморфологічне обґрунтування ранньої профілактики після пологових гнійно-септичних ускладнень у породіль із залізодефіцитними анеміями вагітних // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №6. - С.99-103].

Цей спосіб найбільш ефективний із існуючих і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відносяться збереження у частини породіль з патологічною крововтратою у пологах імунодефіцитного стану, що негативно впливає на показник материнської захворюваності внаслідок збільшення ризику розвитку гнійно-запальних ускладнень (метрит, тромбоз флорид).

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності лікування породіль з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати, що виникла під час пологів, шляхом додаткового введення імуноглобуліну для внутрішнього введення (ІГВВ). Підставою для цієї пропозиції була вперше встановлена авторами корисної моделі закономірність, яка полягає в тому, що при додатковому введенні ІГВВ породіллям з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати, що виникла під час пологів, у значної кількості пацієнток суттєво покращуються імунологічні та гематологічні показники, що в клінічному плані сприяє більш швидкій ліквідації анемії, нормалізації загального стану та зниженню числа післяопераційних ускладнень. ІГВВ являє собою імунологічно активну білкову фракцію, виділену з плазми крові донорів. Він містить 4,5-5,5% білка, позбавлений антикомплементарних властивостей, не містить консервантів та антибіотиків; володіє швидким 100% надходженням антитіл у кровоток, сприяє підвищенню антиінфекційної резистентності організму.

Поставлена задача вирішується таким чином. Породіллі з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати у пологах додатково вводять еритроцитарну масу та свіжозаморожену плазму, антибактеріальні препарати, препарати з ехінацеї пурпурової, тардиферон, ревіт, аскорутин у середньотерапевтичних дозуваннях та додатково вводять ІГВВ.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином: породіллі з постгеморагічною анемією на тлі патологічної крововтрати у пологах призначають за показаннями еритроцитарну масу (1-2 дози) та свіжозаморожену плазму (1-2 рази), цефтріаксон 2,0г на добу, ехінацею пурпурову, тардиферон по 1 таблетці 2 рази на добу, ревіт по 2 драже 2-3 рази на добу, аскорутин по 1-2 таблетці 3 рази на добу та додатково вводять ІГВВ по 25мл (1,25г) після попереднього розведення фізіологічним розчином (1:4) внутрішньовенно крапельно в обсязі 100мл 3-5 діб поспіль.

При розробці запропонованого способу лікування породіль з постгеморагічною анемією у післяпологовому періоді нами було обстежено дві

групи хворих жінок, які були рандомізовані за паритетом та тяжкістю анемії, - перша (18 осіб), яка отримувала лікування з приводу постгеморагічної анемії у післяпологовому періоді відповідно до запропонованого способу, та друга група (22 особи), які лікувалися відповідно до способу-прототипу. Хворі породіллі підлягали клінічному та імунологічному обстеженню 2-3 рази за період їх лікування.

Всім жінкам проводилось комплексне соматичне та загальноприйняте лабораторне обстеження, ультрасонографія (УСГ) органів малого тазу. Визначали рівень  $\gamma$ -інтерферону ( $\gamma$ -ІНФ) та фактору некрозу пухлини (ФНП- $\alpha$ ) у сироватці крові методом імуноферментного аналізу з використанням тест-систем "Протеиновый контур" (Росія). Досліджували загальну кількість показників клітинного імунітету: Т-, В-лімфоцитів, Т-хелперів/індукторів та Т-супресорів/кілерів у цитотоксичному тесті з використанням моноклональних антитіл фірми Ortho Diagnostic Systems Inc. (USA) класів CD3+ (до загальної популяції Т-клітин), CD4+ (до Т-хелперів/індукторів - Th), CD8+ (до Т-супресорів/кілерів - Ts), CD22+ (до В-клітин). Вираховувався коефіцієнт CD4/CD8, як співвідношення Th/Ts. Функціональну активність лейкоцитів вивчали у спонтанній реакції бласттрансформації (РБТЛ) та РБТЛ, індукованій фітогемоглютиніном (ФГА).

