

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

В даний час в світі проводяться активні дослідження по застосуванню стадолу для епідурально анальгезії у роділь із зниженим артеріальним тиском, оскільки використання наркотичних анальгетиків приводить до ще більшого зниження ар-

теріального тиску. В перспективі можна рекомендувати стадол у якості знеболювального препарату не лише у жінок із психомоторними розладами, ригідністю шийки матки, але й для знеболення у роділь без відхилень від нормального перебігу пологів.

**Література**

1. "Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии"
2. «Полный справочник обезболивающих и вспомогательных препаратов», Москва-2003г., «Оникс 21 век», «Мир и образование», 58, 284 ст.
3. Айламазян Э.К. "Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике" "НГМА" 1995
4. Глумчар Ф.С. Трещинский А.И., «Руководство по анестезиологии» Киев - 2008, «Медицина», 403-406 ст.
5. Дж. Эдвард Морган мл., Мэгид С. Михаил. "Клиническая анестезиология" Москва "Бином" 2003. 123-124 ст.
6. Зильбер А.П., Шифман Е.М "Акушерство глазами анестезиолога", Издательство Петрозаводского университета. Петрозаводск 1997 288-298 ст., 315ст.
7. Зильбер А.П., Мальцева В.В. «Секреты анестезии»,

- Д. Дюк, перевод с английского, Москва-2007г., «Медпресс –информ», 473 ст.
8. Іванюшко В., Канюк Й. "Анестезія та інтенсивна терапія" Львів "Каменер" 2005. 39 ст.
9. Куликов А.В., Козаков Д.П., Егоров В.М., Кузнецов Н.Н.. Москва "Медицинская книга" 2001. 97 ст.
10. Мак Морланд Г. Х., Маркс Г.Ф. "Руководство по акушерской анальгезии и анестезии" Москва " Медицина" 1998, 49-52 ст.
11. Степанковская Г.К. Венцовский Б.М. «Акушерство и гинекология. Неотложная помощь», Москва-2008г., «Эксмо», 388-389 ст.
12. Черния В. И. "Анестезиология и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии" Киев "Здоров'я" 2004 69 ст.

УДК 618.3-06:616.33-008.3

**І.В. Корда, А.М. Маланчук, З.М. Кучма, Л.Є. Лимар, В.М. Флехнер, І.Є. Гуменна,  
П.П. Годованський**

**НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНФЕЗОЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО  
ТА ТЯЖКОГО СТУПЕНІВ БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопільський  
обласний перинатальний центр "Мати і дитина"*

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНФЕЗОЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ТА ТЯЖКОГО СТУПЕНІВ БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ. Можливості застосування инфезолу при лікуванні середньотяжкого та тяжкого ступенів блювання вагітних. Вивчено клінічну ефективність інфузійного розчину Инфезол® 40, що застосовувався у лікуванні середньотяжкого та тяжкого ступенів блювання вагітних. Отримані дані свідчать про високу ефективність та перспективність його використання у вагітних із токсикозом першо половини вагітності, що супроводжується порушенням ліпідного, водно- сольового та білкового обміну.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЕЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЕЙ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ. Возможности использования инфезола в лечении чрезмерной рвоты беременных. Изучена клиническая эффективность инфузионного раствора инфезол® 40 в лечении среднетяжелой и тяжелой форм рвоты беременных. Полученные результаты доказывают высокую эффективность и перспективность его использования у беременных с токсикозом первой половины беременности, которая сопровождается нарушением липидного, водно- солевого и белкового обменов.

OUR EXPERIENCE OF APPLICATION OF INFEZOLU AT TREATMENT OF SEREDNETYAZHKOGO AND HEAVY DEGREES OF VOMITING OF PREGNANT. Possibilities using infezol for treatment of hyperemesis gravidarum. There was investigated the effectiveness of infusions of infezol® 40 in treatment of hyperemesis gravidarum. The results are the evident of high efficacy in treatment of hyperemesis gravidarum and it's possible ways of application in patients with disorder of lipid, water- salt and protein metabolisms.

