



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **73188** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2012 03837</b>	(72) Винахідник(и): <b>Кравченко Олена Вікторівна (UA), Ясніковська Світлана Михайлівна (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>29.03.2012</b>	(73) Власник(и): <b>БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.09.2012</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.09.2012, Бюл.№ 17</b>	

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧІ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування первинної плацентарної дисфункції при кровотечі на ранніх термінах вагітності шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування. Крім того, як гемостатичну терапію використовують транексам, діцинон або амбен, при наростанні тромбофілічних порушень призначають антикоагулянтну терапію та клексан, при організації гематоми проводять ензимотерапію, а також до комплексу лікування додаються антиагреганти під контролем агрегації тромбоцитів.

**UA 73188 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме акушерства, гінекології, та перинатології та може бути використана для лікування дисфункції плаценти у жінок при кровотечі на ранніх термінах вагітності.

В сучасному акушерстві та перинатології актуальними є питання, пов'язані з гестаційними ускладненнями, в основі яких є порушення фізіологічної взаємодії між материнським, плацентарним і плодовим компонентами фетоплацентарної системи. Розвиток плацентарної дисфункції (ПД), обумовлений морфофункціональними змінами в плаценті, супроводжується дистресом плода, затримкою росту та розвитку плода і є однією з основних причин перинатальної захворюваності та смертності (20 % випадків перинатальної смертності безпосередньо пов'язано з патологією плаценти). Частота ПД коливається від 20 до 50 % в залежності від факторів, які обтяжують вагітність.

Прогностично несприятливими в плані розвитку первинної плацентарної дисфункції (ППД) є такі ознаки як низька імплантація плодового яйця; відставання його розмірів від гестаційного терміну; нечітка візуалізація ембріона; наявність ділянок відшарування хоріону, які як правило визначаються на малих термінах вагітності та супроводжують загрозу її переривання.

Відомими способами лікування та профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок на малих термінах вагітності є призначення медикаментозних засобів, що регулюють тонус матки при загрозі переривання вагітності (но-шпа, вібуркол, гініпрал), покращують реологічні властивості крові (реополіглюкін, трентал, курантіл); активатори кровообігу та метаболізму (актовегін); препарати для нормалізації енергетичного обміну (ессенціале, ліпостабіл). Проте, не дивлячись на існування різноманітних схем лікування ПД, продовжується пошук більш ефективних методів лікування та профілактики даної патології.

Прототипом корисної моделі є спосіб лікування дисфункції плаценти шляхом проведення комплексної медикаментозної терапії [Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Заболотна А.В., Москаленко Т.Я., Сенчук А.Я., Тітов О.В. Діагностика та лікування плацентарної недостатності. - Методичні рекомендації. - К., 2004.-23 с.]. Спосіб-прототип здійснюється наступним чином: жінці із невиношуванням вагітності призначають гормонотерапію (естрогени, Прегніл, Профазі, прогестерон), зберігаючи терапію (спазмолітики), препарати антиагрегантної та антикоагулянтної дії (курантіл, пентоксифілін), препарати-активатори кровотоку та метаболізму.

Недоліками прототипу є те, що зберігаючи терапія спазмолітиками є недостатньо ефективною, а при кровотечі в I триместрі, зумовленій відшаруванням чи передлежанням хоріону не застосовується гемостатична терапія. Внаслідок вище зазначеного у більшості жінок, не дивлячись на проведену профілактику, розвивається та чи інша форма плацентарної дисфункції, що призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку плода чи його антенатальної загибелі, дистресу плода під час вагітності або в пологах.

Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб лікування первинної дисфункції плаценти у жінок з кровотечею на малих термінах вагітності шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування для забезпечення досягнення технічного результату попередження прогресування плацентарної дисфункції у вагітних із загрозою її переривання на малих термінах та зниження рівня ускладнень в перинатальному (дистрес плода під час вагітності та в пологах, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода) та ранньому неонатальному періодах.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування первинної плацентарної дисфункції при кровотечі в ранніх термінах вагітності шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, відповідно до корисної моделі, як гемостатичну терапію використовують транексам, діцинон або амбен, при наростанні тромбофілічних порушень призначають антикоагулянтну терапію та клексан, при організації гематоми проводять ензимотерапію, а також до комплексу лікування додаються антиагреганти під контролем агрегації тромбоцитів.

