

(14,2 %), патологією ЩЗ (11,4 %). Найбільш частою супровідною патологією були захворювання шлунково-кишкового тракту. Патологія гастродуоденальної зони (гастродуоденіт, рефлюкс-гастрит, хронічний гастрит) відмічалася приблизно з однаковою частотою у ДП з аменореєю (11,1 %) і ЮМК (10,0 %). Виразкова хвороба, ерозивний бульбіт, хронічний гастрит, панкреатит доповнювали вищий відсоток (15,3 %) супровідної патології у групі обстежених з дисаменореєю. Захворювання гепатобіліарної системи в структурі екстрагенітальної патології склали 44,7 %, переважно зустрічалися при дисаменореї (41,0 %) і ЮМК (43,3 %) ДП. Варто зазначити, що у 12 (20,5 %) ДП спостерігали поєднання захворювань гепатобіліарної та гастродуоденальної систем. Нейропатії діагностували у (21,9 %) дівчат. Причому у ДП з аменореєю вони склали 38,8%, у ДП з ЮМК – 10,0 %, а при дисаменореї – 15,3 %. В структурі ЕГП 82,7 % становили ендокринопатії, серед них переважали тиреопатії (61,9 %), гіпоталамічний синдром (10,4 %) і ожиріння (10,4 %). Патологія ЩЗ була різноманітною, спостерігалася з однаковою частотою у обстежених групах, що могло сприяти розвитку порушень репродуктивного здоров'я.

Вивчення гормонального гомеостазу показало дисбаланс гонадотропних гормонів у ДП з дисаменореєю, підвищення ЛГ і зниження ФСГ при аменореї. Рівень в сироватці крові естрадіолу був найнижчим у ДП з аменореєю (15,7±0,08 нмоль/л; p<0,001). У дівчат з ЮМК спостерігалися як низькі, так і підвищені показники його, тоді як у пацієнок з дисаменореєю концентрація естрадіолу мала тенденцію до зниження (38,2±0,07; p<0,1, p<0,01).

Аналогічні зміни спостерігалися у вмісті прогестерону, показники якого були достовірно нижчими (0,67±0,04 нмоль/л; p<0,01, p<0,001) при порівнянні із такими у хворих без ЕГП і здорових дівчат.

Концентрація тестостерону була високою у хворих з дисаменореєю (3,63±0,02 нмоль/л; p<0,05 p<0,001) та аменореєю і мала тенденцію до підвищення у пацієнок із ЮМК (2,42±0,08 нмоль/л; p<0,1, p<0,01). Вміст пролактину був вищим у 38,4 % хворих із ПМЦ при поєднаній ЕГП, зокрема із тиреопатіями.

Рівень імуноглобулінів в сироватці крові характеризувався достовірним підвищенням Ig G (16,72±1,22 г/л;

p<0,01, p<0,01) і Ig M (1,96±0,07 г/л; p<0,05, p<0,01) при аменореї та дисаменореї і тенденцією до підвищення їх при ЮМК. Вміст Ig A був зниженим лише у ДП із первинною аменореєю (0,54±0,04 г/л; p<0,05, p<0,01).

Концентрація ЦІК у ДП з екстрагенітальною патологією була високою незалежно від форми порушення МФ і, відповідно, становила 122±11,3 ум. од. (p<0,01; p<0,001) при дисаменореї, 106,4±8,3 ум. од. (p<0,01; p<0,001) у пацієнок з ЮМК і 118,3±7,6 ум. од. (p<0,01; p<0,001) у ДП з аменореєю. Паралельно підвищувався рівень МСМ, який був найвищим у 18,3 % ДП з хронічними захворюваннями жовчовидільної та сечовидільної систем.