**Ключові слова:** вагітність, блювання вагітних, инфезол, амінокислоти.

**Ключевые слова:** беременность, рвота беременных, инфезол, аминокислоты.

**Key words:** pregnancy, hyperemesis gravidarum, infezol, amino acids.

**ВСТУП.** Ранній гестоз (РГ) вагітних продовжує залишатись одним із частих ускладнень вагітності, зустрічається у 60%-80% вагітних, а необхідність у госпіталізації і проведенні спеціального лікування виникає у 12-17,8% вагітних [1, 2].

Причини невідомі, можливо, що деяку роль відіграють зміни гормонального фону, які пов'язані із вагітністю. Клінічні спостереження показують, що виникнення захворювання співпадає з максимальною секрецією хоріального гонадотропіну, а припинення симптомів РГ відбувається на фоні зниження продукції цього гормону [1, 3, 13, 14].

Існує велика кількість теорій, пояснюючих патогенез цього захворювання. Загальноновизнаною є нерво-рефлекторна теорія патогенезу розвитку РГ [1, 4, 7, 8, 9].

Блювання вагітних (БВ) – форма токсикозу першо половини вагітності, яка найбільш часто зустрічається. Розрізняють три ступені тяжкості. При легкій формі блювання повторюється декілька разів на день, в основному після їди, а також зранку. Загальний стан в межах норми. При наступній формі блювання частіше (до 10 разів на добу), вагітна практично не в змозі їсти, оскільки це провокує блювання. Наслідком чого є обезводнення організму [1, 11, 15, 16].

Вирізняють також надмірне блювання вагітних. Блювання буває до 20 разів на добу та більше, виникає навіть уночі. Не затримується ні їжа, ні вода. Воно супроводжується порушенням функції найважливіших органів і систем організму. Порушуються вуглеводний, ліпідний, водно-сольовий та білковий обмін. У крові накопичується багато токсичних продуктів обміну. Загальний стан тяжкий, виражені симптоми обезводнення. Все це потребує терміново госпіталізації. Неадекватне або спізнале лікування може призводити до гостро нирково-печінково недостатності, крововиливів у сітківку ока, порушення мозкового кровообігу, або енцефалопатії Верніке, що обумовлює необхідність переривання вагітності за життєвими показниками [1, 15, 16, 17, 18].

Проблема лікування БВ дотепер залишається актуальною, через недостатню ефективність існуючих методів, необхідність хронічного застосування, високий відсоток рецидивів блювання після проведеного лікування, можливість тератогенного впливу препаратів на плід, побічних дій на організм вагітної [3, 5, 6, 11].

У випадках, коли звичайне харчування при БВ стає неможливим, необхідно застосовувати штучне, інградієнтами якого є амінокислоти, вуглеводи та ліпіди. Найбільш важливими нутрієнтами для адекватного функціонування організму є протеїни. Недостатнє постачання останнього призводить до гіпопротеїнемії, гіпоальбумінемії та диспротеїнемії клінічним проявленням яких є зниження резистентності, збільшення чутливості до інфекції, пригнічення регенеративної здатності крові, порушення синтезу гормонів та ферментів [2, 20, 21, 22].

При виборі розчину амінокислот слід враховувати наявність енергосубстрату, який забезпечить адекватну х утилізацію; концентрація збуджуючих амінокислот повинна бути зменшена; а осмолярність розчину, за можливостю, має бути знижена до рівня осмолярності плазми, тобто концентрація амінокислот не повинна перевищувати 4-5%.

Вищенаведеним вимогам відповідає інфузійний розчин Інфезол® 40, показанням для застосування якого є парентеральне білкове живлення при гіпопротеїнеміях різного походження внаслідок втрати білка та неспроможності або різкого обмеження приймання їжі природним шляхом. В якості енергосубстрату використовується ксилітол, який зменшує протеоліз, попереджує утворення кетонів тіл. [7, 20, 21, 23].

