



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62430 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК ЗІ СТРЕС-ІНДУКОВАНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ**

1

2

(21) u201101987

(22) 21.02.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ТАТАРЧУК ТЕТЯНА ФЕОФАНІВНА, ТУТЧЕНКО ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА, РЕГЕДА СВІТЛАНА ІВАНІВНА, ШАКАЛО ІРИНА МИКОЛАЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб прегравідарної підготовки жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі шляхом призначення базисної терапії, який **відрізняється** тим, що додатково застосовують лікувальний комплекс, що включає 10 проце-

дур абдомінальної зональної декомпресії, навчальний курс дихальної гімнастики, препарати цитофлавін, пентоксифілін, циклодіон, а також диференційоване, в залежності від рівня нейропсихічної резистентності, застосування антистресової терапії: жінкам з низькою нейропсихічною резистентністю призначається сучасний анксиолітичний препарат адаптол та антидепресант рослинного походження геларіум гіперікум в середньотерапевтичних дозах, а жінкам з високою нейропсихічною резистентністю - ноотропний препарат ноофен та препарат рослинного походження з антиастенічною дією трібестан в середньотерапевтичних дозах.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до гінекології, і може бути використана для профілактики ранніх репродуктивних втрат та ускладнень перебігу вагітності.

Наслідки впливу психоемоційного стресу на здоров'я людини, зокрема на репродуктивне, є одним з пріоритетних напрямків дослідження багатьох галузей науки. Існування потужних антирепродуктивних ефектів стресу було науково обґрунтовано ще в 80-х роках ХХ сторіччя. Досліди закордонних та вітчизняних вчених продемонстрували вагому роль стресу в патогенезі передчасної пологової діяльності, прееклампсії, затримки розвитку плода, антифосфоліпідного синдрому та багатьох інших патологій. Епідеміологічні та клінічні дослідження 2008-2010 років підтвердили припущення про значиму роль хронічного стресу в патогенезі спорадичного та звичного невиношування вагітності [1, 2, 3].

Невиношування вагітності продовжує являти собою актуальну проблему для сучасної науки, практичної медицини та політики в сфері охорони здоров'я. Частота мимовільних абортів залишається стабільно високою в усьому світі і за даними ВООЗ становить від 15 до 27 % від загальної кількості бажаних вагітностей [4, 5, 6]. Не до кінця вирішеною лишається проблема профілактики невиношування вагітності, зокрема, не розроблено

чітких схем прегравідарної підготовки жінок, які перебувають в умовах психо-соціальної дезадаптації.

Отже, проблема корекції стрес-індукованих розладів на етапі прегравідарної підготовки є актуальною для сучасної гінекології.

Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування невиношування вагітності, пат. 44830, Україна, 2009 р.

Недоліком вищезазначеного способу є відсутність диференційованого підходу до лікування стрес-індукованих розладів.

В основу заявленого способу прегравідарної підготовки жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі покладено доповнення базисної терапії комплексом препаратів антиоксидантної, антигіпоксичної та м'якої дофамінергічної дії, фізметодів, спрямованих на усунення периферичного вазоспазму, та диференційованого, в залежності від рівня нейропсихічної резистентності пацієнток, застосування антистресової терапії, що дасть можливість попередити ранні репродуктивні втрати та ускладнення перебігу вагітності.

Поставлена задача корисної моделі прегравідарної підготовки жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі вирішується шляхом призначення базисної терапії і, згідно з

(19) UA (11) 62430 (13) U

корисною моделлю, додатково застосовують лікувальний комплекс, який включає 10 процедур абдомінальної зональної декомпресії, навчальний курс дихальної гімнастики; препарати цитофлавін, пентоксифілін, циклодінон, а також диференційоване, в залежності від рівня нейропсихічної резистентності, застосування антистресової терапії: жінкам з низькою нейропсихічною резистентністю призначається сучасний анксиолітичний препарат адаптол та антидепресант рослинного походження геларіум гіперікум в середньотерапевтичних дозах, а жінкам з високою нейропсихічною резистентністю - ноотропний препарат ноофен та препарат рослинного походження з антиастенічною дією трібестан в середньотерапевтичних дозах.

Спосіб реалізується наступним чином: в умовах денного стаціонару пацієнтки починають приймати дуфастон з 16 по 27 дні циклу та фолієву кислоту в рекомендованих для прегравідарної підготовки дозах. В цей же час розпочинають лікування: цитофлавін 10 внутрішньовенних ін'єкцій, пентоксифілін 10 внутрішньовенних ін'єкцій з послідовним переходом на 25 денний прийом таблетованих форм препаратів, циклодінон перорально, відповідно до рівня нейропсихічної резистентності - адаптол та геларіум гіперікум або ноофен та трібестан; 10 процедур абдомінальної зональної декомпресії з поступовим прогресивним збільшенням від'ємного тиску курс навчання дихальній гімнастиці в кабінеті лікувальної фізкультури. Загальна тривалість прегравідарної підготовки складала 3 місяці.

