



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **103251** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61K 31/00**  
**A61P 15/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2015 05349</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Корчинська Оксана Олександрівна (UA),</b> <b>Бисага Наталія Юріївна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>02.06.2015</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.12.2015</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ</b> <b>ЗАКЛАД "УЖГОРОДСЬКИЙ</b> <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ",</b> вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, 88000 (UA)
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.12.2015, Бюл.№ 23</b>	

**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗІ**

**(57) Реферат:**

Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі передбачає констатування вагітності у жінок, які лікувалися з приводу доброякісних захворювань шийки матки на фоні доведеної запальної реакції. З метою профілактики плацентарної дисфункції призначають препарати: флебодія 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їжі протягом 3 тижнів перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), янтарин по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності, відповідно.

**UA 103251 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до акушерства, та може знайти використання для профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі.

Проблема плацентарної дисфункції надзвичайно актуальна в медичному та соціальному аспектах. Її вирішення є досить складним завданням і вимагає залучення останніх досягнень медичної науки й практики. Плацентарна недостатність (ПН) - клінічний синдром, обумовлений морфологічними і функціональними змінами в плаценті, що виявляється порушеннями стану, росту і розвитку плода. Це наслідок складної реакції плода на різні патологічні стани материнського організму у вигляді порушень трофічної, ендокринної та метаболічної функцій плаценти, які призводять до неспроможності плаценти підтримувати адекватний обмін між організмами матері й плода. Синдром плацентарної недостатності має мультифакторну природу і спостерігається при більшості ускладнень вагітності. Преморбідним фоном для розвитку ПН можуть бути гормональна недостатність, функціональна і структурна неповноцінність ендометрію, хронічний ендометрит, вади розвитку матки, аутоімунні та інші порушення репродуктивної системи, що нерідко супроводжуються вираженою хронічною гіпоксією і гіпотрофією плода.

Плацентарна дисфункція розвивається, в основному, внаслідок патологічних варіантів дозрівання, які виявляються змінами в структурних елементах плаценти (передчасне, запізнile і дисоційоване дозрівання плаценти), що призводить до розвитку хронічної гіпоксії і (в тяжких випадках) до затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Однією із найвразливіших до ушкоджувальної дії гіпоксії є нервова тканина. Недостатність кисню призводить до затримки дозрівання структур стовбурових відділів мозку ембріона вже з 6-11-го тижня його розвитку, спричиняє дисплазію судин, затримує дозрівання гематоенцефалічного бар'єру, недосконалість і підвищена проникність якого, в свою чергу, є провідними чинниками у виникненні органічної патології центральної нервової системи. У постнатальному періоді неврологічні розлади гіпоксичного генезу варіюють у широких межах (від функціональних розладів у центральній нервовій системі до тяжких синдромів порушень психічного розвитку) і становлять 60-90 %. У клінічній практиці важливим є уміння розрізняти первинну і вторинну плацентарну недостатність.

Первинна плацентарна недостатність розвивається до 16 тижнів вагітності і є наслідком порушення ендокринної функції яєчників, змін в ендо- і міометрії (неспроможність рецепторного апарату), анатомічних порушень будови, розміщення і прикріплення плаценти, дефектів васкуляризації і порушень дозрівання хоріона, а також соматичних захворювань вагітної і несприятливих чинників навколишнього середовища. Існує безліч причин, здатних привести до виникнення первинної плацентарної недостатності. До них, в першу чергу, відносяться генетичні чинники, а також ферментативні порушення, що заважають нормальному розвитку плідного яйця. Крім того, плацента може вражатися бактеріями, вірусами, найпростішими та іншими збудниками інфекції.

Вторинна плацентарна недостатність розвивається в пізніші терміни вагітності і є наслідком порушення кровообігу в матці, спричиненого артеріальною гіпо- або гіпертензією у матері, інфарктами плаценти, її частковим відшаруванням, змінами реологічних властивостей крові, а також запальними змінами внаслідок наявності в організмі матері інфекційного агента. Вона, як правило, розвивається на фоні ускладнень вагітності (загроза переривання, гестоз) або при наявності у жінки різних захворювань, таких, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, захворювання серця, нирок, гіпо- або гіперфункція щитовидної залози. Зараз виділяють також змішану форму плацентарної недостатності. Розрізняють, окрім того, гострий і хронічний перебіг плацентарної недостатності, можливий у випадку як первинної, так і вторинної її форми.

Ураження шийки матки умовно поділяють на фонові (доброякісні) і передракові. До фонових процесів належать: ерозія, псевдоерозія, метаплазія плоского епітелію та утворення ретенційних кіст, ендометріоз, поліп, рубцеві зміни шийки матки. Для фонових процесів характерна гіперплазія клітин епітелію, що призводить до утворення нових залозистих і сосочкових структур. Фонові (доброякісні) процеси становлять 80-85 % загальної кількості патологічних процесів у шийці матки.