До складу Інфезол® 40 входить 14 амінокислот (всі незамінні), а також аргінін, гістидин, аланін, гліцин, аспарагінова та глютамінова амінокислоти).

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Нами було обстежено 36 жінок з одноплідною вагітністю у строках гестації від 5 до 15 тижнів. З них 15 жінок з фізіологічним перебігом вагітності - I група (контроль). Основна група – 32 вагітних із середньотяжким та тяжким ступенем БВ, які в залежності від способу лікування були поділені на дві клінічні групи: 16 вагітних з РГ, які отримали традиційне лікування РГ з (II група) та 16 вагітних, яким проводили комплексне лікування - традиційна терапія та використання інфузійного розчину Інфезол® 40 (III група).

При цьому II і III групи вагітних з БВ були однорідними за віком, скаргами, даними анамнезу, вихідними даними клінічного та лабораторного обстежень.

Традиційну терапію проводили за загальноприйнятою методикою (згідно наказу №620 МОЗ України): лікувально-оздоровчий режим, часте дрібне харчування, боротьба з обезводненням та ацидозом. Назначались протиблювотні, седативні препарати, проводилась дезінтоксикаційна, десенсибілізуюча, метаболічна та вітамінотерапія.

Крім того, у лікуванні вагітних III групи застосовували Інфезол® 40.

Критерієм відбору в основну групу були скарги на нудоту, блювання більше 5 разів на добу, зниження маси тіла більше 3 кг за 1-2 тижні, а також ацетонурія у жінок при вагітності від 5 до 15 тижнів.

Обстеження вагітних проводилося комплексно. Вивчалися суб'єктивні та об'єктивні дані: скарги, анамнез життя та захворювання, гінекологічний, акушерський та спадковий анамнез, протікання вагітності, а також об'єктивний стан, діяльність органів та систем.

Клініко-лабораторне обстеження вагітних проводилося за загальноновизнаними правилами.

Для дослідження білковосинтезуючої функції печінки досліджували загальний білок крові та білкові фракції уніфікованим методом.

Для визначення ацетону в сечі використовували тест-полоски «ацетонтест».

Для порівняння використовували нормативні показники, отримані у жінок з фізіологічним перебігом вагітності в аналогічні терміни - I група.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою критерію Стюдента. Різницю між порівнювальними середніми величинами вважали вірогідною при  $t > 2$  та  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.** При вивченні даних аналізів сечі до- і після лікування в групах вагітних, звертали увагу на вираженість ацетонурії. Різко-позитивна реакція на ацетон до лікування відзначена у 56% (9) вагітних II групи і у 69% (11) III групи. У всіх вагітних I групи реакція сечі на ацетон була негативна. Після лікування різко-позитивна реакція сечі на ацетон не була виявлена ні в однієї жінки досліджуваних груп. Позитивна реакція сечі на ацетон до лікування виявлена в 44% (7) вагітних II групи, після лікування – у 19% (3) жінок.

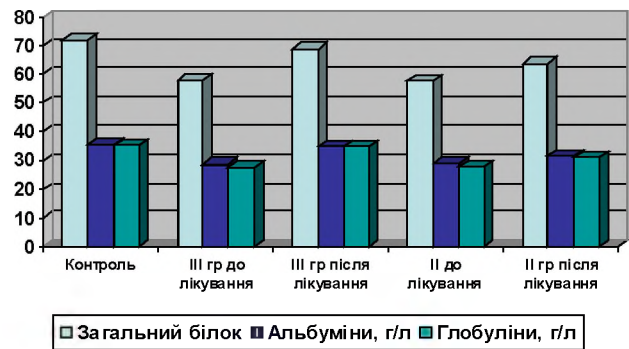
У III групі до лікування цей показник склав 31% (5), після лікування позитивно реакції сечі на ацетон не виявлено.

