



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17059 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

1

2

(21) u200601766

(22) 20.02.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Кудінова Вікторія Володимирівна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування загрози невиношування вагітності, ускладненої плацентарною недостатністю, який включає комплексне медикаментозне лікування, який **відрізняється** тим, що медикаментозне лікування включає послідовне використання двох комплексів, перший комплекс містить кокарбоксілазу - 100 мг в/м один раз на день, рибофла-

він мононуклеотид - 1% по 1,0 в/м, пантотенат кальцію - 0,2 г 3 рази на день, ліпосву кислоту - 0,025 г 3 рази на день, α -токоферол ацетат - по 1 капсулі 2 рази на день, другий комплекс містить рибоксин - 0,2 г 3 рази на день, піридоксальфосфат - 0,02 г 3 рази на день, фолієву кислоту - 0,001 г 3 рази на день, гліцерофосфат кальцію 0,25 г 3 рази на день, оротат калію - 0,25 г 3 рази на день, кожен комплекс застосовують протягом 5-7 днів, причому метаболічні комплекси рекомендуються застосовувати послідовно 10-14 днів з інтервалом 2-3 тижні.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до акушерства та гінекології, і призначена для профілактики невиношування вагітності, яке відбувається на тлі плацентарної недостатності, що формується.

Незважаючи на різноманіття причин невиношування, переривання вагітності при цьому реалізується у всіх випадках через порушення механізмів, що забезпечують нормальний ембріо- і фетогенез. Невиношування вагітності вважається одним з основних патогенетичних варіантів плацентарної недостатності, приводячи до гіпоксії і затримки внутрішньоутробного розвитку плода. За даними літератури частота плацентарної недостатності жінок, які страждають невиношуванням вагітності, коливається в межах 47-77%.

Відомим є спосіб, при якому рекомендують жінкам із високим ризиком розвитку плацентарної недостатності проводити тричі за вагітність курси профілактичного лікування: у терміни до 12 тижнів, у 20-22 тижні і 30-32 тижня вагітності [Савельєва Г.М. Плацентарная недостаточность.// М.: Медицина. - 1991. - С. 136].

Найважливішою ланкою профілактики ПН при невиношуванні вагітності є раціональна і комплексна реабілітаційна терапія поза вагітністю, спрямована на оптимізацію гормональних взаємозв'яз-

ків у ланцюзі гіпоталамус-гіпофіз-кора надниркових залоз-яєчники, стимуляцію проліферативно-секреторних змін в ендометрії, санацію осередку інфекції і т.д. з метою забезпечення більш сприятливих умов для імплантації зародка й розвитку трофобласта. Лікування ПН повинне починатися з усунення або зменшення негативного впливу на структуру й функції плаценти основної акушерської чи екстрагенітальної патології, що з'явилася провідною причиною плацентарної недостатності.

Відомим є спосіб профілактики невиношування вагітності з включенням токолітичних препаратів, а саме, препаратів магнію, блокаторів кальцієвих каналів та спазмолітиків [Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов. - СПб., 2003. - С. 70-77]. Недоліком даного способу є недостатня ефективність профілактики. Використання зазначених препаратів обмежується їх побічними ефектами на матір та плід.

При проведенні терапії варто виходити з уявлення про генез ПН у кожному окремому випадку. Так при порушенні матково-плацентарного кровообігу переважно в зоні великих судин матки краще призначення дезагрегантів (курантил, теонікол, трентал і ін.), а при порушеннях у зоні міжворсинчатого простору показане застосування антикоагулянтів (гепаринів).

(19) UA (11) 17059 (13) U

Відомим є спосіб лікування, при якому пропонують використовувати в якості препаратів, що поліпшують процеси мікроциркуляції та метаболічні процеси: інтенкордин, унітіол і етімізол [Тарховський М.Л., Ціпкин А.Г. Фармакотерапия гипоксических состояний плода и новорожденного// Вопр. Охрані мат и реб. - 1982. - №3. - С. 55-58].