Проведенні спостереження дозволили встановити, що використання запропонованого способу лікування породіль з постгеморагічною анемією на фоні патологічної крововтрати у пологах, сприяє чітко вираженій позитивній динаміці клінічних показників (таблиця 1).

З таблиці 1 видно, що запропонований спосіб лікування у переважній більшості породіль першої групи сприяє більш скорішому покращенню загального самопочуття та зниженню загальної слабкості (на  $4,3 \pm 0,2$  доби;  $P < 0,01$ ), скороченню часу нормалізації температури тіла (на  $3,8 \pm 0,7$  доби;  $P < 0,01$ ), ліквідації підвищеної стомленості (на  $3,1 \pm 0,4$  доби;  $P < 0,01$ ) та відновленню зниженого апетиту (на  $3,6 \pm 0,4$  доби;  $P < 0,05$ ). В першій групі на  $4,7 \pm 0,5$  доби швидше ( $P < 0,01$ ) відмічалася чітко виражена тенденція до зростання та досягнення меж норми рівнів Hb та еритроцитів, що вказувало на ліквідацію анемії та у клінічному плані поєднувалося з більш скорішою ліквідацією тахікардії та аритмії (на  $3,5 \pm 0,4$  доби;  $P < 0,01$ ). Поряд з цим у породіль першої групи на  $4,3 \pm 0,3$  доби швидше встановлювалася фізіологічна лактація та в 1,6 разів рідше відмічалася патологічне нагрудання молочних залоз і лактостаз. В першій групі частота утворення гематом по ребру матки була в 1,64 рази меншою ( $P < 0,05$ ), розвитку ендометриту - в 3,25 рази ( $P < 0,01$ ), субсероми - в 2,0 рази ( $P < 0,05$ ). Середній ліжко-день в першій групі становив  $10,3 \pm 0,6$  доби, що на  $4,2 \pm 0,2$  доби було менше у порівнянні з другою групою, які лікувалися відповідно способу-прототипу ( $P < 0,01$ ).

Таблиця 1

Вплив запропонованого способу лікування породіль з постгеморагічною анемією, на фоні патологічної крововтрати у пологах, на клінічні показники ( $M \pm m$ )

Клінічні показники	Групи породіль		P
	перша (n=18)	друга (n=22)	
Збереження симптомів (діб):			
загальної слабкості	3,9±0,5	8,2±0,8	<0,01
субфебрилітету	4,5±0,4	8,3±0,7	<0,01
підвищеної стомленості	4,9±0,3	8,0±0,2	<0,01
тахікардії	5,4±0,4	8,9±0,2	<0,05
аритмії	5,3±0,6	8,6±0,4	<0,05
зниження апетиту	5,2±0,2	8,8±0,3	<0,05
Тривалість анемії, діб	7,7±0,8	12,4±1,1	<0,05
Початок лактації, доба	3,2±0,6	5,3±0,2	<0,05
Субсерома (абс/%)	2/11,1±1,4	5/22,7±1,4	<0,01
Тріщини сосків (абс/%)	2/11,1±1,4	6/27,3±1,6	<0,01
Часткове розходження швів на передній черевній стінці (абс/%)	0	1/4,5±0,8	<0,05
Ендометрит (абс/%)	1/5,6±0,3	4/18,2±1,3	<0,01
Гематома у склепінні (абс/%)	2/11,1±1,4	4/18,2±1,3	<0,05
Середній ліжко-день (діб)	10,3±0,6	14,5±1,3	<0,01

Поряд з позитивним впливом на клінічні показники у хворих породіль першої групи відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених імунологічних показників (таблиця 2). Так в першій групі після проведеного лікування відповідно до запропонованого способу відмічена чітко виражена тенденція до ліквідації загальної Т-лімфопенії (зростання числа Т-клітин з фенотипом CD3 до 75,6±2,1%), ніж у другій групі, яка лікувалася відповідно способу-прототипу (66,8±2,2%;  $P < 0,05$ ). В першій групі більш скоріше реєструвалася ліквідація вихідно наявного дисбалансу основних регуляторних суб-популяцій Т-клітин - Т-хелперів/індукторів та Т-супресорів/кілерів (у середньому на 4,6±0,8 діб;