ВИСНОВОК Таким чином, ЕГП у ДП різноманітні, частіше поєднані, характеризуються хронізацією процесу і перебігають на фоні ендокринопатій, з яких 61,9 % становлять тиреопатії. Одночасно спостерігаються дисбаланс гонадотропних та статевих гормонів, порушення імунометаболічного статусу, що може мати значення в становленні генеративної функції на віддалений період, зокрема в аспекті планування сім'ї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коренева Н.М. Актуальные проблемы охраны здоровья подростков // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 1. – С. 13-15.
2. Гребешева И.И., Ельцова-Стрелкова В.М., Гулевская Р.М. Социально-гигиеническая характеристика девочек-подростков и оценка их репродуктивных установок // Советское здравоохранение. – 1990. – № 5. – С. 31-34.
3. Вовк І.Б., Квашенко В.П. Особливості репродуктивної поведінки підлітків // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 6. – С. 75-77.
4. Нагорна А.М., Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Сучасний стан здоров'я підлітків і молоді України та заходи щодо його збереження і покращення // Лікарська справа. – 1998. – № 7. – С. 177-181.
5. Баранов А.А. Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка // Матер. Всесоюз. научн.-практ. конф. с участием иностранных специалистов. – Черновцы, 1990. – С. 8-10.
6. Веропотвелян Л.М., Лугол В.М., Веропотвелян М.Л., Васильева Л.О., Никитенко М.К. Порушення менструальної функції у дівчат при гінекологічних та екстрагенітальних захворюваннях // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 5. – С. 80-82.
7. Медведев В.И., Казачкова Э.А., Астахова Т.В., Попова А.С. Диагностическая и прогностическая возможность использования показателей средней массы и среднемoleкулярных пептидов сыворотки крови при воспалительных заболеваниях органов малого таза женщин // Акушерство и гинекология. – 1991. – №3-7. – С. 38-40.

УДК 618.145–006.5

Лучков А.І.

КОМПЛЕКСНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ

Одеський державний медичний університет, Україна

КОМПЛЕКСНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ – В роботі подані результати клінічних досліджень, які мають на меті розроблення комплексних діагностично-лікувальних заходів по веденню хворих із фібромами матки. З діагностичною метою в сироватці крові жінок із фіброміомою визначали зміни концентрації представників прозапальних цитокінів – фактора некрозу пухлини (ФНП), інтерлейкіну-1 та інтерлейкіну-6. Лікування жінок здійснювали із застосуванням міні-інвазивної хірургічної технології – рентгенендоваскулярної хірургії та інтенвенційної радіології. Показано, що впродовж клінічного спостереження за жінками, враховуючи зростаючі розміри фіброматозних вузлів, в сироватці крові триває значне зростання концентрації ФНП, що розглядається авторами як найбільш ранній діагностичний критерій патологічного стану. З лікувальною метою пацієнткам із фіброміомою матки було застосовано принципово новий підхід із збереженням тіла матки шляхом рентгенендоваскулярної емболізації маткової артерії. При цьому в пацієнок було збережено матку та вдалося відновити репродуктивну функцію. Автори стверджують про принципово новизну описаного методу лікування фіброміоми матки, оскільки дане хірургічне втручання дозволяє зменшити або ліквідувати фіброматозний

вузол (чи вузли) без видалення матки. Визначення з діагностичною метою ФНП в якості раннього фактора ризику виникнення фіброміоми, а також застосування рентгенендоваскулярної емболізації маткових артерій є складовою частиною комплексу діагностично-лікувальних заходів, вживання яких дозволить підвищити ефективність діагностики та лікування жінок із фіброміомою матки.

КОМПЛЕКСНЫЕ ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ – В работе поданы результаты клинических исследований, которые имеют целью разработку комплексных диагностико-лечебных мероприятий по ведению больных с фибромиомами матки. С диагностической целью в сыворотке крови женщин с фибромиомой определяли изменения концентрации представителей провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли (ФНО), интерлейкина-1 и интерлейкина-6. Лечение женщин осуществляли с применением миниинвазивной хирургической технологии – рентгенендоваскулярной хирургии и интвенционной радиологии. Показано, что на протяжении клинического наблюдения за женщинами, учитывая возрастающие размеры фиброматозных узлов, в сыворотке крови продолжается значительный рост концентрации ФНО, что рассматривается авторами