Зазначені способи лікування не впливають на функції циклу Кребса та резервного стимулятора α -гліцерофосфатного шунта, які свідчать про наявність глибоких порушень біоенергетики гіпоксичного характеру у вагітних з невиношуванням вагітності, що характеризує функціональний стан лімфоцитів - клітин з аеробним типом обміну. Дослідження показують, що розвиткові плацентарної недостатності передують депресія аеробного обміну у вигляді порушення клітинного і тканинного обміну речовин.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб лікування невиношування вагітності з плацентарною недостатністю, при якому фармакологічна корекція, спрямована на нормалізацію метаболічних порушень у плаценті. У цьому аспекті [Радзинський В.Е. Биохимия плацентарной недостаточности. - М.: Изд-во РУДН. - 2001. - С. 117] пропонують застосування модифікаторів обміну ЦАМФ (метілксантини, трентал, еуфілін), активатори біосинтезу білка (фенобарбітал і естрадіол дигідрогенат), антиоксиданти (вітамін С, есенціал).

Спосіб не створює достатнього резерву ендогенних макроенергетичних з'єднань, необхідних для стійкого покращення метаболізму циклу Кребса.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування невиношування вагітності, ускладненої плацентарною недостатністю, в якому за рахунок зміни характеру лікування, досягається проникність клітинних мембран, покращення метаболізму циклу Кребса, за рахунок чого нормалізується стан плаценти.

Поставлена задача вирішується в способу лікування загрози невиношування вагітності, ускладненої плацентарною недостатністю, який включає комплексне медикаментозне лікування, згідно з корисною моделлю, медикаментозне лікування включає два комплекси, перший комплекс містить кокарбоксилазу - 100мг в/м один раз на день; рибофлавін мононуклеотид - 1% по 1,0в/м; пантотенат кальцію - 0,2г 3 рази на день; ліпоєву кислоту - 0,025г 3 рази на день; α -токоферол ацетат - по 1 капсулі 2 рази на день; другий комплекс: рибоксин - 0,2г 3 рази на день; піридоксальфосфат - 0,02г 3 рази на день; фолієва кислота - 0,001г 3 рази на день; гліцерофосфат кальцію 0,25г 3 рази на день; оротат калію - 0,25г 3 рази на день, кожен комплекс застосовують протягом 5-7 днів, причому метаболічні комплекси застосовують послідовно 10-14 днів з інтервалом 2-3 тижні.

Найбільші труднощі виникають при лікуванні первинної плацентарної недостатності, що розвивається протягом I триместру вагітності. Основою проведених заходів повинне з'явитися створення оптимальних умов для формування й розвитку плаценти. У цьому плані перспективним є вклю-

чення в комплекс лікувально-профілактичних заходів засобів (препаратів), оптимізуючих внутрішньоклітинний обмін, що поліпшують проникність клітинних мембран і впливають тим самим на метаболізм плаценти, що формується.

Склад патогенетичного лікування загрози невиношування й ускладнення її плацентарною недостатністю, визначається станом вагітної, ступенем виразності симптоматики і ступенем зміни лабораторно-функціональних параметрів.

Експериментальні дослідження, проведені нами, доводять ефективність застосування метаболічної корекції (МК). У зв'язку з чим застосовують курси МК, які поділили на два комплекси препаратів метаболічної дії. До першого комплексу увійшли препарати кофактори і субстрати основної ланки метаболізму циклу Кребса: тіамінофосфат, ліпоєва кислота, кальцію пантотенат, рибофлавін мононуклеотид, α -токоферол-ацетат. Розлади тканинної біоенергетики, як правило, обумовлюють порушення процесів анаболізму, тому використання активаторів циклу Кребса більш ефективно в сполученні з наступним призначенням стимуляторів біосинтетичних процесів: рибоксину, оротату калію, піридоксальфосфату, фолієвої кислоти, гліцерофосфату кальцію, карнітину. Перераховані речовини склали другий комплекс препаратів. Необхідність послідовного застосування обох комплексів обумовлена тим, що клінічна ефективність препаратів анаболічної дії II комплексу підвищується при достатньому резерві ендогенних макроенергетичних з'єднань, продукція яких зростає при посиленні функції циклу Кребса (дія препаратів I комплексу).

