



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58038

(13) A

(51) 7 A61K31/7016

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕСТОЗІВ

1

2

(21) 2002086438

(22) 02 08 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р.

(72) Нізова Наталія Миколаївна, Посохова Светлана Петрівна, Яненко Володимир Іванович, Павловська Оксана Миколаївна

(73) Нізова Наталія Миколаївна, Посохова Светлана Петрівна, Яненко Володимир Іванович, Павловська Оксана Миколаївна

(57) Спосіб лікування гестозів шляхом проведення комплексної терапії, який відрізняється тим, що додатково у вагітних з раннім гестозом застосовують лактулозу у дозі 15мл 2 рази на добу протягом

20 днів, потім проводиться 3 профілактичних курси протягом вагітності по 2 тижні, при цьому препарат застосовують по 10мл 2 рази на добу, у вагітних з прееклезом лактулозу застосовують по 15мл 2 рази на добу протягом 1 місяця, у вагітних з прееклезом легкого та середнього ступеня важкості призначають лактулозу по 15мл 3 рази на добу протягом 10-14 днів до пологів та по 15мл 2 рази на добу на протягом 7 днів після пологів, у вагітних з важкою прееклезом лактулозу призначають в післяопераційному періоді, починаючи з другої доби, по 20мл 3 рази на добу протягом 10-14 днів

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до акушерства і може бути застосований для лікування гестозів

Відомий спосіб лікування гестозів шляхом застосування електромагнітного опромінювання (КВЧ-терапія) та перорального прийому судиннорозширюючого засобу (заявка України 93111367 від 26 03 93). Недоліком цього способу є обмеженість його застосування, зокрема неможливість застосування у хворих з розладами з боку серцево-судинної або ендокринної систем

Відомий спосіб лікування гестозу згідно із заявою України №93100978, який включає застосування внутрішньосудинного опромінювання крові гелій-неоновим лазером. До недоліків цього способу слід віднести його значну травматичність та короточасний ефект

Найбільш близьким до запропонованого способу є спосіб лікування пізніх гестозів згідно з патентом України №17614А, що включає застосування спазмолітиків, піпотензивних та антигістамінних препаратів та додаткове введення ліпосомального препарату в певних дозах

Даний спосіб вибраний нами за прототип. Винахід, що заявляється і прототип співпадають за ознакою застосування лікарського засобу

До недоліків прототипу можна віднести незначну ефективність, тому що він не усуває дисбіотичних порушень, тобто не усуває порушення обміну речовин

В основу винаходу, що заявляється, постав-

лено завдання створити спосіб лікування гестозів. Поставлене завдання вирішене у способі лікування гестозів, який передбачає застосування в комплексній терапії лактулози - синтетичного дисахариду, який не зазнає ферментативного інтестинального розщеплення та сприяє швидкому росту та збільшенню біомаси біфідо- та лактобактерій, які пригнічують проліферацію протеолітичної, потенційно патогенної мікрофлори кишківника

Новим у способі, що заявляється, є застосування в комплексній терапії гестозів лактулози у запропонованих авторами дозах

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється та досягнутим результатом можна пояснити таким чином

З сучасних позицій ранній гестоз (блювання вагітних) є наслідком нейро-вегетативно-імунно-ендокрино-обмінних порушень, які виникають у відповідь на подразнення нервових закінчень матки імпульсами від плоду. В результаті в організмі накопичуються недоокислені продукти обміну речовин, різні токсичні метаболіти, які негативно впливають на розвиток плоду та перебіг вагітності

При прееклезі внаслідок різних чинників розвивається стан хронічного півоволевмічного шоку, який зумовлює каскад патологічних порушень. Одним з наслідків є катаболічна направленість метаболізму з накопиченням кінцевих та проміжних продуктів обміну, різних біологічно активних речовин, продуктів активного протеолізу, плазмен-