как наиболее ранний диагностический критерий патологического состояния. С лечебной целью пациенткам с фибромиомой матки был применен принципиально новый подход с сохранением тела матки путем рентгенэндоваскулярной эмболизации маточной артерии. При этом у пациенток была сохранена матка и удалось возобновить репродуктивную функцию. Авторы утверждают о принципиальной новизне описанного метода лечения фибромиомы матки, поскольку данное хирургическое вмешательство позволяет уменьшить или ликвидировать фиброматозный узел (или узлы) без удаления матки. Определение с диагностической целью ФНО в качестве раннего фактора риска возникновения фибромиомы, а также применение рентгенэндоваскулярной эмболизации маточных артерий является составной частью комплекса диагностико-лечебных мероприятий, применение которых позволит повысить эффективность диагностики и лечения женщин с фибромиомой матки.

COMPLEX DIAGNOSTIC-TREATMENT MEASURES IN UTERINE FIBROMYOMA TREATMENT – The results of clinical observations concerning development of women with uterine fibromyomas complex diagnostic-treatment measures of curing are given in the work. Authors evaluated plasma cytokines levels in blood serum – tumor necrosis factor (TNF), interleukine-1 and interleukine-6 with diagnostic aim. Women with fibromyomas were treated by means of miniinvasive surgical technology – roentgenendovascular surgery and interventional radiology. It was shown the progressive increasing of TNF levels in blood serum of women that accompanied fibromatous nodes size increasing that allowed authors to consider plasma TNF content increasing as the earliest diagnostic criteria of the mentioned pathological condition. Authors used new surgical approach with uterus body safening using uterine artery roentgenendovascular embolization with the curing aim. These manipulations allowed to preserve uterus and renew the reproductive function. Authors proved that method described is the principally new because it allows to preserve uterus by ceasing the fibromatous nodes. TNF level evaluation with the diagnostic aim as the earliest risk factor of fibromyoma development and uterine arteries roentgenendovascular embolization with the curing aim are the main components of the diagnostic-treatment complex manipulations that have to increase the efficacy of diagnostics and treatment the women with fibromyoma.

Ключові слова: фіброміома матки, діагностика, лікування, фактор некрозу пухлини, інтерлейкіни, рентгенендоваскулярна емболізація.

Ключевые слова: фибромиома матки, диагностика, лечение, фактор некроза опухоли, интерлейкины, рентгенендоваскулярная эмболизация.

Key words: uterine fibromyoma, diagnostics, treatment, tumor necrosis factor, interleukins, roentgenendovascular embolization.

ВСТУП Міома матки є найпоширенішою пухлиною матки у жінок пізнього репродуктивного (35-45 років) та перименопаузального (46-55 років) віку [1-3]. Раніше вказана патологія починала розвиватися у жінок віком понад 30-35 років, але зараз, з розвитком діагностичних можливостей, з погіршенням навколишнього середовища, психоемоційним навантаженням спостерігається зростання захворюваності цією патологією у молодшого контингенту жінок. За умов сумарної патологічних факторів у вказаному віці триває соматична мутація клітин в органах репродуктивної системи, що, ймовірно, грає провідну роль на стадії формування проліферативного компонента при процесах регенерації уражених клітин міометрія [1]. Численні міоми з різною кількістю вузлів неоднакового розміру та форми зустрічаються зараз у 80 % випадків фіброміом [4]. Практично третина всіх жінок із міомою матки перенесли раніше запальні захворювання придатків, а 20-30 % жінок страждають від порушень функцій яєчників [2,5].

Враховуючи базисні патогенетичні механізми запалення як типового патологічного процесу, логічно припустити залучення представників сімейства прозапальних цитокінів до опосередкування запальних процесів матки та її придатків. При цьому до патологічного процесу досить активно залучається імунна система, активність котрої сприяє розвитку ланцюгових процесів – активації нейтрофілних лейкоцитів, збільшенню проникності судинної стінки та зростанню рівня представників сімейства прозапальних цитокінів [6-9].