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

При загрозі невиношування вагітності призначають комплексне лікування, яке містить використання двох медикаментозних комплексів.

Перший комплекс: кокарбоксилаза - 100мг в/м один раз на день; рибофлавін мононуклеотид - 1% по 1,0в/м; пантотенат кальцію - 0,2г 3 рази на день; ліпоєва кислота - 0,025г 3 рази на день; α -токоферол ацетат - по 1 капсулі 2 рази на день.

Другий комплекс: рибоксин - 0,2г 3 рази на день; піридоксальфосфат - 0,02г 3 рази на день; фолієва кислота - 0,001г 3 рази на день; гліцерофосфат кальцію 0,25г 3 рази на день; оротат калію - 0,25г 3 рази на день.

Кожен комплекс застосовують протягом 5-7 днів, причому метаболічні комплекси рекомендують застосовувати послідовно 10-14 днів з інтервалом 2-3 тижні.

Ефективність метаболічної корекції багато в чому визначається строками початку її застосування.

Всім жінкам і немовлятам проводили загальноприйняті клініко-лабораторні обстеження.

Активність сукцинатдегідрогенази і α -гліцерофосфатдегідрогенази визначали кількісним цитохімічним методом. Для цитохімічного дослідження брали мазки крові з пальця.

Приклад 1. Пацієнтка Х. 37 років, професійна зайнятість службовка. Група крові 0(I), Rh позитивна

Діагноз: Вагітність 7-8 тижнів, звичне невиношування вагітності ускладнення - плацентарна недостатність.

Анамнез життя: з дитинства по теперішній час відзначає гострі респіраторні захворювання, хронічний тонзиліт.

Гінекологічний анамнез: відзначає порушення менструальної функції, перші місячні в 15 років, менструальний цикл установився через рік, інтенсивність кровотеч нормальна. Гінекологічних захворювань не було.

Акушерський анамнез: повторно вагітна, інтервал між попередньою і даною вагітністю менш двох років, термін переривання попередньої вагітності 7-8 тижнів. Всього 3 мимовільних аборти (в анамнезі діагноз звичне невиношування вагітності, плацентарна недостатність).

Скарги при надходженні в стаціонар на болі внизу живота, поперекової області.

З метою профілактики загрози переривання вагітності проводили курси метаболічної корекції. Вагітність закінчилась своєчасними пологоми, стан дитини оцінювали за шкалою Апгар, дитина була здорова, маса 3000г.

Приклад 2. Пацієнтка Х. 38 років, професійна зайнятість службовка. Група крові A(II), Rh позитивна.

Діагноз: Вагітність 8 тижнів, загроза переривання. Гірутизм.

Анамнез життя: з дитинства по теперішній час відзначає гострі респіраторні захворювання.

Гінекологічний анамнез: відзначає порушення менструальної функції, перші місячні в 14 років, менструальний цикл установився відразу, інтенсивність кровотеч мала. Гінекологічних захворювань не було.

Акушерський анамнез: повторно вагітна, пологи 1 своєчасні, стан немовляти задовільний, маса немовляти 3000,0г.

Але останній час мала 3 мимовільних аборти (в анамнезі діагноз звичне невиношування вагітності), інтервал між попередньою і даною вагітністю менш двох років, термін переривання попередньої вагітності 7-8 тижнів.

Скарги при надходженні в стаціонар на болі внизу живота, поперекової області.

З метою профілактики загрози переривання вагітності проводили курси метаболічної корекції.

Вагітність закінчилась своєчасними пологоми, стан дитини оцінювали за шкалою Апгар, дитина народилася здорова, маса 3,200г.

Таким чином, запропонований спосіб лікування невиношування вагітності, яка проходить на тлі плацентарної недостатності, який базується на використанні метаболічної терапії, є ефективним, безпечним, неінвазивним способом лікування, який добре переноситься вагітними.