



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 59677

(13) A

(51) 7 A61K31/715

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ ГЕСТОЗІВ

1

2

(21) 2002119087

(22) 15 11 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Товстановська Валентина Олександрівна,
Вітовський Ярослав Мирославович, Гужевська
Ірина Віталіївна, Щуревська Оксана Дмитрівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування пізніх гестозів, що включає стандартну комплексну терапію та призначення синтетичного колоїду Рефортану в дозі 10 мг/кг маси тіла внутрішньовенно крапельно, який відрізняється тим, що Рефортан призначають диференційовано в залежності від ступеня тяжкості гестозу наступним чином: при прееклампсії легкого ступеня протягом 3 днів, при прееклампсії середнього ступеня - 5 днів і при прееклампсії важкого ступеня - 7 днів.

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до акушерства та гінекології, і призначений для лікування пізніх гестозів (ПГ).

Пізними гестозами вагітних прийнято називати ряд патологічних проявів, які найчастіше розвиваються в другій половині вагітності і характеризуються порушеннями діяльності судинної та нервової систем, зміною функції нирок, печінки і обміну речовин.

Не дивлячись на існування різноманітних схем лікування пізніх гестозів, частота перинатальної захворюваності при даній патології не задовольняє клініцистів і залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної перинатології, знаходячись в межах від 4,2 до 36,6%. Арсенал наявних методів лікування даної патології досить великий, але їх ефективність незначна. Це пов'язано з тим, що в більшості випадків терапія спрямовується на окремі ланки патогенезу і не враховує всього комплексу патологічних змін в організмі вагітної: порушення мікроциркуляції, диспротеїнемію, гіповолемію, хронічний синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) та ін. Медикаментозна терапія розрахована на тривалий термін (не менше 3 тижнів) з повторними курсами після двотижневої перерви, іноді безперервне лікування триває 8 тижнів. Тобто, наявні засоби не забезпечують радикальних результатів (частота перинатальної захворюваності і смертності практично не змінюється), що обумовлює необхідність подальшого пошуку розв'язання даної проблеми.

Так, відомий спосіб лікування ПГ з застосуванням в комплексній терапії седативних препаратів (новопасит 1 ч/ложка 3 рази на добу), спазмолітиків (но-шпа 2мл в/м, папаверину гідрохлорид 1% - 2мл в/м), гіпотензивних препаратів (25% розчин сірчано-кислого магніє - 20мл в/в), судиннорозширюючих препаратів (еуфілін 2,4% - 10мл в/в), препаратів, які покращують реологію (курантил 25мг - 3р/добу, трентал 0,2г - 3р/добу) ліпосомального препарату "ліпіну", який має антиокислювальні та антиоксидантні властивості, по 25-30мг/кг в/в в 200мл 0,9% розчину NaCl двічі на добу протягом 7-10 днів [1]. Проте використання даного способу лікування ПГ має певні недоліки: практично не змінюється частота перинатальних ускладнень, зокрема асфіксії в пологах. Крім того, під час лікування антиоксиданти в деяких випадках можуть виконувати функцію прооксидантів і ще істотніше погіршувати ситуацію.

Відомий також спосіб лікування ПГ з використанням в комплексній терапії (див. вище) препарату Хофтол по 2 капсули 3 рази на добу протягом 20 днів з повторними курсами через місяць [2]. Даний препарат має гепатопротекторні і антиоксидантні властивості, але його застосування має скоріше профілактичну, аніж терапевтичну дію. Його використання не знижує частоту перинатальної захворюваності і, можливо, реально впливає лише на матково-плацентарний кровообіг, попереджуючи тільки клінічні прояви у матері.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб лікування ПГ шляхом поєднання комплексної терапії з корекцією гіповолемії препаратом гідрокси-

(13) A

(11) 59677

(19) UA

етильованого крохмалю - Рефортаном в дозі 10мг/кг/добу і концентрованими розчинами вуглеводів в дозі 5мг/кг/добу протягом 5 діб [3] Рефортан відноситься до нового класу плазмозамінників, які дають мінімальну кількість побічних реакцій. Він є ідеальним інфузійним середовищем для корекції гіповолемії, гемореологічних порушень і колоїдно-осмотичної недостатності при пізніх гестозах. Недоліком даної схеми лікування ПГ є все ще висока частота перинатальної захворюваності, що можна пояснити неврахуванням ступеня тяжкості пізнього гестозу. Термін лікування повинен бути різним при різних ступенях тяжкості. Адже при однаковій тривалості курсу лікування при легкому перебігу ПГ можуть виникнути негативні реакції на препарат: гемо- і плазмодилуція, зниження концентрації прокоагулянтів, в той час як при важкому перебігу така тривалість може бути недостатньою і просто не дати позитивного клінічного ефекту.

