



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **76784** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)

A61K 31/00

A61K 33/00

A61K 35/00

A61K 36/00

A61K 38/00

A61K 39/00

A61K 41/00

A61K 45/00

A61K 47/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2012 09199**

(22) Дата подання заявки: **26.07.2012**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **10.01.2013**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.01.2013, Бюл.№ 1**

(72) Винахідник(и):
**Гиленко Жанна Онуфріївна (UA),
Тучкіна Ірина Олексіївна (UA)**

(73) Власник(и):
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)**

(74) Представник:
Євтушенко Тамара Григорівна

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ НА ФОНІ ПОСТГЕМОРАГІЧНОЇ АНЕМІЇ У ДІВЧАТ В ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді включає призначення в умовах стаціонару на фоні анемії першого, другого та третього ступеня транексаму, окситоцину; етамзилат; мефенамінову кислоту; афобазол; трав'яні збори, настої. Як антианемічну терапію призначають тотему; аскорутин; фолієву кислоту; нейрорубін; сироп шипшини. Додатково на фоні анемії третього ступеня призначають ферум-лек. Після досягнення гемостазу та стабілізації стану хворої призначають ентеральну оксигенотерапію, електросон, електрофорез з кальцієм на комірцеву зону. На фоні анемії другого ступеня призначають регулон та дуфастон.

UA 76784 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до гінекології, і може бути використаною для лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді.

Серед порушень репродуктивної системи в період статевого дозрівання однією з найбільш частих причин є маткові кровотечі пубертатного періоду, які нерідко призводять в майбутньому до стійких порушень менструальної і генеративної функції.

Проблема лікування і реабілітації пацієнок з матковими кровотечами пубертатного періоду є актуальною, так як рецидиви маткових кровотеч погіршують прогноз в відношенні генеративної функції. При тривалих і рясних маткових кровотечах розвивається постгеморагічна анемія, що впливає на навчання і працездатність дівчат. Часто мають місце відхилення в показниках згортальної та протизгортальної системи крові. Адекватне та своєчасне лікування маткових кровотеч у дівчат-підлітків дає можливість попереджувати рецидиви в подальшому та забезпечувати високу якість репродуктивного здоров'я в шлюбі.

Як правило, при виборі способу лікування враховують інтенсивність кровотечі, особливості фізичного і статевого розвитку, спадковість, результати лабораторного обстеження, наявність та ступінь анемії, передбачувану причину маткової кровотечі [Яковлева Э.Б. Тактика ведения девочек с пубертатными маточными кровотечениями / Э.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко // Медицина неотложных состояний.-2008. - № 6. - С. 80-84].

При цьому основні принципи лікування маткових кровотеч пубертатного періоду включають зупинку кровотечі, регуляцію менструального циклу, профілактику рецидивів кровотечі [Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. - СПб.: Фолиант, 2000.-574 с.; Коколина В.Ф. Современные принципы диагностики и лечения маточных кровотечений пубертатного периода / В.Ф. Коколина // Здоров'я України.-2008. - № 18/1. – С. 88].

Даний спосіб лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю і результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді шляхом врахування ступеня анемії.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді, який включає симптоматичну гемостатичну, антианемічну та гормональну терапію, згідно з корисною моделлю, в умовах стаціонару на фоні анемії першого, другого та третього ступеня як гемостатичну терапію призначають транексам внутрішньовенно крапельно по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 1-3 рази на день (в залежності від ступеня) 3-5 днів; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 1-2 раз на добу (в залежності від ступеня) 3-5 днів; етамзилат внутрішньом'язово по 2,0-4,0 мл (в залежності від ступеня) 1-4 рази на добу (в залежності від ступеня) 3-7 днів; мефенамінову кислоту внутрішньо по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 2-3 рази на добу 3-7 днів; афобазол по 300 мг 1-2 рази на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій внутрішньо 4 рази на добу 5-7 днів; при цьому як антианемічну терапію призначають тотому перорально по 10-20 мл розчину 1-2 рази на день 10-20 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів; сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 14-20 днів та додатково на фоні анемії третього ступеня призначають ферум-лек внутрішньом'язово по 2,0 мл на добу 10-15 днів з індивідуальним підрахуванням дози заліза за стандартною формулою та введенням після проби на індивідуальну чутливість; після досягнення гемостазу та стабілізації стану хворої призначають ентеральну оксигенотерапію, електросон, електрофорез з кальцієм на комірцеву зону; на фоні анемії другого ступеня розпочинають гормональну терапію, призначаючи регулон внутрішньо за схемою по 1 таблетці 4-6 раз на добу до досягнення гемостазу, потім доза поступово знижується до 1 таблетки на добу, всього 21 день та додатково дуфастон 5-10 мг на добу перорально на фоні анемії третього ступеня.