Таким чином, проведене лікування дозволило ліквідувати явища кетоацидозу у 100% вагітних III групи, у лікуванні яких використовувався Інфезол® 40 і в 81% жінок II групи, лікування яких проводилося традиційними методами.

Вміст загального білка крові у вагітних з БВ знижувався в III групі на 19,6% та на 19,8% у II групі ( $p < 0.05$ ). Рівень альбуміну знижувався відповідно 19,4% та 18,6% ( $p < 0.05$ ).

Після лікування у III групі рівень загального білка виріс на 10,5%, а рівень альбумінів на 10,8% ( $p < 0.05$ ). У II групі таких змін не спостерігалось.

Загальне перебування у стаціонарі вагітних III групи було коротшим у порівнянні з II групою: 4,5+1,9 до 6+1,6 днів ( $p < 0.05$ ).



Рецидив блювання вагітних відмічався у 4% вагітних II групи, та у 2,5% вагітних III групи ( $p < 0.05$ ).

**ВИСНОВОК.** Таким чином запропонований комплексний метод лікування блювання вагітних підвищує ефективність традиційно терапі, скорочує терміни перебування вагітних в стаціонарі, зменшує частоту рецидивів блювання, нормалізує білковий обмін, що створює сприятливі умови для прогресування вагітності.

Вищевикладені позитивні ефекти, а також відсутність у наших спостереженнях ускладнень, негативних впливів, дозволяє нам рекомендувати розчин амінокислот Інфезол-40 для застосування у комплексному лікуванні вагітних із середньо-тяжкою та тяжкою ступенями блювання вагітних.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Народження здорової дитини є одним з пріоритетних напрямків медичної науки та практично охорони здоров'я. Жінки із токсикозом вагітних знаходяться у групі перинатального ризику [24]. Тому, вважаємо перспективним поглиблене вивчення проблеми блювання вагітних та вплив запропонованого нами методу лікування на подальший перебіг вагітності, ріст, розвиток плоду та результат пологів.

### Література

1. Гестозы: Руководство для врачей / Венцовский Б.В., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.В. – М.: МИА, 2005. – 312 ст.
2. Шифман. Е.М., Шиканадзе А.Д., Вартанов В.Я. Инфузионно-трансфузионная терапия в акушерстве. – Петрозаводск, 2003. – 300ст.
3. “Наказ від 29.12.2003 № 620 “Про організацію надання стаціонарно акушерсько-гінекологічно та неонатологічно допомоги в Україні”, <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=5824>
4. Блювота вагітних (огляд літератури) / О.Й. Островський; Запоріж. ін-т удоскон. лікарів. – Запоріжжя, 2001. – 29 с. – Укр. – Деп. 8.01.02, №17-Ук2002.
5. Кудревич И.А. Оптимизация способов лечения раннего гестоза // Матеріали Всеукраїнсько науково-практично конференції молодих вчених і спеціалістів “Від фундаментальних досліджень до медичної практики”. – Харків. – 2005. – С. 86-87.

6. Кудревич И.А. Новый подход к терапии раннего гестоза // Проблемы криобиологии. – 2005. – Том 15, № 2. – С. 212-218.
7. Бондарь М.В., Биологическая роль системы аминокислот глутамат/глутамин в клинической практике / Біль, знеболювання, інтенсивна терапія № 3. – 2004. – С. 55-58.
8. Sherman PW, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *Am J Obstet Gynecol.* May 2002;186(5 Suppl Understanding):S190-7.
9. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Sep 2008;35(3):401-17, viii.
10. Simpson SW, Goodwin TM, Robins SB, et al. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gend Based Med.* Jun 2001;10(5):471-7.
11. Kuscuk NK, Koyuncu F. Hyperemesis gravidarum: current concepts and management. *Postgrad Med J.* Feb 2002;78(916):76-9.

