



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16413 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 36/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕСТОЗІВ ВАГІТНИХ

1

2

(21) u200600377

(22) 16.01.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. №8, 2006р.

(72) Сімрок Василь Васильович, Наталенко Дмитро Вікторович

(73) Сімрок Василь Васильович, Наталенко Дмитро Вікторович

(57) Спосіб лікування гестозів вагітних, що супроводжуються метаболічними порушеннями, що включає введення допоміжних препаратів, який **відрізняється** тим, що як допоміжний препарат використовують концентрат поліфенолів винограду Еноант, концентрат призначають усередину по 25мл три рази на добу, розбавивши водою або соком, протягом 15-20 днів.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до рішення питань лікарської профілактики і лікування концентратом поліфенолів винограду ЕНОАНТ метаболічних порушень при гестозах вагітних. Проблема гестозів вагітності на сьогодні дуже актуальна, бо їх частота не має тенденції до зниження [3].

Гестоз - це патологічний стан, який виникає тільки під час вагітності, призводить до ускладненням вагітності як з боку матері, так і з боку плода, частіше закінчується після пологів. Гестоз не самостійне захворювання - це клінічний прояв нездатності адаптаційних механізмів жіночого організму адекватно забезпечити потреби плоду, що розвивається [4].

Гестози першої половини вагітності на патогенетичному рівні супроводжуються розвитком синдрому ендогенної ("метаболічної") інтоксикації, лабораторним критерієм якого є підвищений рівень "середніх молекул". З другого боку, нами впродовж кількох років досліджувався також стан перекисного окислення ліпідів у вагітних даного профілю і його взаємозв'язок з вираженістю "метаболічної" інтоксикації [2].

Виявлені порушення часто передують клінічним проявам метаболічних порушень, і вказують на наявність окислювального стресу в організмі жінки при поєднанні гестоза і метаболічних порушень [8]. У цих жінок знайдене збільшення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів низької густини, тригліцеридів сироватки крові. Відбувається порушення окислювальне - антиоксидантної рівноваги із збільшенням утворення продуктів перекисного окислення ліпідів - дієнових кон'югат та інтен-

сивності біохімілюмінесценції, спостерігається виснаження основних компонентів антиоксидантної системи організму вагітної - активності каталази та супероксидмутази. [8]

Особливо гостро дана проблема стоїть у жінок з наявністю екстрагенітальної патології, що супроводжується метаболічними розладами (ожиріння, хронічна патологія гепатобіліарної системи, панкреатит, цукровий діабет та інш.) [5, 6, 7]

Клінічний досвід свідчить, що загальноприйняте лікування вагітних з ранніми гестозами не завжди має добрий результат, і у значній кількості жінок, які перенесли ранній гестоз, у подальшому виникають пізні гестози з несприятливим впливом на стан фетоплацентарного комплексу та здоров'я матері взагалі [1]. Відомий спосіб лікування ранніх гестозів, який передбачає включення в комплексну терапію раннього гестоза антиоксиданта α -токоферолу у вигляді 30% масляного розчину по 1мл внутрішньом'язово, або в капсулах по 1 на добу. Цей спосіб більш ефективний із існуючих, як антиоксидантний, тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відносяться збереження у частини вагітних з гестозами зсувів у системі перекисного окислення ліпідів та системі антиоксидантного захисту, що обумовлює подальший розвиток гестоза, знижує якість лікування гестозів в цілому.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності існуючого способу лікування ранніх гестозів у жінок з метаболічними порушеннями шляхом додаткового застосування Еноанта, який є харчовим концентратом поліфенолів винограду. У харчово-

(19) UA (11) 16413 (13) U

му концентраті Еноант присутня вся гамма флаваноїдної та нефлаваноїдної груп поліфенолів винограду, а також мікроелементи: цинк, мідь, залізо, марганець і багато інших. Завдяки цьому забезпечується комплексна біологічна активність Еноанта - антибактеріальна, антивірусна, Р - вітамінна, антиоксидантна. У цьому продукті всі поліфеноли знаходяться в біодоступному розчиненому вигляді.

При розробці запропонованого способу лікування гестозів у жінок з метаболічними порушеннями під нашим спостереженням знаходилось 52 вагітних жінки у віці від 18 до 34 років в першому триместрі вагітності зі встановленим діагнозом ранній гестоз вагітних (блювота вагітних I-II ст).

Всі обстежені вагітні були розділені на дві групи, рандомізовані по віку, паритету і вираженості проявів раннього гестозу вагітних. Пацієнтки основної групи (26) в комплексі лікування додатково одержували еноант по 25мл три рази на добу, розбавивши концентрат водою або соком. Курс прийому продовжувався 15-20 днів. Вагітні групи зіставлення (26) лікувалися тільки з використанням загальноприйнятих препаратів.

Для оцінки виразності синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ) у обстежених вагітних визначали концентрації СМ в сироватці крові [В.В.Миколайчик і соавт., 1991]. Активність ПОЛ оцінювали по рівню проміжних (дієнові кон'югати - ДК) і кінцевих метаболітів (малоновий діальдегід - МДА) [9].