Відомі способи консервативного лікування фіброміоми матки шляхом застосування гонадотропін-рилізін гормону або його агоністів (нафарелін, трипторелін, бузерелін, декапептил-депо тощо) [10]. Існують також інші, дешевші гормональні лікарські засоби для лікування фіброміоми матки –

прогестерон та його аналоги й синтетичні прогестини [2,10,11]. Частіше за все фіброміою матки лікують видаленням вузлів, а при надто великих розмірах міоми проводять лапароскопічну екстирпацію матки [12].

Останніми роками ми впроваджуємо в практику комплексні діагностично-лікувальні заходи при обстеженні жінок із фіброміомою, які спрямовані на підвищення ефективності процесів якнайранішої діагностики та застосування міні-інвазивного лікування жінок із вказаною патологією. Таким чином, метою роботи є підвищення ефективності комплексних діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на якомога ранішу діагностику та застосування міні-інвазивних хірургічних методів при лікуванні жінок із фіброміомою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Клінічні спостереження проводилися за 51 жінкою з фіброміомою матки віком від 31 до 53 років, які знаходилися під наглядом протягом 2002-2004 років, а також звернулися за консультацією до полового об'єднання №2 м. Одеси. Хворі були обстежені, були проведені діагностичне вишкрібання із гістероскопією, а також кольпоскопія. При ультразвуковому дослідженні визначалися розміри вузла (чи вузлів) в порожнині матки. Після проведеного комплексного клініко-лабораторного обстеження жінок вони були розподілені на 2 групи: до 1-ї групи (n=39) увійшли жінки, яким з діагностичною метою, враховуючи розміри фіброматозного вузла (чи вузлів), за допомогою методу ензимозв'язаного імуносорбентного аналізу (ELISA-тест; Бостон, США) з використанням вторинних видоспецифічних моноклональних антитіл при довжині хвилі 405 нм на автоматичному лічильному приладі (Immunosoft Software Package, США) в сироватці крові визначали вміст фактора некрозу пухлин-альфа (ФНП- α), інтерлейкіну-1-бета (ІЛ-1 β) та інтерлейкіну-6 (ІЛ-6). Вміст цитокінів визначали двічі на місяць впродовж 20 місяців обстеження. До 2-ї групи (n=12) увійшли жінки із фіброміомою (розміри вузлів перевищували 5-6 см в діаметрі), яким проводили рентгенендоваскулярну емболізацію маткової артерії, що живить фіброматозні вузли, після чого вводили спіраль Чігогідзе. Вказані міні-інвазивні втручання проводили черезкатетерно після пункції стегової артерії з підведенням катетера до внутрішньої клубової артерії.

Отримані дані обраховували із застосуванням критерію Крускал-Валіс. $P < 0,05$ вважали за критерій вірогідності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок із незначними, за даними УЗ-дослідження, розмірами фіброматозних вузлів (менше 1 см в діаметрі) вміст в сироватці крові ФНП становив в середньому $2,2 \pm 0,2$ пг/мл, що не відрізнялося суттєво від аналогічних показників концентрації ФНП у практично здорових жінок. У жінок із фіброматозними вузлами, розміри яких становили в середньому 2-3 см в діаметрі, концентрація в сироватці крові досліджуваного цитокіну становила $40,0 \pm 2,5$ пг/мл, що у 18 разів перевищувало відповідні показники у практично здорових жінок ($P < 0,001$). При розмірах фіброматозних вузлів в середньому 5-6 см в діаметрі (дослідження проводили перед рентгенендоваскулярним втручанням) ми відмічали зростання сироваткового вмісту ФНП в 26 разів порівняно з такими даними у практично здорових жінок ($P < 0,001$). Контрольна перевірка, зроблена через місяць після випливання зі стаціонару не виявила значних змін у концентрації ФНП в сироватці крові жінок, яким було проведено рентгенендоваскулярну емболізацію маткової артерії порівняно з відповідними показниками у практично здорових жінок.

При спостереженні за зміною концентрації ІЛ-1 β та ІЛ-6 в сироватці крові жінок із фіброміомою не було виявлено значних змін рівня вказаних цитокінів впродовж вказаного періоду клінічного спостереження ($P > 0,05$).