(13) A

(11) 58038

(19) UA

них білків, гідроперекисів ліпідів та білків в значних концентраціях. З сучасних позицій цей пул речовин характеризує поняття ендогенної інтоксикації. В патогенетичному аспекті токсичні субстанції викликають різні ефекти та реакції на клітинному та органному рівнях. Накопичення токсичних метаболітів також призводить до зростання детоксикаційної напруги на органи фізіологічної системи детоксикації організму - печінку, нирки, кишківник. В свою чергу печінково-ниркова недостатність, яка розвивається при преєклампсії, негативно впливає на стан морфофункціональних структур слизової оболонки кишківника. Однак, треба зазначити, що з початку вагітності та по мірі зростання строку гестації внаслідок фізіологічних змін в організмі спостерігаються порушення функціонування кишківника, перше за все знижується його евакуаторна здібність. Притиснення кишківника вагітною маткою, часткове порушення кровообігу та венозний застій в судинах малого тазу є чинниками розвитку дисбіозу, який характеризується зниженням популяційного рівня ендогенної анаеробної мікрофлори - біфідо- та лактобактерій. Нормальна мікрофлора кишківника має виразний детоксикаційний ефект у відношенні ендо- та екзогенних токсинів. Зниження рівня анаеробних бактерій призводить до активного розмноження умовно-патогенних та патогенних бактерій, продукти метаболізму яких посилюють синдром ендогенної інтоксикації.

Таким чином, розвиток дисбіотичних порушень у кишківнику каталізує каскад послідовних реакцій, які здібні викликати та посилювати синдром ендогенної інтоксикації при гестозах. У зв'язку з цим, необхідне коректування розроблених схем лікування з врахуванням усіх ланок патогенезу гестозів та обов'язковим включенням в комплексну терапію методу, який відновлює мікробіоценоз кишківника та тим сприяє зменшенню ендогенної інтоксикації.

Спосіб здійснюється таким чином

У вагітної встановлений діагноз Вагітність І, 36-37 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Преєклампсія середнього ступеня важкості. Первинна плацентарна недостатність. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду.

Була проведена комплексна терапія, яка включала щільні засоби разом з спазмолітиками, дезагреганти, антиоксиданти, препарати, які нормалізують судинну проникність. Додатково призначався "Дуфалак" в дозі 15мл 3 рази на добу на протязі 14 днів до пологів та в дозі 15мл 2 рази на добу на протязі 7 днів після пологів. До лікування при лабораторному обстеженні було виявлено значне підвищення маркерів ендогенної інтоксикації - МСМ (маси середніх молекул), ЛІІ (лейкоцитарний індекс інтоксикації) та показників ПОЛ - МДА (малоновий діальдегід), ДК (дієнові кон'югати), а також зниження ферменту антиоксидантного захисту - СОД (супероксиддисмутази). Після проведенного лікування з включенням в комплексну терапію лактулози відмічалось зниження МСМ, ЛІІ, показників ПОЛ та підвищення СОД (див. Табл 1).

Лікування при легкій преєклампсії здійснюють таким же чином. Дані про лікування цієї групи хво-

рих наведені у Табл 2

Якщо встановлений діагноз "прегестоз вагітних" лікування лактулозою проводять в термін 1 місяць по 15мл 2 рази на добу також на тлі комплексного, традиційного лікування (Табл 3).

Вагітні з раннім гестозом (блювота вагітних) одержують лікування лактулозою по 15мл 2 рази на добу на протязі 20 днів, потім на протязі усього терміну вагітності здійснюють три профілактичних курси по два тижні, при цьому препарат лактулози застосовують по 10мл 2 рази на добу (Табл 4).

У вагітних з важким ступенем преєклампсії (оперативне пологовищення) лактулозу призначають у післяопераційному періоді починаючи з другого тижня по 20мл 3 рази на добу на протязі 10-14 днів (Табл 5).

Приклади конкретного виконання способу

Приклад 1

Вагітна А, 22 років, історія хвороби №226, звернулася у гінекологічне відділення ОКЛ зі скаргами на слабкість, блювання до 6-7 разів на добу незалежно від прийому їжі. При об'єктивному обстеженні відмічалась блідість шкіряних покривів та зниження тургору шкіри, тахікардія до 90уд в хв, САТ в межах 110-110мм рт.ст. Добовий діурез був знижений до 800мл, вагітна скаржилась на затримку стільця до 3 днів.

