



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4492 (13) U

(51) 7 A61K38/38

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

1

(21) 20040503747

(22) 19.05.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Коломійцева Антоніна Георгіївна, Хомінська  
Зінаїда Борисівна, Діденко Людмила Василівна,  
Скрипченко Наталія Яківна, Гурська Марія Владиславівна

2

(73) ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування загрози переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки шляхом застосування базової терапії, який відрізняється тим, що додатково призначають гомеопатичні препарати, які використовують в тридцятomu розведенні.

Корисна модель відноситься до області медицини, зокрема акушерства. Загроза переривання вагітності є основною акушерською патологією при лейоміомі матки у вагітних. Симптоми цього акушерського ускладнення в I триместрі вагітності мають місце в 29% спостережень та в 33,8% у II триместрі. Клінічно у цих жінок визначається біль внизу живота, можуть бути кров'яністі виділення, підвищений тонус матки. Лабораторне - зниження концентрації прогестерону, підвищення індексу каріопікнозу (ІК) в кольпоцитограмах, у частини жінок визначається значне підвищення пролактину проти норми. Однією з причин загрози переривання вагітності при лейоміомі матки є абсолютна або відносна прогестеронова недостатність на тлі гіперестрогенемії. Базова терапія загрози переривання вагітності ґрунтується на цьому положенні і використовує препарати прогестеронової дії (Кулаков В.І., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. - М: МЕД пресс-информ, 2001. - 344с.). Проте ця модель не враховує дисбаланс інших гормональних чинників, зокрема пролактину, підвищення котрого відзначається при напруженні стресорних механізмів у вагітних з лейоміомою матки і має негативний локальний вплив на ріст лейоматозних вузлів (Daily D., Walters G., Prior J. et al. Prolactin production from proliferative phase leiomyoma // Amer.J. Obstet. Gynecol. - v.146. - №8. - P.1059).

Найбільш близьким за технічною суттю до запропонованого способу лікування загрози переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки є до-

повнення відомої базової терапії загрози переривання вагітності препаратами агоністами дофаміну, зокрема бромкриптином, фармакологічна дія котрого спрямована на зниження рівню пролактину в крові (Заболотна М.Л. Клініко-гормональна характеристика та удосконалення терапії невиношування при гіперпролактинемії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Вінниця, 2004. - 17с.)

Проте використання бромкриптину у вагітних нерідко супроводжується побічним ефектом у вигляді нудоти, блювоти, головокружіння та головного болю. Враховуючи пригнічуючий вплив препарату на лактацію, його дозування викликає значні труднощі. Окрім цього довготривале застосування бромкриптину ускладнюється в зв'язку з його високою коштовністю.

В основу корисної моделі покладено завдання створення способу лікування загрози переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки з використанням гомеопатичних засобів, що призводить до зникнення клінічних симптомів загрози переривання вагітності, покращання лабораторних показників, зокрема концентрації прогестерону і пролактину в крові, зниженню індексу каріопікнозу.

Поставлене завдання способу лікування загрози переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки вирішується шляхом застосування базової терапії, додатково до корисної моделі призначається комплекс гомеопатичних препаратів в тридцятomu розведенні.

(13) U

(11) 4492

(19) UA

Гомеопатичні препарати призначаються до 36 тижнів вагітності. Вибрані нами препарати вітчизняного виробництва, їх невисока вартість дозволяє довготривале використання з метою попередження рецидивів загрози переривання до пізніх термінів вагітності.

Агнус кастус впливає на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему, зокрема регуляцію секреції пролактину, стимулює секрецію прогестерону, має прогестероноподібну дію, що необхідно для забезпечення прогестеронового блоку міометрію.

Магніум муріатікум має антиестрогенну дію, сприяє зниженню концентрації естрогенів в крові, що сприяє токолітичному ефекту.

Вібурнум опулюс має спазмолітичні властивості, зокрема знижує тонус міометрію.

Корисна модель здійснюється таким чином:

1) Призначення базової терапії загрози переривання вагітності, що включає препарати прогестеронової дії протягом 2-3 тижнів.

2) Гомеопатичні препарати агнус кастус у тридцятому розведенні - 5 гранул 2-3 рази на день, вібурнум опулюс у тридцятому розведенні - 5 гранул 2-3 рази на день, магніум муріатікум у тридцятому розведенні 2-3 рази на тиждень.