Після проведеного міні-інвазивного рентгенендоваскулярного втручання з лікувальною метою у всіх жінок 2-ї групи протягом наступної доби після операції відмічалось порушення живлення фіброматозних вузлів (чи вузла), яке

супроводжувалося наявністю ішемічних болів, та наступне розсмоктування вузлів через 5-6 місяців. На 2-3 добу після операції – стан хворих задовільний. Ніч спали спокійно, шкірні покриви – звичайного кольору. АТ та пульс – в межах норми. Перистальтика кишечника – в нормі, виділення зі статевих органів – відсутні, діурез – достатній. Всі жінки на 3-5 добу виписані у задовільному стані для наступного спостереження в жіночих консультаціях. При контрольному обстеженні через 1 місяць скарг нема.

Таким чином, отримані дані проведених клініко-лабораторних спостережень за жінками із фіброміомою матки дозволяють висловити певні думки стосовно комплексних діагностично-лікувальних заходів, які мають бути впроваджені в практику. Так, наші дані свідчать про те, що у жінок зростання розміру фіброматозних вузлів матки супроводжується значним зростанням в крові вмісту ФНП, що свідчить про розпал запального процесу в матці. Слід відзначити, що серед всіх досліджуваних представників сімейства прозапальних цитокінів змінювалася лише концентрація ФНП, що, за нашою думкою, може бути діагностичним критерієм можливості виникнення фіброматозу у обстежених осіб. Вартим уваги може стати один з фрагментів отриманих результатів про те, що вміст ІЛ-1 β (особливо!) та ІЛ-6 залишається незмінним впродовж розвитку хвороби. Нам здається, що цей факт можна пояснити тим, що ФНП- α індукує синтез деяких нейротрофічних факторів, до яких належить і ІЛ-1 β [13]. При цьому логічно припустити, що за умов запальної реакції організму при фіброміомі синтез ІЛ-1 β трохи “відстає” у терміновому аспекті від синтезу ФНП- α , котрий “запускає” механізм формування вказаного патологічного стану.

Застосована з лікувальною метою рентгенендоваскулярна емболізація маткової артерії свідчить про принципово новий методичний підхід до лікування вказаного контингенту жінок. Застосований нами різновид лікування фіброміоми матки є принципово новим, оскільки дозволяє зберегти тіло матки, звільнивши його від фіброматозного вузла чи вузлів, є також клінічно легше відтворюваним та надає можливість безпосередньо впливати на причину патологічного стану. Механізм рентгенендоваскулярної емболізації маткової артерії (чи маткових артерій) полягає в тому, що будучи артеріями кінцевого типу, за умов нестачі кровопостачання розвивається ішемія фіброматозних вузлів (чи вузла), що насамперед сприяє їхньому розсмоктуванню, склерозуванню або асептичному некрозу. В той же час міометрій залишається непошкодженим внаслідок розвитку колатералей судин, які постачають кров до нього, з артеріями таза.

ВИСНОВКИ Беручи до уваги всі отримані нами результати, слід наголосити наступне:

1. Формування фіброміоми матки супроводжується значним зростанням концентрації ФНП в сироватці крові, що ми вважаємо як найбільш ранній діагностичний критерій розвитку вказаного патологічного стану.

2. У жінок із фіброміомою матки ефективним лікувальним методом є застосування міні-інвазивного рентгенендоваскулярного хірургічного втручання з метою емболізації маткової артерії (чи маткових артерій), які живлять матковий вузол (чи вузли).