Був встановлений діагноз Вагітність І, 10-11 тижнів. Блювання вагітності середнього ступеня важкості.

При лабораторному обстеженні було виявлено підвищення показників ендогенної інтоксикації - МСМ до 0,222ум од, (у здорових вагітних в І триместрі МСМ дорівнює 0,191ум од.) та ЛІІ до 2,2 (у здорових вагітних в І триместрі ЛІІ - 1,9), підвищення показників ПОЛ - МДА - 0,028мкмоль/л (у здорових вагітних в І триместрі МДА - 0,019мкмоль/л), ДК - 17,57мкмоль/л (у здорових вагітних в І триместрі ДК - 12,76мкмоль/л) та зниження СОД до 1,35ум од (у здорових вагітних в І триместрі СОД - 1,41ум од.).

Лікувальна терапія включала інфузійні засоби в об'ємі нормоволемії, церукал, спленін, піпольфен, хофитол, аскорбінова кислота, вітаміни групи В, Е. Призначався також "Дуфалак" в дозі 15мл 2 рази на добу на протязі 20 днів.

Після проведенного курсу лікування відмічалось зниження показників ендогенної інтоксикації та нормалізація системи ПОЛ-АОЗ. МСМ дорівнювала 0,195ум од, ЛІІ - 2,0, МДА - 0,023мкмоль/л, ДК - 15,17мкмоль/л, СОД підвищилася до 1,41ум од.

Вагітній було проведено 3 профілактичних курси при терміні гестації 19-20 тижнів, 29-30 тижнів та 36-37 тижнів "Дуфалак" застосовували по 10мл 2 рази на добу на протязі 2 тижнів. Перед пологами рівень МСМ був - 0,217ум од (у здорових вагітних в ІІІ триместрі МСМ - 0,208ум од.), ЛІІ - 2,3 (у здорових вагітних в ІІІ триместрі ЛІІ - 2,3), МДА - 0,02мкмоль/л (у здорових вагітних в ІІІ триместрі МДА - 0,021мкмоль/л), ДК - 16,16мкмоль/л (у здорових вагітних в ІІІ триместрі ДК - 16,03мкмоль/л), СОД - 1,66ум од (у здорових вагітних в ІІІ триместрі СОД - 1,67ум од.).

Таким чином, комплексна терапія з включення лактулози сприяє зниженню ендогенної інтоксика-

ції та нормалізації показників ПОЛ-АОЗ у вагітних з раннім гестозом (блювання вагітних)

Приклад 2

Вагітна Б., 21 рік, історія хвороби №1134, знаходилась на лікуванні у відділенні патології вагітних обласного пологового будинку з діагнозом Вагітність II, 29-30 тижнів Хронічна плацентарна недостатність Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода Прегестоз

При об'єктивному обстеженні відмічалась лабільність та асиметрія АТ, зниження пульсового тиску до 30 мм рт.ст. "Проба з поворотом" позитивна. У вагітної відмічалась патологічне збільшення маси тіла понад 900 г за тиждень. Добовий діурез був знижений до 900мл, ніктурія.

При лабораторному обстеженні було виявлено підвищення показників ендогенної інтоксикації - МСМ до 0,259ум од., (у здорових вагітних МСМ дорівнює 0,208ум од.) та ЛПІ до 3,0 (у здорових вагітних ЛПІ - 2,3), посилення показників ПОЛ - МДА - 0,027мкмоль/л (у здорових вагітних МДА - 0,021мкмоль/л), ДК - 18,16мкмоль/л (у здорових вагітних ДК - 16,03мкмоль/л) та зниження СОД до 1,35ум од. (у здорових вагітних СОД - 1,67ум од.)

Лікувальна терапія включала препарати, які покращують матково-плацентарний та нирковий кровообіг (еуфілін, папаверин) рослинні седативні та сечогінні засоби (настій кореня валеріани та трави пустирника, шипшини, нирковий чай), вітаміни групи С, Е, рутин. Призначався також "Дуфалак" в дозі 15мл 2 рази на добу на протязі 1 місяця.