Технічний ефект способу, що заявляється, обумовлений синергізмом дії лікарських засобів, які призначають дівчатам з матковими кровотечами на фоні постгеморагічної анемії в пубертатному періоді, а також способом їх застосування.

Спосіб виконують наступним чином: в умовах стаціонару на фоні анемії першого, другого та третього ступеня, як гемостатичну терапію призначають транексам внутрішньовенно крапельно по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 1-3 рази на день (в залежності від ступеня) 3-5 днів; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 1-2 раз на добу (в залежності від ступеня) 3-5 днів; етамзилат внутрішньом'язово по 2,0-4,0 мл (в залежності від ступеня) 1-4 рази на добу (в

залежності від ступеня) 3-7 днів; мефенамінову кислоту внутрішньо по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 2-3 рази на добу 3-7 днів; афобазол по 300 мг 1-2 рази на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій, внутрішньо 4 рази на добу 5-7 днів. При цьому в якості антианемічної терапії призначають тотему перорально по 10-20 мл розчину 1-2 рази на день 10-20 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів; сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 14-20 днів та додатково на фоні анемії третього ступеня призначають ферум-лек внутрішньом'язово по 2,0 мл на добу 10-15 днів з індивідуальним підрахуванням дози заліза за стандартною формулою та введенням після проби на індивідуальну чутливість; після досягнення гемостазу та стабілізації стану хворої призначають ентеральну оксигенотерапію, електросон, електрофорез з кальцієм на комірцеву зону. На фоні анемії другого ступеня розпочинають гормональну терапію, призначаючи регулон внутрішньо за схемою по 1 таблетці 4-6 раз на добу до досягнення гемостазу, потім доза поступово знижується до 1 таблетки на добу, всього 21 день та додатково дуфастон 5-10 мг на добу перорально на фоні анемії третього ступеня.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади.

Приклад 1

Хвора Б., 14 років. Скарги на помірну кровотечу зі статевих шляхів із змінами інтенсивності кровотечі від скудних до надмірних протягом 30 днів. Менархе в 12 років. Менструації були не регулярні, рясні, по 7-8 днів. Лікувалась амбулаторно в районній поліклініці, призначалась протягом 3-х місяців симптоматична терапія - без стійкого гемостатичного ефекту.

Об'єктивно: зріст 160 см, вага 63 кг. Статева формула: $A_3 P_3 Ma_3 Me_2$. Менструальний вік 2 роки. Гінекологічний статус: розвиток зовнішніх та внутрішніх статевих органів відповідно віковим параметрам. Під час огляду маткова кровотеча (кров'яністі виділення яскраво-червоного кольору в надмірній кількості).

Дані ультразвукового дослідження: матка з чіткими рівномірними контурами, структура міометрію не порушена, розміри 49×37×47 мм ендометрій гіперплазований. М-ЕХО 12 мм. Розміри яєчників збільшені, структура мультифолікулярна.

Кістковий вік відповідає 14-15 рокам. В аналізі крові клінічному: гемоглобін 112 г/л, еритроцити $3,15 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити $8,0 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити $247 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 4 мм/год. Показники системи згортання крові: протромбіновий індекс - 85 %, тромботест 5 ступеня, фібриноген 3,1 г/л.