3. Визначення з діагностичною метою ФНП в якості раннього фактора ризику виникнення фіброміоми, а також застосування рентгенендоваскулярної емболізації маткових артерій є складовою частиною комплексу діагностично-лікувальних заходів, вживання яких дозволить підвищити ефективність діагностики та лікування жінок із фіброміомою матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сидорова И.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики // Русский мед. журн. – 2002. – Т. 10, №7. – С. 33-37.
2. Чеплат О. Современные принципы лечения фибромиеом // Лечащ. Врач. – 2000. – №4. – С. 76-80.
3. Rayr C. Les fibromes et leurs chirurgies // Gyn. Obs. – 1997. – N 363. – P. 4-7.
4. Kharbach A., Zouhal A., Rhrab B. et al. Necrobiose aseptique des fibromes uterins. A propos de soixante-trois cas // Rev. Fr. Gynecol. Obstet. – 1996. – N1-2. – P. 20-23.
5. Taylor S., Kadoch O., Capella-Allouc S. Fibromes: Fertilité apres traitement hysteroscopique // Gyn. Obs. – 1998. – N 391. – P. 11-13.
6. Leser H.G., Gross V., Scheibenbogen C. et al. Elevation of serum interleukin-6 concentration precedes acute-phase response and reflects severity in acute pancreatitis // Gastroenterol. – 1991. – Vol. 101. – P. 782-785.
7. Pamper S. Dysregulation of the cytokine network in the uterus of the diabetic rat // Am. J. Reprod. Immunol. – 2001. – N 45, N6. – P. 375-381.
8. Patig D., Gray S., Idris I., Donnelly R. Effects of tumour necrosis factor-alpha and inhibition of protein kinase C on glucose uptake in L6 myoblasts // Clin. Sci. – 2000. – Vol. 99, N4. – P. 303-307.
9. Semkova I., Krieglstein J. Neuroprotection mediated via neurotrophic factors and induction of neutotrophic factors // Brain Res. Rev. – 1999. – Vol. 30, N1. – P. 176-188.
10. Дильман В.М. Эндокринологическая онкология. – М.: Медицина, 1983. – 408 с.
11. De Leo V., Morgante G. Fibromioni uterini e pattern ormonale: Considerazioni terapeutiche // Minerva Ginecol. – 1996. – N12. – P. 533-538.
12. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Бабурина И.П. и др. Лапароскопическая надвлагалищная ампутиация матки с помощью петлевой лигатуры // Акуш. и гин. – 1996. – № 5. – С. 44-46.
13. Dinarello C.A., Wolff S.M. The role of interleukin-1 in disease // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 328, N 1. – P. 106-113.

УДК 618,4/5–089.5

Артимович А.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ

Клінічний пологовий будинок №1, м. Тернопіль

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ – Знеболювання у пологах часто викликає дискусію: чи не перевищує ризик застосування анагезії тих негативних явищ, які мають місце у акушерстві? Слід врахувати, скільки небажаних наслідків для плода і роділлі несуть саме ті реакції, які виникають в організмі матері у відповідь на больовий синдром [1].

Зважаючи на багатогранну дію препаратів, які застосовують для знеболювання пологів, серйозне занепокоєння викликає інтранатальна гіпоксія плода [2]. Застосування іонів магнію з метою підвищити стійкість організму плода до гіпоксії дає можливість зменшити кількість новонароджених із високим ступенем ризику ураження центральної нервової системи гіпоксичного генезу і розширює межі анагетичного впливу на больовий синдром в пологах. Головна роль магнію в організмі зводиться до стимуляції активності ферментів вуглеводного обміну, а також до зниження збудливості нервової системи [3].

Зростання інтенсивності синтетичних реакцій в обмінні вуглеводів збільшує запаси макроергічних сполук [3], що підвищує стійкість організму до гіпоксії.

Застосування препарату Магне-В₆, як складової частини методики, розв'язує ряд ключових завдань, які стоять перед знеболюванням в акушерстві. Прямим наслідком застосування методики є зниження рівня пологових травм у матері і дитини.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ РОДОВ – Обезболивание в родах часто вызывает дискуссию: не превышает риск применения анагезии над теми отрицательными явлениями, которые имеют место в акушерстве? Много плохих последствий для плода и матери несут именно те реакции, которые возникают в ответ на боль.

Препараты для обезболивания родов действуют многогранно. Вызывает беспокойство интранатальная гипоксия плода. Ионы магния повышают устойчивость организма плода к гипоксии. Это уменьшает