$P < 0,05$ ). При цьому кількість клітин з фенотипом CD4+ дорівнювала у середньому 40,6±1,8% (при показнику у другій групі 35,9±2,0%;  $P < 0,05$ ), в результаті чого значення коефіцієнту CD4/CD8, який відбиває співвідношення Т-хелпери/Т-супресори, в першій групі зростало до 2,09±0,4 (при показнику у другій групі 1,80±1,6;  $P < 0,01$ ), набуваючи норми у середньому на 5,5±0,4 доби швидше ( $P < 0,05$ ). Показник спонтанної РБТЛ в першій групі на час закінчення лікування відповідно до запропонованого способу набував значення 10,3±1,3%, тобто зростав в 1,67 рази ( $P < 0,001$ ), тоді як у другій групі - лише на 22,8±1,2% від показника до лікування ( $P < 0,05$ ).

Таблиця 2

Вплив запропонованого способу лікування породіль з постгеморагічною анемією, на фоні патологічної крововтрати у пологах, на імунологічні показники

Показник	Перша група (n=18)		Друга група (n=22)		P
	на початку лікування	після лікування	на початку лікування	після лікування	
γ-ІНФ, пг/мл	8,76±1,3	15,5±1,2**	9,1±1,6	10,5±1,2	<0,01
ФНП-α, пг/мл	7,7±0,8	10,2±0,3**	7,4±0,9	8,0±0,4*	<0,05
CD3+, %	63,5±1,1	75,6±2,1*	63,9±1,4	66,8±2,2	<0,05
CD4+, %	32,2±2,1	40,6±1,8*	32,7±1,9	35,9±2,0	<0,05
CD8+, %	18,8±1,8	19,5±0,8	18,9±1,6	19,9±2,2	>0,05
CD4/CD8	1,72±0,9	2,09±0,4**	1,73±1,1	1,80±1,6	<0,01
РБТЛ спонтанна, %	6,2±0,9	10,3±1,3***	6,3±0,7	7,5±0,9*	<0,01
РБТЛ індукована ФГА, %	54,5±2,2	77,9±1,2*	54,9±1,9	62,9±1,7*	<0,01

Примітка: вірогідність різниці між показником до і після лікування \* - при  $P < 0,05$ , \*\* - при  $P < 0,01$  та \*\*\* - при  $P < 0,001$ ; P - вірогідність різниці між показником після лікування в першій та другій групах

Аналогічна динаміка відмічена відносно показника РБТЛ з ФГА: в першій групі він складав у середньому  $54,5 \pm 2,2\%$ , у другій -  $62,9 \pm 1,7\%$  ( $P < 0,01$ ). Зазначена позитивна динаміка з боку вивчених імунних показників щодо ліквідації вторинного імунodefіцитного стану за відносним супресорним варіантом в першій групі відбувалося у середньому на  $6,3 \pm 0,2$  доби швидше ( $P < 0,05$ ), ніж у другій групі, яка лікувалася відповідно до способу-прототипу. Поряд з цим в першій групі виявлено більш скоріше (на  $5,2 \pm 0,3$  доби;  $P < 0,05$ ) зростання рівня  $\gamma$ -ІНФ (у середньому до  $15,5 \pm 1,2$  пг/мл при нормі  $19,5 \pm 1,7$  пг/мл;  $P > 0,05$ ) та рівня ФНП- $\alpha$  - у середньому до  $10,2 \pm 0,3$  пг/мл (при нормі  $11,9 \pm 1,3$  пг/мл;  $P > 0,05$ ). У другій групі, яка лікувалася відповідно способу-прототипу, рівень  $\gamma$ -ІНФ складав  $10,5 \pm 1,2$  пг/мл (кратність різниці з показником першої групи 1,5 рази;  $P < 0,01$ ), а рівень ФНП- $\alpha$  -  $8,0 \pm 0,4$  пг/мл ( $P < 0,05$ ). Таким чином, в першій групі відмічено повноцінне відновлення функціональної активності лейкоцитів на фоні ліквідації вторинного імунodefіцитного стану та дисбалансу цитокінового профілю.

