



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **51802** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61P 15/00
A61P 5/00
A61K 38/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ЗОВНІШНЬОМУ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ

1

(21) u201003856
(22) 06.04.2010
(24) 26.07.2010
(46) 26.07.2010, Бюл.№ 14, 2010 р.
(72) ЗАПОРОЖАН ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ГА-
ЛИЧ СВІТЛАНА РОДИОНІВНА, КАЛАНЖОВА
ОЛЬГА МИХАЙЛІВНА
(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ
(57) Спосіб лікування загрози переривання вагіт-
ності при зовнішньому генітальному ендометріозі

2

шляхом використання гормонотерапії препаратами натурального прогестерону в І триместрі гестації, який **відрізняється** тим, що при нормальному рівні в крові хоріонічного гонадотропіну та прогестерону призначають інтравагінально прогестин лютеїну в дозі 100-200 мг двічі на добу, а при зниженому рівні в крові зазначених гормонів призначають перорально мікронізований прогестерон утрожестан в дозі 200-400 мг двічі на добу загальним курсом 10-14 днів.

Корисна модель належить до медицини, а саме - до акушерства та гінекології, і може бути застосована для лікування загрози переривання вагітності в І триместрі у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом.

На сучасному етапі відоме застосування прогестерону в І триместрі для лікування загрози переривання вагітності ендокринного генезу. Однак пошук адекватної гормональної підтримки у І триместрі вагітності в разі мевіношування залишається актуальною проблемою, вирішення якої включає не лише оптимальний підбір дози прогестерону, але й врахування його системної дії, співвідношення з іншими гормонами та локальний вплив на матку поряд з відсутністю ефекту первинного проходження через печінку [1].

Багатьма дослідниками прогестеронова недостатність розглядається як основний патогенетичний механізм загрози переривання вагітності на ранніх термінах гестації [2].

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод лікування загрози переривання вагітності в І триместрі гестації шляхом використання загально прийнятого комплексу: забезпечення лікувально-охоронного режиму, призначення седативних, спазмолітичних та, при необхідності, гемостатичних препаратів із залученням гормонотерапії препаратом прогестерону утрожестан у дозі 200-400 мг на добу протягом 10-20 днів [3].

Однак у зазначеному методі відсутній диференційований підхід до способу застосування прогестерону в залежності від вихідного вмісту гестагену у сироватці крові вагітної жінки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу лікування загрози переривання вагітності в І триместрі при зовнішньому генітальному ендометріозі шляхом диференційованого призначення прогестинових гормональних препаратів. Це дозволяє виключити необґрунтований тривалий системний вплив гестагену на організм вагітної, обмежити печінковий його метаболізм та сприяти максимальному накопиченню гормону в органах - мішенях при нормативних ендогенних показниках прогестерону.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, при клінічних проявах загрози переривання вагітності на тлі нормального рівня в крові хоріонічного гонадотропіну та прогестерону призначають препарат натурального прогестину лютеїну в дозі 100-200 мг на добу, тоді як при проявах невиношування на тлі зниженого рівня зазначених в крові гормонів - мікронізований прогестерон утрожестан в дозі 200-400 мг на добу загальним курсом 10-14 днів. Спосіб здійснюється наступним чином.

При наявності у пацієнтки, яка в анамнезі перенесла лікування зовнішнього генітального ендометріозу, клінічних проявів не виношування за умови нормального вмісту в сироватці крові хоріонічного гонадотропіну та прогестерону признача-

(19) **UA** (11) **51802** (13) **U**

ють щоденно інтравагінально препарат натурального прогестину лютеїну в дозі 100-200 мг двічі на добу, а на тлі зниженого вмісту в крові зазначених гормонів - щоденно перорально препарат мікронізованого прогестерону утрожестан в дозі 200-400 мг двічі на добу загальним курсом 10-14 днів.

Безпосереднє потрапляння прогестерону в орган - мішень, стійка тканинна концентрація, поетапне вивільнення в загальний кровообіг лише за потребами організму із відсутністю первинного печінкового метаболізму, дозволяють використувати саме вагінальний шлях його введення з метою лікування загрози переривання вагітності при нормальних ендогенних вихідних показниках гестагену.

При клінічному прояві загрози переривання вагітності на тлі вихідного дефіциту ендогенного рівня прогестерону в організмі очікуваний лікувальний ефект забезпечується пероральним введенням гестагену, яке швидко обумовлює, перед усім, стійку його концентрацію в крові на необхідному рівні.

Для підтвердження переваги ефективності запропонованого способу проведено порівняльний аналіз перебігу I триместру вагітності у 20 жінок, які перенесли передгравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу II та III ступеню важкості. Терапія загрози переривання вагітності препаратами лютеїну та утрожестан за заявленим способом проводилася 10 жінкам - основна група (ОГ) та за найближчим аналогом - іншим 10 жінкам - контрольна група (КГ).

Спостереження за клінічними проявами загрози переривання вагітності, на тлі гормонотерапії, показало відсутність ознак прогресування патологічного процесу в абсолютному числі спостережень. Під впливом проведеної терапії у всіх досліджуваних жінок покращувалось самопочуття, знижувався тонус матки. Клінічні прояви загрози переривання вагітності у всіх пацієнток ОГ із нормальним вмістом ендогенного прогестерону, стійко регресували вже у першу добу інтравагінального призначення прогестерону лютеїну, тоді як серед

пацієнток КГ, недефернційоване призначення утрожестану займало більш тривалий час до настання клінічного ефекту та стійкої регресії проявів загрози переривання вагітності. Пероральне призначення утрожестану жінкам ОГ із дефіцитом рівня ендогенного прогестерону в усіх випадках призвело до підвищення його показників в сироватці крові, які відповідали нормативним значенням до 12 тижнів вагітності. При цьому, стійкий клінічний ефект терапії загрози переривання вагітності утрожестаном в ОГ спостерігався наприкінці 3-ої доби від початку лікування. Диференційоване призначення препаратів прогестерону в ОГ призвело до стійкої регресії клінічних проявів загрози переривання вагітності до 12 тижнів в 9 (90,0 %) випадках. Тоді як серед пацієнток КГ зазначене ускладнення піддавалося більш симптоматичному лікуванню, про що свідчив його рецидивуючий перебіг у 7 (70,0 %) випадках.

Порівняльний аналіз запропонованого рішення з найближчим аналогом вказує, що за рахунок диференційованого призначення препаратів прогестерону в терапії загрози переривання вагітності у I триместрі на тлі зовнішнього геніального ендометріозу, вдається досить швидко досягти стійкої регресії клінічних проявів невиношування, запобігти необґрунтованому тривалому системному впливу гестагена на організм вагітної та виключити його метаболізм у печінці.

Джерела інформації:

1. Макачук О.М. Оптимізація гормональної підтримки в разі невиношування вагітності в ранні терміни гестації / О.М. Макачук, Н.Г. Яцишин // Здоров'я жінки. - 2009. - № 3 (39). - С.87-89.

2. Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием / Л. В. Потапова, О.П. Липко, Н.Г. Грищенко, И.Н. Щербина, // Врачебная практика. - 2006. - № 2. - С.84-86.

3. Корнацька А.Г. Досвід застосування утрожестану при зазрозі переривання вагітності / А.Г. Корнацька, І.Б. Вовк, О.Ю. Борисюк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2002. - №2. - С. 123-125.