Задача, яку вирішує спосіб лікування ПГ, що заявляється, полягає в покращанні стану новонароджених за рахунок оптимізації призначення інфузійно-трансфузійної терапії в комплексному лікуванні даної патології залежно від ступеня тяжкості ПГ.

Технічний результат буде полягати в зниженні перинатальної захворюваності завдяки стабілізації порушень фетоплацентарного комплексу при пізніх гестозах і підтриманні компенсаторно-приспосувальних механізмів організму вагітної на рівні, який дозволяє пролонгувати вагітність до можливого оптимального терміну пологів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування пізніх гестозів, що включає стандартну комплексну терапію та призначення синтетичного колоїду - Рефортану в дозі 10мг/кг маси тіла внутрішньовенне крапельне, згідно винаходу, Рефортан призначають диференційовано в залежності від ступеня тяжкості гестозу наступним чином: при прееклампсії легкого ступеня протягом 3 днів, при прееклампсії середнього ступеню - 5 днів і при прееклампсії важкого ступеня - 7 днів.

Відмінною особливістю способу лікування пізніх гестозів, що заявляється, є диференційоване призначення синтетичного колоїду Рефортану в залежності від ступеня тяжкості гестозу, а саме: при прееклампсії легкого ступеня протягом 3 днів, при прееклампсії середнього ступеню - 5 днів і при прееклампсії важкого ступеня - 7 днів. Це оптимізує лікування пізніх гестозів різного ступеня тяжкості і дозволяє адекватно скоригувати гіповолемію та гемореологічні розлади, покращити матково-плацентарний кровоток і, як наслідок, значно знизити перинатальну захворюваність та отримати більш життєздатних новонароджених. За доступними літературними даними такий спосіб лікування пізніх гестозів у вагітних невідомий.

Спосіб лікування пізніх гестозів у вагітних здійснюється наступним чином. Спочатку встановлюють ступінь тяжкості гестозу. При цьому виділяють 3 ступені тяжкості пізніх ПГ: прееклампсію легкого (у вагітних спостерігаються невеликі набряки, підвищення артеріального тиску на 25-30%, але не вище 150 мм рт.ст., наявність білку в сечі до 1г/л), середнього (тиск в межах 150-170мм рт.ст., білок в сечі >1г/л, набряки більш ви-

ражені, особливо нижніх кінцівок та передньої черевної стінки) і важкого ступеня (АТ > 170/100, білок в сечі >3 г/л, анасарка).

Всім вагітним призначають в комплексній терапії седативні препарати (новопасит 1 ч/ложка 3 рази на добу), спазмолітики - но-шпа 2мл в/м, папаверину гідрохлорид 1% - 2мл в/м, гіпотензивні препарати (25% розчин сірчаної кислоти магнєзії - 20мл в/в), судиннорозширюючі препарати (еуфілін 2,4% - 10мл в/в), препарати, які покращують реологію (курантил 25мг - 3р/добу, трентал 0,2г - 3р/добу), вітаміни, а для корекції гіповолемії - препарат гідроксietильованого крохмалю Рефортан в залежності від ступеня тяжкості ПГ.

Рефортан вводять внутрішньовенно крапельне в дозі 10 мг/кг/добу протягом 3 днів при прееклампсії легкого ступеня, 5днів - при прееклампсії середнього ступеня і 7днів при прееклампсії важкого ступеня. Саме в ці терміни спостерігається поступове зниження артеріального тиску, збільшується діурез, зменшуються або повністю зникають набряки, покращується кровообіг в маткових артеріях і артеріях пуповини у більшості вагітних з пізніми гестозами. Конкретні приклади вилічення.

Приклад 1. Вагітна Д., іст. хв. №3078, знаходилась в клініці з 1 по 12.12.01 з діагнозом: Вагітність І, 37-38 тижнів. ПГ. Прееклампсія легкого ступеня.