З метою профілактики вторинної плацентарної дисфункції (ПД) та лікування первинної ПД на малих термінах вагітності призначали проведення комплексної терапії, яка містила гормональну корекцію, метаболічну терапію та препарати, що покращують матково-плацентарний кровообіг. Гормональна терапія при недостатності лютеїнової фази полягала в призначенні дуфастону 20 мг на добу з 8 до 18 тижня вагітності. Паралельно з гормональною корекцією в усіх випадках призначали метаболічну терапію на 10-11 та 15-16 тижнях вагітності. Застосовували препарати, що покращують матково-плацентарний кровообіг (гілоба 40 мг 3 рази

на день; ериніт 1 табл. 3 рази на день; Магне В6 по 2 табл. 3 рази на день; фолієва кислота - 200 мг 2 рази на день; вітамін Е - 1 капс. (100 мг) 2 рази на день 10-12 днів [1].

Оцінка ефективності терапії показала, що у 69 % пацієток, які отримували запропонований комплекс лікування при динамічному УЗ дослідженні плаценти через 20-30 днів після лікування відмічено відповідність стадії дозрівання плаценти терміну вагітності. Одночасно виявлялась менша кількість гіперехогенних ділянок. Базальна мембрана була більш чіткою, розширення міжворсинкового простору та петрифікати по краю плаценти виявляли лише у окремих пацієток. Покращення структурно-функціонального стану плаценти сприяло в подальшому підвищенню оцінки біофізичного профілю плода до 8-10 балів за рахунок збільшення рухової активності плода, частоти та індексу дихальних рухів, тонуусу плода, об'єму навколоплідних вод при нормалізації параметрів нестресового тесту (КТГ), що проявлялось зниженням базальної частоти серцевих скорочень (БЧСС) та зростанням кількості, тривалості та амплітуди акцелерацій відповідно на 34,1 %. В цілому, лікувальний комплекс вагітних із ПД сприяв достовірному покращенню показників стану плода, зменшенню проявів дистресу та плацентарної дисфункції. У 58 жінок з групи спостереження вагітність завершилася строковими пологами [1].

Недоліком даного способу [1] є те, що його не можна використовувати в якості профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі, адже у цій схемі відсутній протизапальний фактор, який попереджує прогресуванню клінічних симптомів. Протизапальна дія здійснюється за рахунок: антикомплементарної активності; гальмуванні вивільнення медіаторів запалення (простагландинів, лейкотриєнів); зниженні продукції медіаторів запалення (лейкотриєнів) шляхом блокування ліпооксигенази.

Задача корисної моделі полягає у профілактиці плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі, що обумовлено настанням вагітності на фоні запальних процесів.

Поставлена задача вирішується наступним чином, що спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі, який передбачає констатування вагітності у жінок, які лікувалися з приводу доброякісних захворювань шийки матки на фоні доведеної запальної реакції, який відрізняється тим, що з метою профілактики плацентарної дисфункції призначають препарати: флєбодіа 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їжі протягом 3 тижнів перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), янтарин по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності відповідно.

Спосіб здійснюється наступним чином: вагітним жінкам, у яких в анамнезі діагностовано доброякісну патологію шийки матки з метою профілактики плацентарної дисфункції призначають препарати: флєбодіа 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їжі протягом 3 тижнів перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), янтарин по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності відповідно.

Можливість здійснення способу ілюструється витягом із медичної документації.

Приклад

Пацієнтка Н.М., 29 років, вагітна 24-25 тижнів. В анамнезі ектопія шийки матки. Дана вагітність друга. Перша закінчилася передчасними пологами у терміні 30-31 тиждень на фоні плацентарної недостатності. Пацієнтці призначений прийом препаратів: флєбодіа 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їжі протягом 3 тижнів перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), янтарин по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності відповідно. Дана вагітність перебігала без ускладнень та ознак плацентарної дисфункції.

Виявлений ефект позитивної дії вказаного способу на перебіг вагітності у жінок із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі у плані попередження плацентарної дисфункції забезпечується шляхом ліквідації порушень матково-плацентарної гемодинаміки, а також захисту ендотеліальних елементів спіральних артерій, покращення мікроциркуляції та метаболічних процесів за рахунок участі у реакціях циклу Кребса, відновлення трофіки тканин, покращення лімфатичного дренажу, протизапальної дії у жінок даної категорії.

Запропонований спосіб дає можливість уникнути виникнення плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі та забезпечити її профілактику.

Корисна модель може бути використана в акушерстві як спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі.

Джерело інформації:

1. Ясніковська О.В. Попередження розвитку плацентарної дисфункції у жінок із невиношуванням вагітності / О.В. Ясніковська // Здоровье женщины. - № 7. - 2010. - С. 30-31. - прототип.

5

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

10

Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із доброякісною патологією шийки матки в анамнезі, який передбачає констатування вагітності у жінок, які лікувалися з приводу доброякісних захворювань шийки матки на фоні доведеної запальної реакції, який **відрізняється** тим, що з метою профілактики плацентарної дисфункції призначають препарати: флебодіа 600 мг по 1 таблетці один раз на добу до або під час їжі протягом 3 тижнів перорально (з повторенням курсу терапії через місяць), янтарин по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 днів перорально у терміни 10-12, 20-22, 32-34 тижні вагітності, відповідно.

---

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601