Після проведеного курсу лікування відмічалось зниження показників ендогенної інтоксикації та нормалізація системи ПОЛ-АОЗ. МСМ дорівнювала 0,233ум од., ЛПІ - 2,7, МДА - 0,02мкмоль/л, ДК - 16,31мкмоль/л, СОД підвищилася до 1,47ум од.

Таким чином, комплексна терапія з включення лактулози сприяє зниженню ендогенної інтоксикації та нормалізації показників ПОЛ-АОЗ у вагітних з прегестозом.

Приклад 3

Вагітна В., 23 роки, історія хвороби №1032, знаходилась на лікуванні у відділенні патології вагітних обласного пологового будинку з діагнозом Вагітність I, 35-36 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Прееклампсія легкого ступеня важкості. Первинна плацентарна недостатність. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода.

При об'єктивному обстеженні відмічалось підвищення САД до 130мм рт.ст., ДАТ до 90мм рт.ст. Набряки нижніх кінцівок. Добова протеїнурія до 1г/л. Дефіцит між випитою та виділеною рідиною був менше 15%.

При лабораторному обстеженні було виявлено підвищення показників ендогенної інтоксикації - МСМ до 0,275ум од., (у здорових вагітних МСМ дорівнює 0,208ум од.) та ЛПІ до 3,4 (у здорових вагітних ЛПІ - 2,3), посилення показників ПОЛ - МДА - 0,031мкмоль/л (у здорових вагітних МДА - 0,021мкмоль/л), ДК - 19,08мкмоль/л (у здорових вагітних ДК - 16,03мкмоль/л) та зниження СОД до 1,33ум од. (у здорових вагітних СОД - 1,67ум од.)

Лікувальна терапія включала гіпотензивні,

спазмолітичні та седативні засоби, дезагреганти, антиоксиданти, препарати, які нормалізують судинну проникність. Додатково призначався "Дуфалак" в дозі 15мл 3 рази на добу на протязі 14 днів до пологів та в дозі 15мл 2 рази на добу на протязі 7 днів після пологів.

Після проведеного курсу лікування відмічалось зниження показників ендогенної інтоксикації та нормалізація системи ПОЛ-АОЗ. МСМ дорівнювала 0,254ум од., ЛПІ - 3,2, МДА - 0,024мкмоль/л, ДК - 17,36мкмоль/л, СОД підвищилася до 1,44ум од.

Таким чином, комплексна терапія з включення лактулози сприяє зниженню ендогенної інтоксикації та нормалізації показників ПОЛ-АОЗ у вагітних з прееклампсією легкого ступеня важкості.

Приклад 4

Вагітна Г., 20 років, історія хвороби №1321, знаходилась на лікуванні у відділенні патології вагітних обласного пологового будинку з діагнозом Вагітність II, 37 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Прееклампсія середнього ступеня важкості. Первинна плацентарна недостатність. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода.

При об'єктивному обстеженні відмічалось підвищення САД до 150мм рт.ст., ДАТ до 100мм рт.ст. Набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки. Добова протеїнурія 1,5г/л. Дефіцит між випитою та виділеною рідиною був 25%.

При лабораторному обстеженні було виявлено підвищення показників ендогенної інтоксикації - МСМ до 0,364ум од., (у здорових вагітних МСМ дорівнює 0,208ум од.) та ЛПІ до 3,9 (у здорових вагітних ЛПІ - 2,3), посилення показників ПОЛ - МДА - 0,037мкмоль/л (у здорових вагітних МДА - 0,021мкмоль/л), ДК - 20,04мкмоль/л (у здорових вагітних ДК - 16,03мкмоль/л) та зниження СОД до 1,32ум од. (у здорових вагітних СОД - 1,67ум од.)

Лікувальна терапія включала інфузійну терапію, гіпотензивні, спазмолітичні та седативні засоби, дезагреганти, антиоксиданти, препарати, які нормалізують судинну проникність. Додатково призначався "Дуфалак" в дозі 15мл 3 рази на добу на протязі 14 днів до пологів та в дозі 15мл 2 рази на добу на протязі 7 днів після пологів.