Отримувала лікування Рефортан 10 мг/кг в/в крап. Протягом 3 днів, сірчаної кислоти магнєзії 25%-20мл в/в, еуфілін 2,4%-10мл в/в, дібазол 2%-1,0 в/м, папаверин 2%-2,0, прегнавіт 1 капсула 3р/добу.

Виписана на 11 добу в задовільному стані.

Пологи термінові, фізіологічні. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар 8-9 балів. Післяпологовий період - без особливостей. Породілля і новонароджений виписані на 5 добу післяпологового періоду в задовільному стані, ускладнень не спостерігалось.

Приклад 2. Вагітна Ц., іст. хв. №3267, знаходилась в клініці з 19 по 26.12.01 з діагнозом: Вагітність І, 37 тижнів. Прееклампсія середнього ступеня важкості.

Отримувала лікування Рефортан 10 мг/кг в/в крап. протягом 5 днів, сірчаної кислоти магнєзії 25% - 20,0 в/в, еуфілін 2,4% - 10,0 в/в, дібазол 1% - 1,0 в/м, папаверин 2% - 2,0 в/м, новопасит 1 ч.л. - 3 рази на добу, прегнавіт 1 капс. - 3 рази на добу. Враховуючи виражені набряки і проведення помірної корекції з використання Рефортану, до схеми комплексного лікування було додано сечогінний препарат верошпірон 25 мг вранці та аспіракам 1т - 3р/добу для корекції побічної дії верошпірону.

Виписана на 8 добу в задовільному стані.

Пологи термінові, фізіологічні. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар 7-8 балів. Післяпологовий період - без особливостей. Породілля і новонароджений виписані на 5 добу післяпологового періоду в задовільному стані, ускладнень не спостерігалось.

Приклад 3. Вагітна М., іст. хв. №181, знаходилась в клініці з 1 по 11.02.02 з діагнозом: Вагіт-

ність I, 34-35 тижнів. Прееклампсія важкого ступеня.

Отримувала лікування Рефортан 10 мг/кг в/в крап - 7 днів, сірчаної кислоти магнезю 25% - 20,0 в/в, еуфілін 2,4% - 10,0 в/в, дібазол 1% - 1,0 в/м, папаверин 2% - 2,0 в/м, новопасит 1 ч.л. - 3 рази на добу, прегнавіт 1 капсула 3 рази на добу. Для зняття вираженої судомної готовності протягом першої доби лікування в комплексну терапію було включено сибазон 1% - 1,0 в/м.

Виписана на 11 добу в задовільному стані.

Пологи термінові, фізіологічні. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар 7-8 балів. Післяпологовий період - без особливостей.

Породілля і новонароджений виписані на 5 добу післяпологового періоду в задовільному стані, ускладнень не спостерігалось.

За період з 2000 по 2002 рр. в клініці (пологовий будинок №7 м. Києва) запропонованим способом проліковано 189 вагітних з пізніми гестозами. За цей період частота перинатальної захворюваності склала 3,8%. За аналогічний попередній період (1997-1999рр.), коли лікування вагітних з ПГ проводилось без урахування ступеня тяжкості даної патології, цей показник складав 6,1%.

Тому, можна зробити висновок про ефективність даного способу, враховуючи зниження частоти перинатальної смертності.

Додатковими перевагами методу є покращення або стабілізація перебігу ПГ у вагітних, зменшення тривалості і вартості лікування, медикаментозного навантаження на організм як матері, так і плоду, профілактика прогресування патологічного процесу.

Література

1. Артеменко Г.Я., Ткаченко Н.В., Шемякіна Н.Н. Липин в лечении фетоплацентарной недостаточности у беременных с поздним гестозом // Збірник наукових праць молодих вчених і спеціалістів - Донецьк, 1996 - с. 6-8.

2. А.Л. Сенчук, Б.М. Венцовский. Клиническая и лабораторная эффективность применения Хофитола в комплексной терапии при осложнении беременности поздним гестозом и анемией // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України - 2000 - №2(7) - С. 71-78.

3. Заварзина О.О., Дюгеев А.Н. Коррекция гиповолемии при тяжелых формах гестозов // Акушерство и гинекология - 1999 - №1 - С. 17-20.