Апробацію запропонованого способу прегравідарної підготовки жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі було проведено на 68 пацієнтках. Проведення прегравідарної підготовки забезпечило відновлення повноцінних анатомо-функціональних параметрів оваріального циклу у 92,5 % пацієнток, що значно перевищувало цей показник у жінок, які отримували базисну терапію (47,4 %;  $p < 0,05$ ). Після проведеного удосконаленого курсу прегравідарної підготовки у жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі відзначено вищу питому вагу запліднень та успішного доношування вагітності до 16 тиж., що склала 66,7 % та значно перевищувала частоту терапевтичного успіху в жінок, яким призначали стандартну терапію (41,02 %;  $p < 0,05$ ).

Спосіб пояснюється наступними прикладами.

Приклад 1. Хвора М., 25 років, мешканка м. Києва, викладач, звернулась в клініку з приводу невиношування вагітності (2 завмерлі вагітності в терміні 6-7 тижнів). Обстежена в повному об'ємі, причини звичного невиношування вагітності не виявлено. Рівень хронічного стресу за PSS-14 дорівнює 42 бали (високий). Рівень нейропсихічної резистентності низький. При більш детальному гінекологічному дослідженні виявлено недостатність лютеїнової фази циклу. Хворій призначена прегравідарна підготовка: дуфастон з 16 по 26 дні циклу, фолієва кислота, цитофлавін 10 внутрішньовенних ін'єкцій, пентоксифілін 10 внутрішньовенних ін'єкцій з послідовним переходом на 25 денний прийом таблетованих форм препаратів, циклодінон перорально, 10 процедур абдомінальної зональної декомпресії з поступовим прогресивним збільшенням від'ємного тиску, курс навчання дихальній гімнастиці в кабінеті лікувальної фізкультури, ноофен, трібестан. Через 2 місяці після закінчення лікування пацієнтка завагітніла. Вагітність перебігала без ускладнень і завершилась терміновими пологамі, народився здоровий доношений хлопчик.

Приклад 2. Хвора Т., 28 років, мешканка м. Києва, виконавчий директор фірми, звернулась в клініку з приводу невиношування вагітності (2 завмерлі вагітності в терміні 4-5 тижнів). Обстежена в повному об'ємі, причини звичного невиношування вагітності не виявлено. Рівень хронічного стресу за PSS-14 дорівнює 40 балів (високий). Рівень нейропсихічної резистентності високий. При більш детальному гінекологічному дослідженні виявлено вкорочення лютеїнової фази циклу. Хворій призначена прегравідарна підготовка: дуфастон з 16 по 26 дні циклу, фолієва кислота, цитофлавін 10 внутрішньовенних ін'єкцій, пентоксифілін 10 внутрішньовенних ін'єкцій з послідовним переходом на 25 денний прийом таблетованих форм препаратів, циклодінон перорально, 10 процедур абдомінальної зональної декомпресії з поступовим прогресивним збільшенням від'ємного тиску, курс навчання дихальній гімнастиці в кабінеті лікувальної фізкультури, ноофен, трібестан. Через 2 місяці після закінчення лікування пацієнтка завагітніла. Вагітність перебігала без ускладнень і завершилась терміновими пологамі, народився здоровий доношений хлопчик.

Таким чином, впровадження способу прегравідарної підготовки жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі може бути використано в поліклініках та гінекологічних стаціонарах для профілактики ранніх репродуктивних втрат та ускладнень перебігу вагітності.

Джерела інформації:

1. Подольський В.В. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми / Подольський В.В., Писарева С.П., Воробйова І.І. // Здоров'я жінчини. - 2009. - № 2 (38). - С. 97-102.
2. Chrousos G.P. Stress and Disorders of the Stress System / Chrousos G.P. // Nat. Rev. Endocrinol. -2009. - Vol.5. - P. 374-381.
3. Stress and immune mediators in miscarriage / Arck PC, Rose M, Hertwig K, et al.//Hum Reprod. - 2001.-Vol. 16.-P. 1505-1511.
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М.-М, 2005.-303 С.
5. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / Радзинский В.Е., Дмитрова В.И., Маскова И.Ю. - М., 2009. - 196 С.
6. Ford H.B. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy / Holly B Ford, Danny J Schust // Rev Obstet Gynecol. - 2009. - Vol.2(2): P. 76-83.
7. Пат. 44830 Україна, МПК А61Р15/06, 2009.