Клінічна ефективність запропонованого способу лікування породил з постгеморагічною анемією на фоні патологічної крововтрати, може бути підкріплена такими прикладами його використання.

#### Приклад 1

Породілля Ж., 25 років, була прооперована з приводу прогресуючої гіпоксії плода у пологах на фоні слабкості пологових сил. Виконана операція кесарського розтину у нижньому матковому сегменті за Гусаковим. Операція пройшла типово, крововтрата - 670мл (0,98%); інтраопераційно введено 400мл рефортану та 1400мл кришталюїдів. На першу добу після операції загальний стан відповідає тяжкості перенесеної операції; шкіра бліда, язик помірно сухий. Артеріальний тиск 90/65мм рт.ст., пульс 96 за хвилину; температура  $36,9^{\circ}\text{C}$ . Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, помірно приглушені. Живіт помірно вздутий, перистальтика в'яла, болісність при пальпації в області післяопераційного шва. Дно матки на рівні пупка, щільне, помірно болісне. Сечовипускання у достатньому обсязі. Виділення з піхви кров'янисті, помірні. Ан. крові: Hb - 94г/л, Ер -  $3,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Л -  $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 40мм/год, палочок - 10%. Ан. сечі - питома вага 1020, сліди білка, цукру немає, Л - 6-8 у полі зору, епітелій - помірна кількість. Результати спеціального імунологічного обстеження:  $\gamma$ -ІНФ - 8,2пг/мл, ФНП- $\alpha$  - 7,0пг/мл; CD3+ - 62%, CD4+ - 30%, CD8+ - 17%; CD4/CD8 - 1,76; спонтанна РБТЛ - 6%, з ФГА - 56%. Таким чином, виявлені порушення з боку вивчених імунних показників полягали у зниженні числа загальної популяції Т-лімфоцитів, кількості Т-хелперів/індукторів, значення імунорегуляторного індексу CD4/CD8, показників РБТЛ на фоні пригнічення рівня ФНП- $\alpha$  та  $\gamma$ -ІНФ, що вказує на розвиток вторинного імунodefіцитного стану.

У післяопераційному періоді хворій призначене лікування відповідно до запропонованого способу - свіжозаморожену плазму 200мл, еритроцитарну масу (1 доза), цефтріаксон 2,0г на добу, ехінацею, тардиферон по 1 таблетці 2 рази на добу, ревіт по 2 драже 3 рази на добу, аскорутин по 1 таблетці 3 рази на добу та додатково ІГВВ по 25мл (1,25г) після попереднього розведення фізіологічним розчином внутрішньовенно крапельно в обсязі 100мл 3 доби поспіль.

Під впливом проведеного курсу лікування температура в межах норми з першої доби, з 3-ї доби скарг на слабкість і стомлюваність вже не надає, апетит збережений; анемія ліквідувалася на 5-у добу, пульс у межах 78-80 за хвилину; лактація з 4-ї доби, в достатньому обсязі, годув дитину грудьми, септичних ускладнень не виявлено, післяопераційний шов загоївся первинним натягом. На час виписки матка до 8 тижнів вагітності, шийки сформована, виділення слизово-сукровичні. Ан. крові: Hb - 114 г/л, Ер -  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Л -  $4,6 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 12мм/год, палочок - 5%. Результати спеціального імунологічного обстеження:  $\gamma$ -ІНФ - 15пг/мл, ФНП- $\alpha$  - 11пг/мл; CD3+ - 75%, CD4+ - 38%, CD8+ - 19%; CD4/CD8 - 2,0; спонтанна РБТЛ - 10%, з ФГА - 70%. Таким чином, має місце нормалізація вивчених імунних показників. Додому виписана на 8-у добу після операції у задовільному стані.

