



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41690 (13) A  
(51) 7 A61K31/727, A61P15/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

(21) 2001010536  
(22) 24.01.2001  
(24) 17.09.2001  
(46) 17.09.2001, Бюл. № 8, 2001 р.  
(72) Нізова Наталя Миколаївна, Гайсіна Оксана  
Георгіївна, Посохова Світлана Петрівна, Руденко  
Сергій Вікторович  
(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-

2

ВЕРСИТЕТ  
(57) Спосіб лікування плацентарної недостатності  
шляхом медикаментозного впливу, який **відрізня-**  
**ється** тим, що, в термін гестації 26-28 та 32-34 ти-  
жні призначають низькомолекулярний гепарин —  
фраксипарин по 0,3мл підшкірно, 2 рази на добу,  
кожен день, загальним курсом 7-8 днів.

Винахід стосується галузі медицини, а саме акушерства та перинатології, і може бути використаний з метою лікування плацентарної недостатності, зокрема її хронічної форми.

Відомий спосіб лікування хронічної плацентарної недостатності шляхом використання малих доз аспірину (180-300мг/добу) [1]. Але недоліками даного методу є складність вибору адекватної дози препарату, а також значна обмеженість використання аспірину у вагітних (у зв'язку з ризиком кровотечі препарат слід відмінити за 2 тижні до очікуваного терміну пологів). Крім того, аспірин протипоказаний при гіперчутливості до саліцилатів, бронхіальній астмі, виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, порушеннях системи зсідання крові, кровотечі при попередніх пологах та протягом даної вагітності, головному болі, запамороченні, діареї [2].

Найбільш близьким до технічного рішення, що пропонується, є спосіб лікування плацентарної недостатності шляхом включення до комплексної терапії поєднаного введення реополіглокіну та гепарину. Гепарин у кількості 10 000 ОД додають у крапельницю з реополіглокіном, а потім вводять підшкірно по 5 000 ОД через 4-6 годин [3].

Але, незважаючи на доступність, даний метод потребує чіткого моніторного контролю реологічних та коагуляційних властивостей крові через небезпеку виникнення кровотечі та тромбоцитопенії.

В основу винаходу покладена задача вдосконалення способу лікування плацентарної недостатності шляхом застосування низькомолекулярних гепаринів, що дозволить також зменшити кількість ускладнень та тривалість лікування і, таким чином,

вартість надання медичної допомоги вагітним з плацентарною недостатністю.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно винаходу в термін гестації 26-28 та 32-34 тижні призначають низькомолекулярний гепарин - фраксипарин ("Sanofi" Франція) по 0,3мл, підшкірно 2 рази на добу, кожен день, загальним курсом 7-8 днів.

Спосіб здійснюється таким чином:

Фраксипарин вводять спеціальним шприцем, попередньо заповненим розчином для ін'єкцій з разовою дозою 0,3мл, тобто 7500 ОД глюкозаміноглікана гепарину, двічі на день в один і той же час з інтервалом у 12 годин протягом 7-8 днів. Препарат треба вводити тільки підшкірно в підшкірну жирову клітковину передньобокової поверхні живота на 8-12мм зліва або справа від пупка по черзі. Голка повинна бути введена перпендикулярно в товщу складки, сформованої між великим та вказівним пальцями. Складка повинна утримуватися протягом всього періоду введення препарату. Лікувальні курси слід проводити в 26-28 та 32-34 тижні гестації.

Приклад 1. Вагітна А., 34 років. Діагноз: Вагітність IV, 27-28 тижнів. Прееклампсія середнього ступеню тяжкості. Хронічна плацентарна недостатність. Гіпертонічна хвороба I ст. Ожиріння III ст. Дані клініко-параклінічного обстеження: скарги на загальну слабкість, головний біль при підвищенні артеріального тиску (АТ). АТ 160/100мм рт. ст.. Пульс 80уд/хв, ритмічний. На ЕКГ — ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, за даними тетраполярої реографії (ТПРГ) — еукінетичний тип гемодинаміки. Плід фетометрично відповідає 26-27 тижням гестаційного віку.

(19) UA (11) 41690 (13) A

Плацента на передній стінці матки, товщиною 26мм, з гіперехогенними включеннями, ознаками передчасного дозрівання.