Діагноз: Ювенільна маткова кровотеча на фоні гіперестрогенії. Рецидивуючий перебіг. Постгеморагічна анемія I ступеня.

Призначене лікування: в умовах стаціонару як гемостатичну терапію призначили транексам внутрішньовенно крапельно по 250 мг 1 раз на день 3 дні; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 1 раз на добу 3 дні; етамзилат внутрішньом'язово по 2,0 мл 1 раз на добу 3 дні; мефенамінову кислоту внутрішньо по 250 мг 2 рази на добу 3 дні; афобазол по 300 мг 1 раз на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій внутрішньо 4 рази на добу 5 днів; в якості антианемічної терапії призначили тотему перорально по 10 мл розчину 1 рази на день 10 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів, сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 14 днів. Після досягнення гемостазу наприкінці першої доби лікування призначили ентеральну оксигенотерапію.

Приклад 2

Хвора К., 17 років. Скарги на рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 38 днів. Менархе в 14 років, менструації встановились одразу, були із невеликими затримками, по 7 днів, безболісні, рясні.

Остання кровотеча виникла через 2 тижні після менструації. Раніше не обстежена, не лікувалась.

Об'єктивно: зріст 175 см, вага 57 кг. Статева формула $A_3 Ma_3 P_3 Me_2$. Менструальний вік 3 роки.

Гінекологічний статус: морфогенез зовнішніх статевих органів не порушений. Гінекологічне дослідження - без особливостей, відповідно віковим параметрам.

На момент обстеження рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів, червоного кольору.

Дані ультразвукового обстеження: матка з чіткими рівними контурами, акустичний малюнок міометрія не порушений. Розміри 45×37×43 мм. Ендометрій помірно гіперплазований, М-ЕХО - 13 мм. Правий яєчник збільшений 38×28 мм із фолікулом 23 мм, лівий яєчник збільшений - 42×31 мм, мультифолікулярної структури.

5 Аналіз функціонального статусу яєчників свідчить, що має місце помірна естрогенна насиченість організму (поверхневі клітини - 80 %, проміжні - 20 %, КГІ - 35 %).

В клінічному аналізі крові: Нв - 68 г/л, лейкоцити - $6,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 18 мм/год. Показники системи згортання крові: протромбіновий індекс - 78 %.

10 Діагноз: Ювенільна маткова кровотеча на помірному рівні естрогенної насиченості організму. Вторинна постгеморагічна анемія III ступеня тяжкості.

Призначено лікування: як гемостатичну терапію призначили транексам внутрішньовенно крапельно по 500 мг 3 рази на день 5 днів; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 2 рази на добу 5 днів; етамзилат внутрішньом'язово по 4,0 мл 4 рази на добу 7 днів; мефенамінову кислоту внутрішньо по 500 мг 3 рази на добу 7 днів; афобазол по 300 мг 2 рази на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій, внутрішньо 4 рази на добу 7 днів. Як антианемічну терапію призначили тотему перорально по 20 мл розчину 2 рази на день 20 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів; сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 20 днів; ферум-лек внутрішньом'язово по 2,0 мл (100 мг) на добу 15 днів з індивідуальним підрахуванням дози заліза та після проби на індивідуальну чутливість. Після досягнення гемостазу на кінець другої доби та стабілізації стану хворої призначили ентеральну оксигенотерапію та електросон. Як гормональну терапію призначили регулон внутрішньо за схемою по 1 таблетці 4 рази на добу до досягнення гемостазу, потім дозу знизили до 1 таблетки на добу, всього 21 день та додатково призначили дуфастон 5 мг на добу перорально.

Приклад 3

30 Хвора С., 18 років. Скарги на рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 18 днів. Менархе в 14 років, менструації встановились одразу, були із невеликими затримками, по 7 днів, безболісні, рясні.

Об'єктивно: зріст 168 см, вага 53 кг. Статева формула $A_3 Ma_3 P_3 Me_2$. Менструальний вік 4 роки.