Після проведеного курсу лікування відмічалось зниження показників ендогенної інтоксикації та нормалізація системи ПОЛ-АОЗ. МСМ дорівнювала 0,33ум од., ЛПІ - 3,6, МДА - 0,032мкмоль/л, ДК - 18,47мкмоль/л, СОД підвищилася до 1,42ум од.

Таким чином, комплексна терапія з включення лактулози сприяє зниженню ендогенної інтоксикації та нормалізації показників ПОЛ-АОЗ у вагітних з прееклампсією середнього ступеня важкості.

Приклад 5

Вагітна Д., 30 років, історія хвороби №1007, знаходилась на лікуванні у відділенні патології вагітних обласного пологового будинку з діагнозом Вагітність II, 36-37 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Прееклампсія важкого ступеня, яка не піддається медикаментозній корекції. Первинна плацентарна недостатність. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Хвора скаржилась на головний біль.

Відмічалось підвищення САД до 170мм рт ст, ДАТ до 110мм рт ст. Набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, утруднене дихання. Добова протеїнурія 3г/л.

При лабораторному обстеженні було виявлено підвищення показників ендогенної інтоксикації - МСМ до 0,429ум од, (у здорових вагітних МСМ дорівнює 0,208ум од) та ЛІІ до 4,1 (у здорових вагітних ЛІІ - 2,3), посилення показників ПОЛ - МДА - 0,044мкмоль/л (у здорових вагітних МДА - 0,021мкмоль/л), ДК - 21,11мкмоль/л (у здорових вагітних ДК - 16,03мкмоль/л) та значне зниження СОД до 1,29ум од (у здорових вагітних СОД - 1,67ум од).

У зв'язку з відсутністю ефекту від медикаментозної терапії вагітна була розроджена шляхом операції кесаревого розтину в ургентному порядку.

В післяопераційному періоді лікувальна терапія включала інфузійну терапію, гипотензивні, спазмолітичні та знеболювальні засоби, антибіотикотерапію, дезагреганти та антиоксиданти. З другої доби додатково призначався "Дуфалак" в дозі 20мл 3 рази на добу на протязі 10 днів.

Після проведеного курсу лікування відмічалась тенденція до зниження показників ендогенної інтоксикації та нормалізації системи ПОЛ-АОЗ. МСМ дорівнювала 0,403ум од, ЛІІ - 3,9, МДА - 0,041мкмоль/л, ДК - 19,29мкмоль/л, СОД підвищилася до 1,41ум од.

Таким чином, комплексна терапія з включенням лактулози в післяопераційному періоді сприяє зниженню ендогенної інтоксикації та нормалізації показників ПОЛ-АОЗ у вагітних з важкою преєклампсією.

Таблиця 1

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с преэклампсией средней степени тяжести (M±m)

Показатель	Здоровые беременные (n=30)	Беременные с преэклампсией средней степени тяжести, получавшие наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=15)		Беременные с преэклампсией средней степени тяжести, получавшие общепринятую терапию (n=15)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
МСМ крови (усл ед)	0,208±0,02	0,364±0,018 (p<0,05)	0,33±0,017 (p₁<0,05)	0,361±0,017 (p<0,05)	0,357±0,018 (p₁>0,05)
ЛИИ	2,3±0,2	3,9±0,2 (p<0,05)	3,6±0,2 (p₁<0,05)	3,8±0,2 (p<0,05)	3,8±0,2 (p₁>0,05)
МДА (мкмоль/л)	0,021±0,002	0,037±0,002 (p<0,05)	0,032±0,002 (p₁<0,05)	0,037±0,002 (p<0,05)	0,032±0,002 (p₁<0,05)
ДК (мкмоль/л)	16,03±0,23	20,04±0,28 (p<0,05)	18,47±0,45 (p₁<0,05)	19,99±0,21 (p<0,05)	18,58±0,45 (p₁<0,05)
СОД (усл ед)	1,67±0,01	1,32±0,02 (p<0,05)	1,42±0,02 (p₁<0,05)	1,32±0,02 (p<0,05)	1,41±0,02 (p₁<0,05)

Примечание: p - достоверность различий по сравнению со здоровыми беременными, p₁ - достоверность результатов до и после лечения.

