



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33917 (13) A

(51) 6 A61K31/195

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

(21) 99042422

(22) 28.04.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Левенець Софія Олександрівна, Диннік Вікторія Олександрівна

(73) Український науково-дослідний інститут охорони здоров'я дітей і підлітків

(57) 1. Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч шляхом застосування утеротонічних і кровоспинних заходів **відрізняється** тим, що додатково вживають мефенамінову кислоту.2. Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч по п. 1 **відрізняється** тим, що мефенамінову кислоту вживають за схемою: 0,5 мг 4 рази на день до моменту досягнення гемостазу.

Винахід відноситься до медицини, а саме до гінекології, і може бути використаний для лікування ювенільних маткових кровотеч.

У структурі гінекологічних захворювань у підлітковому віці ця патологія складає 10-20% і нерідко супроводжується анемізацією організму, що й зумовлює важливість проблеми своєчасного лікування ювенільних маткових кровотеч.

Відомий гормональний спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч, який полягає у циклічному застосуванні натуральних естрогенів або синтетичних естроген-гестагенних препаратів (Аналог: Кобозева І.В., Куценко М.І., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. - М.: 1988. - С. 296).

Однак призначення гормональних препаратів у підлітковому віці є небажаним, тому що супроводжується багатьма побічними явищами.

Найбільш близьким за технічною суттю способу, що заявляється, є симптоматичний спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч, який включає застосування утеротонічних кровоспинних заходів, а саме введення хворій у період кровотечі 10%-ного розчину кальцію хлориду внутрішньовенне або перорально, катарніну хлориду по 0,05 г 2-3 рази на добу, пітіутрину по 1,0 мл внутрішньом'язово двічі на день.

Більш швидкому досягненню гемостазу сприяє додаткове введення АТФ, кокарбоксилази, вітамінів групи В та аскорбінової кислоти (Прототип: "Патология полового развития девочек и девушек". - К., 1980. - С. 55-92). Недоліком цього способу є недостатня його ефективність, особливо при рецидивуючих ювенільних маткових кровотечениях.

Задачею винаходу є створення такого способу лікування ювенільних маткових кровотеч, при яко-

му застосування лікарського препарату негормональної природи сприяло б підвищенню його ефективності, скороченню строків досягнення гемостазу.

Часте виникнення дисфункціональних кровотеч під час статевого дозрівання можна пояснити особливою вразливістю систем: гіпоталамус-гіпофіз-яєчник-матка у цей період різними змінами у системі гемостазу.

Відомо, що підвищений рівень біологічного моноаміну серотоніну в крові, що чинить інгібуючу дію на гонадотропну функцію гіпофізу, пригнічуючи виділення гіпоталамічного люліберину.

Таким чином, дана задача може бути вирішена шляхом використання для лікування ювенільних маткових кровотеч негормонального лікарського препарату мефенамінової кислоти, який впливає на стабілізацію мембран еритроцитів та проникність судин і має антисеротонінову активність.

Відомо застосування мефенамінової кислоти у дітей і підлітків при лікуванні запальних хвороб, при системних захворюваннях сполучної тканини.

Даних про використання мефенамінової кислоти у дітей і підлітків для лікування ювенільних маткових кровотеч у доступних авторам джерелах наукової медичної та патентної інформації не виявлено.

Спосіб лікування здійснюють таким чином: на фоні вживання утеротонічних (окситацин, пітіутрин, гіфотацин) та кровоспинних лікарських препаратів (ліцинон, етамзилат натрію, епсилон амінокапронова кислота, ПАМБА) застосовують мефенамінову кислоту по 0,5 мг 4 рази на день до моменту досягнення гемостазу.

Приклад 1. Хвора В., 15 років 10 місяців (історія хвороби № 2641) госпіталізовано у відділення гінекології зі скаргами на кров'яністі виділення із

(19) UA (11) 33917 (13) A

статевих шляхів протягом двох місяців, що почалися у строк менструації, загальну слабкість. Із анамнезу хвороби: менархе у 14 років 5 місяців, менструальний цикл не встановлений: місячні по 6-7 днів, рясні.