Індекс резистентності (ІР) за даними доплерометрії – 0,85. Загальний аналіз крові без патологічних змін; кількість тромбоцитів – 177,6Г/л, загальний білок крові – 57г/л, сечовина – 6,6ммоль/л, добова протеїнурія – 0,42г/л. За даними розгорнутої коагулограми продукти дегідратації фібріногену (ПДФ) –  $24 \cdot 10^{-3}$  г/л, АПТВ – 40с.

Призначено курс лікування з використанням фраксипарину (на фоні гіпотензивних та седативних препаратів). Після проведеного курсу лікування серією сонографічних досліджень встановлено прискорення темпів росту плода, покращення показників лабораторних досліджень та ТПРГ, зниження ІР при доплерометрії. В терміні 33-34 тижні курс лікування плацентарної недостатності був повторений. В терміні 37-38 тижнів проведено планову операцію кесарева розтину через наростання ступеню тяжкості гестозу, який медикаментозне не корегувався. Народився живий доношений хлопчик масою 3020г, довжиною 51см, з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів. В період адаптації у новонародженого в перші дні життя спостерігали синдром збудження ЦНС легкого ступеня, котрий регресував до четвертої-п'ятої доби. Післяопераційний період у матері протікав без ускладнень.

Приклад 2. Вагітна С., 22 роки. Діагноз: Вагітність І, 34 тижні. Преєклампсія середнього ступеню тяжкості. Хронічна плацентарна недостатність. Міокардитичний кардіосклероз. Пред'являє скарги на слабкість, періодичний головний біль. При об'єктивному обстеженні: АТ 140/85мм рт. ст., пульс 82уд/хв, ритмічний. Окружність живота – 89см, висота дна матки – 35см. Загальний аналіз крові без патологічних змін, кількість тромбоцитів – 254Г/л, загальний білок – 60г/л, ПДФ –  $13 \cdot 10^{-3}$  г/л, АПТВ – 43с. У загальному аналізі сечі – білок 0,11г/л. За даними ТПРГ – гіпокінетичний тип гемодинаміки. Біофізичний профіль плода дорівнює 7 балам. При фотометрії плід відповідає терміну гестації, плацента на передній стінці матки, патологічне незріла, з ехонегативними включеннями (кісти), фетопла-

центарний кровоплин знижений, ІР – 0,72.

Вагітній призначений курс комплексної терапії гестозу та плацентарної недостатності з застосуванням фраксипарину. Вже на 5-6 день лікування вагітна відмітила покращення загального стану, активізацію плода; оцінка біофізичного профілю плода зросла з 7 до 8 балів. Тип гемодинаміки змінився на більш сприятливий – еукінетичний. В терміні 38-39 тижнів відбулися вчасні пологи, народилася жива, доношена дівчинка, масою 3150г, довжиною 52см, з оцінкою по Апгар 8-9 балів. Післяпологова крововтрата – 200мл (0,25% маси тіла). Післяпологовий період у матері та ранній неонатальний період у новонародженої протікав без ускладнень. Мати виписана на 6 добу після пологів.

За допомогою даного способу було проліковано 55 жінок. Після комплексної з використанням низькомолекулярного гепарину – фраксипарину терапії, тобто запропонованого способу лікування, був досягнутий значний клініко-біохімічний ефект у 79,6% вагітних, у порівнянні з прототипом, ефективність якого дорівнює 64,9%. Тривалість лікування скоротилася на 7-8 днів, а перинатальна захворюваність знизилася з 43,7% (прототип) до 24,2%.

Отже, запропонований метод лікування плацентарної недостатності є більш ефективним у порівнянні з прототипом, покращує перинатальні висліди, дозволяє скоротити тривалість лікування і, таким чином, вартість надання медичної допомоги.

#### Література:

1. Асымбекова Г.У. Хроническая плацентарная недостаточность: аспирин в профилактике и лечении: Автореферат дис. ... докт. мед. наук. - М., 1996. – 36 с.
2. Сидельникова В.М., Водолазская Т.И., Ходжаева З.С. Современные представления о плацентарной недостаточности. Роль ее в клинике невынашивания беременности и пути коррекции (клиническая лекция). - М.: Б.И., 1997. - 20 с.
3. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. - М., 1991. – 232 с.