Таблиця 2

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с преэклампсией легкой степени тяжести (M±m)

Показатель	Здоровые беременные (n=30)	Беременные с преэклампсией легкой степени тяжести, получавшие наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=15)		Беременные с преэклампсией легкой степени тяжести, получавшие общепринятую терапию (n=15)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
МСМ крови (усл ед)	0,208±0,02	0,275±0,012 (p<0,05)	0,254±0,015 (p₁<0,05)	0,273±0,014 (p<0,05)	0,27±0,016 (p₁>0,05)
ЛИИ	2,3±0,2	3,4±0,2 (p<0,05)	3,2±0,2 (p₁<0,05)	3,5±0,2 (p<0,05)	3,4±0,1 (p₁>0,05)
МДА (мкмоль/л)	0,021±0,002	0,031±0,001 (p<0,05)	0,024±0,003 (p₁<0,05)	0,031±0,002 (p<0,05)	0,026±0,003 (p₁<0,05)
ДК (мкмоль/л)	16,03±0,23	19,08±0,21 (p<0,05)	17,36±0,49 (p₁<0,05)	19,04±0,21 (p<0,05)	17,4±0,45 (p₁<0,05)
СОД (усл ед)	1,67±0,01	1,33±0,01 (p<0,05)	1,44±0,02 (p₁<0,05)	1,33±0,01 (p<0,05)	1,43±0,01 (p₁<0,05)

Примечание: p - достоверность различий по сравнению со здоровыми беременными, p₁ - достоверность результатов до и после лечения.

Таблиця 3

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с прегестозом (M±m)

Показатель	Здоровые беременные (n=30)	Беременные с прегестозом, получавшие наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=20)		Беременные с прегестозом, получавшие общепринятую терапию (n=20)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
МСМ крови (усл ед)	0,208±0,02	0,259±0,016 (p<0,05)	0,233±0,017 (p₁<0,05)	0,255±0,02 (p<0,05)	0,252±0,019 (p₁>0,05)
ЛИИ	2,3±0,2	3,0±0,2 (p<0,05)	2,7±0,2 (p₁<0,05)	2,9±0,2 (p<0,05)	2,9±0,2 (p₁>0,05)
МДА (мкмоль/л)	0,021±0,002	0,027±0,001 (p<0,05)	0,02±0,002 (p₁<0,05)	0,027±0,001 (p<0,05)	0,022±0,002 (p₁<0,05)

Продовження таблиці 3

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с прегестозом (M±m)

Показатель	Здоровые беременные (n=30)	Беременные с прегестозом, получавшие наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=20)		Беременные с прегестозом, получавшие общепринятую терапию (n=20)	
ДК (мкмоль/л)	16,03±0,23	18,16±0,3 (p<0,05)	16,31±0,54 (p₁<0,05)	18,09±0,36 (p<0,05)	16,99±0,31 (p₁<0,05)
СОД (усл ед)	1,67±0,01	1,35±0,01 (p<0,05)	1,47±0,02 (p₁<0,05)	1,35±0,01 (p<0,05)	1,44±0,03 (p₁<0,05)

Примечание p - достоверность различий по сравнению со здоровыми беременными,
p₁ - достоверность результатов до и после лечения

Таблица 4

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с ранним гестозом (M±m)