Об'єктивно: дівчинка середнього зросту, трохи зниженого харчування. Шкіряні покрови чисті, блідо-рожевого кольору. Статевий розвиток співвідноситься з віком $A_3 P_3 Ma_3 Me_2$. Гінекологічний статус без особливостей. Аномалій збоку побудови зовнішніх статевих органів не виявлено. Виділення із статевих шляхів яскраво-червоного кольору в помірній кількості.

За даними ультразвукового дослідження органів малого тазу: розміри матки 44x25x42 мм, ендометрій виражений слабо, акустичний малюнок міометрію однорідний. Розміри яєчників: правий 34x24 мм, лівий 35x22 мм, обидва яєчники звичайної ехоструктури.

Дані кольпоцитологічних досліджень свідчать про виражену гіпоестрогенію (поверхневі клітини - 36%, проміжні - 61%, КПІ0). Вміст гемоглобіну в периферичній крові 125 г/л. Рівень 17-кортикостероїдів (17-КС) в добовій сечі складає 20,1 мкмоль/добу. Пролактин крові (ПРЛ) 262 мкмоль/мл, естрадіол 0,1 мг/мл, тестостерон 2,9 мг/мл, кортизол 163 мг/мл.

Діагноз: ювенільна маткова кровотеча.

Було призначено лікування: окситоцин 5 од - в/м, атамзилат натрію 2,0 в/м. вітаміни В1 та В6 по 1,0 а/м. мефенамінова кислота по 0,5 мг 4 рази на день. Після двох днів вживання мефенамінової кислоти був досягнений гемостаз.

Приклад 2. Хвора 3., 15 років 7 міс. (історія хвороби № 41) госпіталізовано у відділення гінекології зі скаргами на кров'янисті виділення із стате-

вих шляхів протягом 4-х місяців, загальну слабкість.

Із анамнезу хвороби: перша менструація мала місце у віці 12 років 9 місяців, менструальний цикл не встановлений. Менструації тривалі, рясні. Двічі знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу ювенільної маткової кровотечі, гемостаз досягнутий призначенням гормональних препаратів (нон-овлон. рігевідон). Ювенільні маткові кровотечі чергувалися з аменореєю.

Об'єктивно: середнього зросту, задовільного харчування, Шкіряні покрови чисті, слизові блідо-рожевого кольору. Статевий розвиток відповідний віку: $A_3 P_3 Ma_3 Me_2$.

Гінекологічний статус без особливостей, морфогенез зовнішніх статевих органів не порушений. Із статевих шляхів - кров'янисті виділення.

За даними ультразвукового дослідження органів малого тазу: розміри матки 47x30x47 мм, товщина ендометрію 17 мм, акустичний малюнок міометрію не змінений. Розміри яєчників: правий 33x23 мм, лівий 32x23 мм, ехоструктура обох яєчників без змін.

За даними кольпоцитологічного дослідження: виражена гіпоестрогенія (поверхневі клітини - 40%, проміжні - 60%. КПІ - 0%).

Вміст гемоглобіну в крові 124 г/л. Рівень тропічних та статевих гормонів в крові: ЛГ - 11,88; ФСГ - 10,23, ПРЛ 635 мкмоль/мл, тестостерон 8,6 мг/мл, естрадіол - 0,1 нг/мл, кортизол - 353 нг/мл.

Діагноз: рецидивуюча маткова кровотеча.

Була призначена комплексна терапія: окситоцин по 5 од в/м, вітамін Е по 100 мг через день, мефенамінова кислота 0,5 мг 4 рази на день. Гемостаз настав на 3-й день вживання мефенамінової кислоти.

Ефективність способу лікування ЮМК.

Спосіб лікування	Кількість хворих	Ефективність
Прототип	113	42,5 %
Спосіб лікування ЮМК шляхом застосування мефенамінової кислоти	56	85,8 % (зупинка кровотечі на 2 – 6 добу)

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22