Після 2-3 тижнів лікування при нормалізації клінічних симптомів загрози переривання вагітності базова терапія відмінялась. Жінки продовжували отримувати гомеопатичні препарати протягом декількох місяців вагітності, в більшості спостережень до 36 тижнів.

Довготривалі курси терапії позитивно впливали на скоротливу функцію матки, послаблювали тонус міометрію, попереджували рецидиви загрози переривання вагітності, що дозволило знизити дози препаратів прогестеронової дії, покращити психологічний статус жінок.

Критерієм ефективності включення в терапію гомеопатичних препаратів була динаміка клінічних симптомів та гормональних показників у 25 жінок, що отримували базову терапію загрози переривання вагітності, та 25 жінок, які поруч із базовою терапією одержували гомеопатичні препарати. Через три тижні лікування клінічні симптоми загрози переривання вагітності були відсутні або значно послаблені у всіх жінок (100%), котрі поруч з базовою терапією одержували гомеопатичні препарати, і тільки у 21 жінки (84%) при базовій терапії. Рецидиви загрози переривання вагітності мали місце у 12 жінок (48%) на базовій терапії та тільки у 5 жінок (20%), які одержували базову терапію із включенням гомеопатичних препаратів. Застосування гомеопатичних препаратів дозволило зменшити перебування у стаціонарі на  $2,6 \pm 0,4$  дні.

Побічної дії гомеопатичних препаратів не спостерігалось ні в жодному випадку. Відзначено значне покращання лабораторних показників. Концентрація прогестерону після терапії із застосуванням гомеопатичних препаратів достовірно збільшилась і досягла  $156,9 \pm 12,1$  нмоль/л, без гомеопатичних препаратів тільки  $103,1 \pm 9,8$  нмоль/л. Відзначено покращання кольпцитологічних показників ІК після лікування із застосуванням гомеопатичних препаратів знизився до  $18,3 \pm 4,2\%$  проти  $37,7 \pm 3,0\%$  до лікування

( $p < 0,05$ ), а при застосуванні базової терапії - тільки до  $26,8 \pm 4,7\%$  проти  $37,6 \pm 6,2\%$  до лікування ( $p > 0,05$ ), при нормі менше 10%.

Концентрація пролактину у крові вагітних під впливом базової терапії із включенням гомеопатичних препаратів була достовірно нижчою, ніж без цих засобів ( $102,0 \pm 10,9$  нг/мл проти  $133,9 \pm 4,4$  нг/мл).

Особливо високі рівні пролактину мали місце у 4-х жінок, яким була призначена базова терапія із застосуванням гомеопатичних препаратів. На фоні терапії концентрація пролактину знизилась з  $394,3 \pm 58,3$  нг/мл до  $236,0 \pm 47,8$  нг/мл без застосування специфічної терапії препаратами агоністами дофаміну. Суть корисної моделі пояснюється такими прикладами.

Приклад 1

Вагітна Б-єва О.А., 41 р., № іст. 970, 2074 за 2003р.

Поступила з діагнозом: Вагітність 8-9 тижнів. Загроза переривання вагітності. Лейоміома матки. В анамнезі 1 роди, 1 штучний аборт, 1 позаматкова вагітність. При госпіталізації скарги на ниючі болі внизу живота, мажучі виділення з піхви. Об'єктивно: матка до 9-10 тижнів, в тонусі, придатки не визначаються, виділення темно-коричневі, помірні. При УЗД встановлено, що в матці пргресуюча вагітність 8-9 тижнів, по правій боковій стінці лейоматозний вузол  $28 \times 33$  мм. Гіпертонус міометрію. При лабораторному дослідженні було встановлено, що концентрація прогестерону в крові складала 45 нмоль/л (норма 60-65 нмоль/л), ІК 27% (норма менше 12%), концентрація пролактину в крові - 40,8 нг/мл (норма - 23,7 нг/мл). Була призначена базова терапія, яка включала прогестерон 2,5% 1,0 в/м щодня, віт. Е 0,2, но-шпа 2,0 в/м при болях, а також гомеопатичні препарати агнус кастус у тридцятому розведенні - 5 гранул 3 рази на день, вібурнум опулюс у тридцятому розведенні - 5 гранул 3 рази на день, магніум муріатікум у тридцятому розведенні 2 рази на тиждень. Вже через 2 дні відмічалось послаблення тонусу матки, зникнення болей внизу живота, практично зникли мажучі виділення з піхви. Препарати прогестеронової дії було відмінено через два тижні, а гомеопатичні - продовжено до 34 тижня. Рецидивів загрози переривання не спостерігалось. На 15-му тижні проведено повторний контроль лабораторних показників: концентрація прогестерону в крові становила 93,3 нмоль/л і відповідала межах норми (85-95 нмоль/л), ІК - 7% (норма менше 7%), концентрація пролактину в крові складала 66,3 нг/мл (норма 45-75 нг/мл).