12. Rodien P, Jordan N, Lefevre A, et al. Abnormal stimulation of the thyrotrophin receptor during gestation. *Hum Reprod Update*. Mar-Apr 2004;10(2):95-105.
13. Panesar NS, Li CY, Rogers MS. Are thyroid hormones or hCG responsible for hyperemesis gravidarum? A matched paired study in pregnant Chinese women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Jun 2001;80(6):519-24.
14. Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA, et al. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: a prospective study. *Obstet Gynecol*. Apr 2003;101(4):639-44.
15. Fell DB, Dodds L, Joseph KS, et al. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstet Gynecol*. Feb 2006;107(2 Pt 1):277-84.
16. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, et al. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol*. Feb 2006;107(2 Pt 1):285-92.
17. Holmgren C, Aagaard-Tillery KM, Silver RM, et al. Hyperemesis in pregnancy: an evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. Jan 2008;198(1):56.e1-4.
18. Poursharif B, Korst LM, Macgibbon KW, et al. Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception*. Dec 2007;76(6):451-5.
19. Goodwin TM. Nausea and vomiting of pregnancy: an obstetric syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. May 2002;186(5 Suppl Understanding):S184-9.
20. Hsu JJ, Clark-Glena R, Nelson DK, et al. Nasogastric enteral feeding in the management of hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol*. Sep 1996;88(3):343-6.
21. Larimore WL, Petrie KA. Drug use during pregnancy and lactation. *Prim Care*. Mar 2000;27(1):35-53.
22. Scott JR. Normal Pregnancy and Prenatal Care, Medical and Surgical Complications of Pregnancy. In: Danforth DN, De Saia PJ, Hammond CB, Scott JR, eds. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 127-129. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:282-286.
23. Gadsby R, Barnie-Adshhead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993;43:245-8
24. <http://emedicine.medscape.com/article/796564>

УДК 618.77-08

**С.В. Хміль, Б.О. Ониськів, Ю.І. Лесняк, Л.В. Давид, М. Шляхтич, М.С. Хміль, Г.В. Якименко**  
**СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Клініка IVF «Материнства» м. Краків, Польща*

СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕПРОДУКТИВНО МЕДИЦИНИ – Сучасна медицина дає можливість достатньо швидко виявити причину безпліддя, але усунення та досягнення бажано вагітності є надзвичайно складним процесом, особливо, коли мова йде про запліднення. Дуже важливим та принциповим етапом в лікуванні безпліддя є введення в клінічну практику нових методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), які дають змогу реалізувати функцію дітонародження при різних захворюваннях, відновлення фертильності при яких раніше вважалося неможливим.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – Современная медицина позволяет достаточно быстро выявить причину бесплодия, но устранение ее и достижение желаемой беременности является чрезвычайно сложным процессом, особенно, когда речь идет об оплодотворении. Очень важным и принципиальным этапом в лечении бесплодия является введение в клиническую практику новых методов вспомогательных репродуктивных технологий (ДРТ), которые дают возможность реализовать функцию деторождения при различных заболеваниях, восстановление фертильности при которых ранее считалось невозможным.

MODERN METHODS OF REPRODUCTIVE MEDICINE – The level of modern science can quite quickly identify the cause of infertility, but eliminating it is extremely difficult, especially when it comes to problem insemination. Very important and fundamental step in treating infertility is the introduction into clinical practice new methods of artificial insemination technology.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, жіноче безпліддя.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, женское бесплодие.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, women's infertility.

**Безпліддя та допоміжні репродуктивні технології** Проблема лікування безпліддя на сьогоднішній день набуває не тільки медичного, соціально-демографічного, але й економічного значення [9].

Все більшого поширення набуває метод лікування безпліддя шляхом запліднення *in vitro* (ЗІВ) преовуляторних ооцитів і переносу ембріонів (ПЕ) в порожнину матки. Метод ЗІВ застосовується у випадку лікування абсолютного жіночого без-