#### Приклад 2

Породілля Х., 28 років, розроджена шляхом операції кесарева розтину за Гусаковим з приводу клінічної невідповідності розмірів голівки плода розмірам таза матері на фоні 10 годинного безводного проміжку. Вагітність перебігала на фоні залізодефіцитної анемії, резистентної до терапії; хронічної плацентарної недостатності (за даними УСГ та плацентометрії). Народився хлопчик масою 3950г, рост 54см з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів. Операція пройшла типово, крововтрата - 700мл (1,0%); інтраопераційно введено 400мл рефортану, 273мл еритроцитарної маси, 1500мл кришталюїдів. На першу добу після операції загальний стан відповідає тяжкості перенесеної операції; шкіра бліда, язик помірно сухий. Артеріальний тиск 105/65мм рт.ст., пульс 92 за хвилину; температура  $37,0^{\circ}\text{C}$ . Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, помірно приглушені. Живіт помірно вздутий, перистальтика в'яла, болісність при пальпації в області післяопераційного шва. Дно матки на рівні пупка, щільне, помірно болісне. Сечовипускання у достатньому обсязі. Виділення з піхви кров'янисті, помірні. Ан. крові: Hb - 90г/л, Ер -  $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Л -  $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 32мм/год, палочок - 10%. Ан. сечі - питома вага 1018, сліди білка, цукру немає, Л - 10-12 у полі зору, епітелій - помірна кількість, одиничні еритроцити. Результати спеціального імунологічного обстеження:  $\gamma$ -ІНФ - 8,0пг/мл, ФНП- $\alpha$  - 7,2пг/мл; CD3+ - 63%, CD4+ - 31%, CD8+ - 17%; CD4/CD8 - 1,82; спонтанна РБТЛ - 8%, з ФГА - 58%. Таким чином, виявлені порушення з боку вивчених імунних показників свідчать про розвиток вторинного імунodefіцитного стану на

фоні цитокинового дисбалансу у бік пригнічення  $\gamma$ -ІНФ та ФНП- $\alpha$ .

У післяопераційному періоді хворій призначене лікування відповідно до запропонованого способу - свіжозаморожену плазму 200мл, еритроцитарну масу (1 доза), цефтріаксон 2,0г на добу, ехінацею, тардиферон по 1 таблетці 2 рази на добу, ревіт по 2 драже 3 рази на добу, аскорутин по 2 таблетці 3 рази на добу та додатково ІГВВ по 25мл (1,25г) після попереднього розведення фізіологічним розчином внутрішньовенно крапельно в обсязі 100мл 5 діб поспіль.

Під впливом проведенного курсу лікування післяопераційний період перебігав задовільно: температура тіла з першої доби у межах норми; скарги на слабкість та стомлюваність зникли на 3-ю добу, апетит збережений, анемія ліквідувалася на 5-у добу, пульс у межах 74-76 за хвилину; лактація з 3-ї доби, в достатньому обсязі, годує дитину грудьми, септичних ускладнень не виникло, післяопераційний шов загоївся первинним натягом. На час виписки матка до 8 тижнів вагітності, шийки сформована, виділення сукровичні. Ан. крові: Hb - 110г/л. Ер -  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л,

Л -  $4,8 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 10мм/год, палочок - 4%. Результати імунологічного обстеження:  $\gamma$ -ІНФ - 14,6пг/мл, ФНП- $\alpha$  - 10пг/мл; CD3+ - 72%, CD4+ - 40%, CD8+ - 19%; CD4/CD8 - 2,1; спонтанна РБТЛ - 10%, з ФГА - 72%. Отже, має місце нормалізація вивчених імунних показників. Додому виписана на 7-у добу після операції у задовільному стані.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність і перспективність використання запропонованого способу лікування породіль з постгеморагічною анемією на фоні патологічної крововтрати у пологах. ІГВВ - це препарат вітчизняного виробництва, який є в достатній кількості в аптечній мережі України. Даний спосіб не потребує використання дефіцитних та коштовних препаратів, доступний для лікарів та пацієнтів. Умовний економічний ефект від використання запропонованого способу складає 102грн на одну породіллю. Це дозволяє рекомендувати запропонований спосіб лікування для поширеного використання в умовах пологових стаціонарів.