Показатель	Здоровые беременные (n=30)	Беременные с ранним гестозом, получавшие наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=30)				Беременные с ранним гестозом, получавшие общепринятые схемы лечения (n=30)			
		Легкая степень рвоты беременных (n=15)		Средняя степень рвоты беременных (n=15)		Легкая степень рвоты беременных (n=15)		Средняя степень рвоты беременных (n=15)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
МСМ крови (усл ед)	0,191±0,022	0,206±0,014 (p<0,05)	0,18±0,014 (p₁<0,05)	0,222±0,02 (p<0,05)	0,195±0,021 (p₁<0,05)	0,203±0,012 (p<0,05)	0,201±0,01 (p₁>0,05)	0,221±0,019 (p<0,05)	0,217±0,017 (p₁>0,05)
ЛИИ	1,9±0,1	1,9±0,1 (p>0,05)	1,9±0,1 (p₁>0,05)	2,2±0,1 (p<0,05)	2,0±0,1 (p₁<0,05)	2,0±0,1 (p>0,05)	1,9±0,1 (p₁>0,05)	2,2±0,1 (p<0,05)	2,2±0,1 (p₁>0,05)
МДА (мкмоль/л)	0,019±0,001	0,021±0,001 (p<0,05)	0,019±0,001 (p₁<0,05)	0,026±0,002 (p<0,05)	0,023±0,002 (p₁<0,05)	0,02±0,002 (p<0,05)	0,019±0,002 (p₁>0,05)	0,025±0,002 (p<0,05)	0,022±0,002 (p₁>0,05)
ДК (мкмоль/л)	12,76±0,22	15,05±0,19 (p<0,05)	13,31±0,3 (p₁<0,05)	17,57±0,24 (p<0,05)	15,17±0,27 (p₁<0,05)	15,03±0,16 (p<0,05)	13,3±0,24 (p₁>0,05)	17,56±0,2 (p<0,05)	15,29±0,18 (p₁>0,05)
СОД (усл ед)	1,41±1,02	1,39±0,01 (p<0,05)	1,42±0,02 (p₁<0,05)	1,35±0,02 (p<0,05)	1,41±0,02 (p₁<0,05)	1,39±0,02 (p<0,05)	1,41±0,01 (p₁>0,05)	1,38±0,01 (p<0,05)	1,4±0,02 (p₁>0,05)

Примечание p - достоверность различий по сравнению со здоровыми беременными,
p₁ - достоверность результатов до и после лечения

Таблица 5

Показатели эндогенной интоксикации и ПОЛ-АОЗ у беременных с тяжелой преэклампсией (M±m)

Показатель	Здоровые беременные, оперативное родоразрешение (n=10)			Беременные с тяжелой преэклампсией, получавшие в послеоперационном периоде наряду с общепринятой терапией лактулозу (n=15)		Беременные с тяжелой преэклампсией, получавшие в послеоперационном периоде общепринятые схемы лечения (n=15)	
	До кесарева сечения	1-е сутки после кесарева сечения	После операции и курса лечения	До кесарева сечения	После операции и курса лечения	До кесарева сечения	После операции и курса лечения
МСМ крови (усл ед)	0,209±0,019	0,23±0,016 (p<0,05)	0,225±0,016 (p₁<0,05)	0,429±0,024 (p<0,05)	0,403±0,026 (p₁<0,05)	0,425±0,025 (p<0,05)	0,421±0,024 (p₁>0,05)
ЛИИ	2,2±0,2	2,6±0,2 (p<0,05)	2,6±0,2 (p₁>0,05)	4,1±0,2 (p<0,05)	3,9±0,2 (p₁<0,05)	4,1±0,2 (p<0,05)	4,1±0,2 (p₁>0,05)
МДА (мкмоль/л)	0,02±0,001	0,024±0,001 (p<0,05)	0,022±0,002 (p₁<0,05)	0,044±0,002 (p<0,05)	0,041±0,002 (p₁<0,05)	0,044±0,002 (p<0,05)	0,042±0,002 (p₁<0,05)
ДК (мкмоль/л)	16,07±0,26	16,85±0,4 (p<0,05)	16,18±0,34 (p₁<0,05)	21,11±0,23 (p<0,05)	19,29±0,51 (p₁<0,05)	21,09±0,22 (p<0,05)	19,41±0,51 (p₁<0,05)
СОД (усл ед)	1,67±0,01	1,5±0,01 (p<0,05)	1,61±0,01 (p₁<0,05)	1,29±0,01 (p<0,05)	1,41±0,02 (p₁<0,05)	1,3±0,02 (p<0,05)	1,41±0,02 (p₁<0,05)

Примечание p - достоверность различий по сравнению со здоровыми беременными,
p₁ - достоверность результатов до и после лечения