Гінекологічний статус: морфогенез зовнішніх статевих органів не порушений. Гінекологічне дослідження - без особливостей, відповідно віковим параметрам.

35 На момент обстеження рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів, червоного кольору.

Дані ультразвукового обстеження: матка з чіткими рівними контурами, акустичний малюнок міометрія не порушений. Розміри 47×37×45 мм. Ендометрій помірно гіперплазований, М-ЕХО - 13 мм. Розміри яєчників збільшені, структура мультифолікулярна.

40 В клінічному аналізі крові: Нв - 98 г/л, лейкоцити - $5,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 10 мм/год. Показники системи згортання крові: протромбіновий індекс - 84 %.

Діагноз: Ювенільна маткова кровотеча. Вторинна постгеморагічна анемія II ступеня тяжкості.

45 Призначено лікування як гемостатичну терапію призначають транексам внутрішньовенно крапельно по 250 мг 2 рази на день 5 днів; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 1 раз на добу 5 днів; етамзилат внутрішньом'язово по 2,0 мл 3 рази на добу 5 днів; мефенамінову кислоту внутрішньо по 250 мг 2 рази на добу 5 днів; афобазол по 300 мг 1 раз на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій, внутрішньо 4 рази на добу 5 днів. Як антианемічної терапію призначили тотему перорально по 10 мл розчину 1 раз на день 10 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу (починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць); нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів; сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 14 днів. Після досягнення гемостазу в середині другої доби та стабілізації стану хворої призначили ентеральну оксигенотерапію, електрофорез з кальцієм на комірцеву зону. Як гормональну терапію призначили регулон внутрішньо за схемою по 1 таблетці 4 рази на добу до досягнення гемостазу, потім дозу знизили до 1 таблетки на добу, всього 21 день.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

60 Спосіб лікування маткових кровотеч на фоні постгеморагічної анемії у дівчат в пубертатному періоді, що включає симптоматичну гемостатичну, антианемічну та гормональну терапію, який

відрізняється тим, що в умовах стаціонару на фоні анемії першого, другого та третього ступеня як гемостатичну терапію призначають транексам внутрішньовенно крапельно по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 1-3 рази на день (в залежності від ступеня) 3-5 днів; окситоцин внутрішньовенно крапельно по 1,0 мл 1-2 рази на добу (в залежності від ступеня) 3-5 днів;

5 етамзилат внутрішньом'язово по 2,0-4,0 мл (в залежності від ступеня) 1-4 рази на добу (в залежності від ступеня) 3-7 днів; мефенамінову кислоту внутрішньо по 250-500 мг (в залежності від ступеня) 2-3 рази на добу 3-7 днів; афобазол по 300 мг 1-2 рази на добу 14 днів; трав'яні збори, настої, що скорочують міометрій, внутрішньо 4 рази на добу 5-7 днів; при цьому як антианемічну терапію призначають тотему перорально по 10-20 мл розчину 1-2 рази на день

10 10-20 днів; аскорутин по 1 таблетці внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; фолієву кислоту по 0,05 мг внутрішньо 3 рази на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1 місяць; нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз на добу через день 5 днів; сироп шипшини внутрішньо по 5 мл 3 рази на день 14-20 днів та додатково на фоні анемії третього ступеня призначають ферум-лек внутрішньом'язово по 2,0 мл на добу 10-15 днів з індивідуальним підрахуванням дози заліза

15 за стандартною формулою та введенням після проби на індивідуальну чутливість; після досягнення гемостазу та стабілізації стану хворої призначають ентеральну оксигенотерапію, електросон, електрофорез з кальцієм на комірцеву зону; на фоні анемії другого ступеня розпочинають гормональну терапію, призначаючи регулон внутрішньо за схемою по 1 таблетці

20 4-6 раз на добу до досягнення гемостазу, потім дозу поступово знижують до 1 таблетки на добу, всього 21 день та додатково дуфастон 5-10 мг на добу перорально на фоні анемії третього ступеня.

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

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