В результаті проведених досліджень встановлено, що у вагітних з раннім гестозом обох груп до початку лікування мало місце підвищення рівня СМ в сироватці крові (в середньому до $1,58 \pm 0,27$ г/л в основній і $1,56 \pm 0,35$ г/л в групі зіставлення при нормі $0,67 \pm 0,05$ г/л; $P < 0,01$), що вказувало на наявність СМІ у вагітних даного профілю. Разом з цим відмічене підвищення вмісту в крові МДА (в середньому до $10,6 \pm 1,2$ ммоль/л в основній і $11,2 \pm 1,7$ ммоль/л в групі зіставлення при нормі $5,2 \pm 0,5$ г/л; $P < 0,01$) і ДК (до $16,7 \pm 3,2$ ммоль/л і $16,2 \pm 2,9$ ммоль/л в основній та групі зіставлення відповідно при нормі $9,4 \pm 2,2$ ммоль/л; $P < 0,01$). Індивідуальний аналіз показав, що більш виражені зрушення з боку вивчених показників відмічені у вагітних з блювотою другого ступеня і наявністю супутньої соматичної патології, переважно патології гепатобіліарної зони і дигестивної системи.

Повторне лабораторне обстеження показало, що у вагітних групи зіставлення, які одержували загальноприйняте лікування ранніх гестозів вагітних, вивчені біохімічні показники на $9,8 \pm 1,7$ дня довше залишалися на патологічному рівні, тоді як в основній групі вже до кінця першого тижня лікування гестоза з використанням еноанта відмічена чітко виражена їх позитивна динаміка. Так, якщо в групі зіставлення на 10-й день від початку лікування гестоза у 18 з 26 вагітних рівень СМ складав в середньому $0,98 \pm 0,02$ г/л, достовірно перевищуючи норму, то в основній групі у 22 з 26 пацієнток до цього терміну значення даного показника дорівнювало в середньому $0,58 \pm 0,01$ г/л ($P < 0,01$ щодо показника групи зіставлення). Аналогічна динаміка відмічена і щодо рівня МДА і ДК. Так, через 10 днів від початку лікування вміст МДА в основній групі у переважного числа вагітних з раннім гестозом на

фоні лікування з включенням еноанта складав $6,8 \pm 1,2$ ммоль/л (при середньоарифметичному показнику по групі зіставлення $8,8 \pm 1,5$ г/л; $P < 0,05$), а концентрація ДК - $10,2 \pm 2,4$ ммоль/л і $15,1 \pm 2,2$ ммоль/л ($P < 0,05$). При цьому у 17 з 26 вагітних основної групи вже до кінця першого тижня прийому запропонованого препарату мало місце нормалізація вивчених біохімічних показників, тоді як у 22 з 26 вагітних групи зіставлення навіть на фоні значного поліпшення загального самопочуття на 14-й день загальноприйнятого лікування рівень СМ залишався на підвищеному рівні (складаючи в середньому $0,76 \pm 0,03$ г/л), що вказувало на збереження ознак СМІ.

У основній групі, вагітні якої додатково одержували еноант, відмічене швидше (на $6,7 \pm 1,5$ дня) поліпшення загального самопочуття і зникнення нездужання. Блювота зникла вже на 3-5-й день від початку лікування із застосуванням еноанта, нормалізація апетиту відмічена на 5-6-й день, поліпшення сну - на 3-4-й день від початку лікування. У основній групі ні в одному випадку не перервано вагітності за медичними показаннями, тоді як в групі зіставлення такий аборт виконаний однієї вагітній, у якої на фоні інтенсивної терапії раннього гестоза вагітних відмічено його неухильне прогресування.

Висновки: таким чином, можна відзначити, що включення еноанта в комплексну терапію ранніх гестозів вагітності сприяє швидшому і повноціннішому зниженню вираженості СМІ і активності ПОЛ, що в клінічному аспекті поєднується з швидшого нормалізацією загального самопочуття таких вагітних і зникненню у них симптомів гестозу, тим самим створюючи сприятливі умови для розвитку плоду.

Аналоги винаходу:

1. Симрок В.В., Наталенко Д.В. «Вплив глутаргіну на показники перикисного окислення ліпідів та стан системи антиоксидантного захисту у вагітних з ранніми гестозами». // Проблемы экологической, медицинской генетики и иммунологии: 36. науч. работ - Киев, Луганск, Харьков, 2003, - Вип.5(51) - с.315-323.

2. Симрок В.В., Наталенко Д.В. // Влияние Эноанта на уровень «метаболической» интоксикации и перекисное окисление липидов в комплексе лечения беременных с ранними гестозами.

3. Паєнок В.О. До питання ранніх гестозів вагітних // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1997. - №2. - С.68-69.

4. Медицинская библиотека сервера MedLinks_Ru - Гестозы.htm.

5. Диагностика и лечение заболеваний печени у беременных: Метод. рекомендации // Под ред. В.Т.Германова, В.М.Фролова, Е.Т.Михайличенко. - Луганск, 1991. - с.26.

6. О.П.Танько, В.В.Котлик, А.И.Довгаль Нарушения микрогемодинамики в маточном и печеночном бассейнах у беременных с хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1999. - №5. - С.81-83.

7. Шехтман М.М. руководство по экстрагени-
тальной патологии у беременных. - М.: Изд-во
«Триада-Х», 1999. - 815с.

8. Симрок В.В., Наталенко Д.В., Удовика Н.А.
«Состояние перекисного окисления липидов и
основных компонентов антиоксидантной системы
при гестозах на фоне метаболических наруше-

ний». \ Материалы VII международной научно-
практической конференции «Наука і освіта 2004».

9. Чевари С., Андял Т., Штрэнгер Я. Опреде-
ление антиоксидантных параметров крови и их
диагностическое значение // Лаборат. дело. - 1991.
-№10. -С.9-13.