Спільними ознаками прототипу та корисної моделі, що заявляється, є призначення комплексної медикаментозної корекції для лікування первинної плацентарної дисфункції у жінок з невиношуванням вагітності на малих її термінах.

Корисна модель, що заявляється, відрізняється від прототипу тим, що медикаментозне лікування проводиться з урахуванням причини кровотечі на ранніх термінах вагітності - передлежання або відшарування хоріону.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином.

Вагітним при загрозі переривання вагітності з кровотечею в I триместрі, зумовленою передлежанням хоріону, призначають:

- гемостатичну терапію (транексам 200-500 мг в/в 2-3 рази на добу; або діцинон чи амбен 2,0 в/м або в таблетках).

- при наростанні тромбофілічних порушень:

- антикоагулянти (клексан 0,2 мл 1-2 рази на день);

5 - антиагреганти (тромбоасс по 1 табл. 2-3 рази на день чи курантіл 1 табл. 2-3 рази на день під контролем агрегації тромбоцитів).

Вагітним при загрозі переривання вагітності з кровотечею в I триместрі, зумовленою відшаруванням хоріону призначають:

10 - гемостатичну терапію (транексам 200-500 мг в/в 2-3 рази на добу; діцинон 2,0 в/м або в таблетках);

- при організації гематоми - ензимотерапія: вобензим 3 драже 3 рази в день 2 тижні. Контроль УЗД.

- при наростанні тромбофілічних ускладнень: антикоагулянти та антиагреганти, як зазначено вище.

15 Технічний результат, що досягається при використанні корисної моделі - попередження прогресування плацентарної дисфункції у вагітних із загрозою її переривання на малих термінах та зниження рівня ускладнень в перинатальному (дистрес плода під час вагітності та в пологах, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода) та ранньому неонатальному періодах.

Приклад конкретного застосування способу.

20 Ефективність запропонованого методу лікування ППД нами проаналізовано у 24 жінок з кровотечею в I триместрі вагітності (основна група). Контрольну групу склали 26 жінок з невиношуванням в малих термінах, які отримували загальноприйнятну терапію. Групи були статистично однорідними.

25 Дослідження, проведені після лікування, переконливо показали, що у вагітних основної групи значно раніше спостерігалось покращення стану, про що свідчило зниження у 90,6 % пацієнток симптомів загрози переривання вагітності. Негативних ефектів від запропонованої терапії в жодному випадку не спостерігалось. Слід відмітити позитивну динаміку у лікуванні загрози переривання вагітності, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), частота яких знизилась і склала відповідно 18,8 % та 3,1 % проти 25,7 % та 5,2 % відповідно у 30 контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Подальші спостереження за вагітними показали, що під впливом запропонованої терапії у пацієнток основної групи значно менше виявлялися УЗ-ознаки плацентарної дисфункції (9,5 % проти 47,8 %,  $p < 0,05$ ), покращилися кардіотокографічні показники серцебиття плода, які свідчили про зменшення, а в деяких випадках - зникнення 35 хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода. Частота народження дітей у стані асфіксії була в 2,6 разів меншою у порівнянні із такою у групі контролю. До того ж протікання періоду адаптації у 97,1 % новонароджених було фізіологічним.

40 На основі виявлених позитивних ефектів запропонованої нами комплексної терапії можна зробити висновок, що метод є високоефективним і економічно вигідним методом лікування, в якого немає побічних ефектів. В результаті використання запропонованого нами комплексу знижується відсоток ускладнень під час вагітності, частота народження дітей у стані асфіксії, а протікання періоду адаптації у переважної більшості новонароджених стає фізіологічним.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

45 Спосіб лікування первинної плацентарної дисфункції при кровотечі на ранніх термінах вагітності шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, який **відрізняється** тим, що як гемостатичну терапію використовують транексам, дицинон або амбен, при наростанні тромбофілічних порушень призначають антикоагулянтну терапію та клексан, при організації гематоми проводять ензимотерапію, а також до комплексу лікування додаються антиагреганти 50 під контролем агрегації тромбоцитів.

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601