



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **11622** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61M 1/36

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

1

2

(21) u200500552

(22) 21.01.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Бакун Оксана Валеріанівна, Юзько Олександр Михайлович

(73) БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування загрози невиношування вагітності після проведення допоміжних репродуктивних технологій шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, який **відрізняється** тим, що додатково проводять дискретний плазмаферез із співвідношенням об'ємів плазмоексфузії і плазмозаміщення 1 до 1,2, плазмоексфузією 30-40% об'єму циркулюючої крові в кількості 3 сеансів через 2-3 дні.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до акушерства та гінекології і може бути використана для попередження невиношування вагітності із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій шляхом екстракорпорального запліднення.

Відомі способи лікування та профілактики загрози невиношування вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій полягають у використанні різних за складом лікарських препаратів, які згубно діють на ембріон. Недоліками відомих способів є широке використання в їх складі різних токолітичних препаратів, які одночасно з лікувальним ефектом вносять суттєві зміни на плід з наступним розвитком підвищення тонуусу матки, що може викликати викидень.

Аналогом корисної моделі є спосіб лікування загрози невиношування шляхом проведення пересадження тканини - трансплантації фрагменту кріоконсервованої плацентарної тканини [Аралов О.Н. "Применение гетеротопической трансплантации кріоконсервированной плацентарной ткани в лечении иммунологических форм невынашивания беременности" // Матеріали роботи науково-практичної конференції молодих вчених "Медицина третього тисячоліття", січень 2002 року]. Спосіб-аналог здійснюється наступним чином. Проводиться гетеротопічна трансплантація фрагменту кріоконсервованої плацентарної тканини підшкірно в верхній зовнішній квадрант сідниці під інфільтраційною анестезією (2% розчином новокаїну). Проведення гетеротопічної трансплантації фраг-

менту кріоконсервованої плацентарної тканини викликає певні труднощі.

Прототипом корисної моделі є спосіб лікування загрози невиношування вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій - екстракорпорального запліднення - шляхом призначення комплексного медикаментозного лікування [В.С. Корсак, О.Н. Аржанова "Невынашивание беременности после преодоления бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий" // Журнал акушерства и женских болезней. - 2002. - №4. - С.13-15]. Спосіб-прототип полягає у використанні засобів медикаментозного лікування - антиоксидантів, адаптогенів, гепатопротекторів, препаратів магнію, при виявленні антифосфоліпідних антитіл призначаються антиагреганти - міні-дози аспірину чи курантил тривало. В складі комплексної терапії антифосфоліпідного синдрому використовується фраксипарин. При наявності маркерів активації вірусної інфекції в 2-му триместрі проводиться терапія імуноглобуліном. Недоліками прототипу є використання великого комплексу препаратів, які у кінцевому результаті негативно діють на плід.

Нами пропонується рішення, що усуває вищезгадані недоліки.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалення способу лікування загрози невиношування вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій - екстракорпорального запліднення шляхом додаткового застосування немедикаментозного методу

(19) **UA** (11) **11622** (13) **U**

лікування - плазмаферезу, який має високу ефективність та мінімальні негативні дії.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування загрози невиношування вагітності після проведення допоміжних репродуктивних технологій - екстракорпорального запліднення - шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, згідно до корисної моделі, додатково використовується дискретний плазмаферез із співвідношенням об'ємів плазмоексфузії і плазмозаміщення 1 до 1,2, плазмоексфузією 30-40% об'єму циркулюючої крові в кількості 3 сеансів через 2-3 дні.

Дискретний плазмаферез використовується в якості імуномодуючого, бактерицидного, фунгіцидного, противірусного компоненту лікування, а також для тимчасового протезування повноцінного білкового стану плазми, її колоїдно-осмотичного, коагуляційного, імунного, антипротеазного, антиоксидантного та інших потенціалів. Запропонований метод дискретного плазмаферезу окрім бактерицидної дії володіє ще й імуномодуючою, коагуляційною, антипротеазною, антиоксидантною діями, не викликає алергічних реакцій, як місцевих, так і загальних, при проведенні дискретного плазмаферезу спостерігається активація показників системи протиінфекційного захисту.

Дискретний плазмаферез діє як імуномодулятор, має протизапальну, бактерицидну, противірусну, фунгіцидну, антистресову, анальгезуючу дію і широко використовується як неспецифічний лікувальний фактор. Бактерицидна дія плазмаферезу проявляється в локальному пошкодженні плазматичної мембрани, що призводить до втрати життєдіяльності бактеріальної клітини та подальшого її розмноження. Використання плазмаферезу для лікування загрози невиношування вагітності до-

зволяє оптимізувати схеми лікування, скоротити дози і перелік лікарських препаратів, а також тривалість перебування в стаціонарі. В процесі лікування знижується в'язкість крові, нормалізується мікроциркуляція, покращується матково-плацентарний кровообіг і стан плоду. Саме цей факт є одним із вагомих недоліків відомих способів лікування загрози не виношування вагітності

Спосіб здійснюється наступним чином. Жінці, в якій були невдалі спроби екстракорпорального запліднення в минулому, проводять дискретний плазмаферез, який включав 3 сеанси через 2-3 дні з плазмоексфузією 30-40% об'єму циркулюючої плазми за один сеанс. Плазмозаміщення проводять реополіглюкіном, 6% розчином гідроксиетильованого крохмалю і гепаринізованим фізіологічним розчином. Співвідношення об'ємів плазмоексфузії і плазмозаміщення складає 1:1,2. Лікування починають з 6-8 дня менструального циклу. Дослідження показників крові проводять до курсу плазмаферезу, і через 6-9 днів після останнього сеансу плазмаферезу. Через 1 місяць проводять екстракорпоральне запліднення та перенесення ембріону.

Даний спосіб був апробований у клініці кафедри акушерства та гінекології із курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинської державної медичної академії та дозволив отримати оптимальні результати.

Використання дискретного плазмаферезу для лікування загрози невиношування вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій - екстракорпорального запліднення дозволяє значно скоротити термін перебування жінки в стаціонарі, є досить ефективним, найбільш безпечним, а також порівняно недорогим.