Подальший перебіг вагітності був без ускладнень. Пологи вчасні. Кесарів розтин в нижньому матковому сегменті в зв'язку з неспроможністю післяопераційного рубця на матці після 1-го пологів. Народився хлопчик вагою 2900, 49 см, 7-8 балів за шкалою Апгар. В процесі динаміки УЗД і при огляді матки під час операції не відмічено значного росту лейоматозних вузлів. Перебіг післяродового періоду був без ускладнень.

Приклад 2

Вагітна Т-к С.В., 29 років, № іст. 827 за 2002 р. Поступила з діагнозом: Вагітність 17-18 тижнів, множинна лейоміома матки. Загроза переривання

ваптності. В анамнезі 1 штучний аборт та 1 самовільний аборт в 5-6 тижнів. При госпіталізації скарги на ниючі болі внизу живота, збільшення тонуусу матки. Об'єктивно: Матка відповідає терміну 20 тижнів ваптності, лейоматозно змінена, збуджена при пальпації. При УЗД встановлено, що в матці один живий плід, відповідає 18 тижням ваптності, поверхня матки нерівна за рахунок значної кількості лейоматозних вузлів, найбільший з яких 20×16мм. При лабораторному дослідженні було встановлено, що концентрація прогестерону в крові складала 84,7нмоль/л (норма 90-105нмоль/л), ІК 18% (норма менше 7%), концентрація пролактину в крові - 408,5нг/мл (норма 35-40нг/мл). Була призначена базова терапія, яка включала прогестерон 2,5% 1,0в/м щодня, віт Е 0,2, но-шпа 2,0в/м при болях, сірчанокисла магнезія 1% в/в крапельне, а також гомеопатичні препарати агнус кастус у тридцятому розведенні - 5 гранул 3 рази на день, вибурнум опулюс у тридцятому розведенні - 5 гранул 3 рази на день, мапнум муріаткум у тридцятому розведенні 3 рази на тиждень. На фоні терапії вже на четвертий день відзначалось зменшення тонуусу матки та болей внизу живота.

Через три тижні препарати прогестеронової дії було поступово відмінено. Хвора продовжувала отримувати гомеопатичні засоби до 36 тижня ваптності.

Через 7 тижнів в терміні 25 тижнів ваптності було проведено контроль лабораторних показни-

ків концентрація прогестерону в крові становила 172,7нмоль/л і майже відповідала межам норми (140-170нмоль/л), ІК - 4% (норма менше 7%), концентрація пролактину знизилась з 408,5 до 159,0нг/мл (норма 51,4нг/мл). Подальший перебіг ваптності був без суттєвого посилення загрози переривання ваптності. Ваптна тричі знаходилась на плановому обстеженні у відділенні. Пологи вчасні. Кесарів розтин в нижньому матковому сегменті. Народилась дівчинка вагою 3970, 53см довжиною, 7-8 балів за шкалою Апгар. В процесі динаміки УЗД і при огляді матки під час операції не відмічено значного росту лейоматозних вузлів. Перебіг післяродового періоду був без ускладнень.

Таким чином, використання гомеопатичних препаратів як додаткового способу до базової терапії загрози невиношування у жінок із лейоміомою матки сприяє збереженню ваптності навіть при тяжкому множинному ураженні матки, попереджує рецидиви загрози переривання ваптності при довготривалому вживанні, сприяє покращанню гормонального гомеостазу ваптних, не спричиняє негативної дії на ріст міоматозних вузлів, зменшує термін перебування жінок у стаціонарі.

Спосіб лікування загрози переривання ваптності у жінок з лейоміомою матки з використанням гомеопатичних препаратів разом із базовою терапією може використовуватись в рододопоміжних закладах, гінекологічних клініках, а також для попередження рецидивів загрози переривання в умовах поліклініки.

