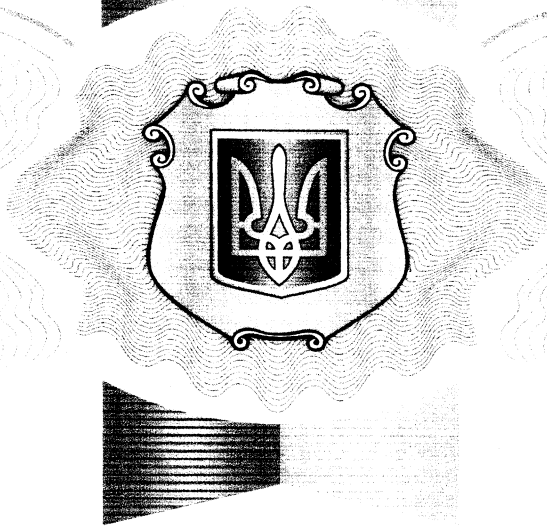


УКРАЇНА

UKRAINE



ПАТЕНТ

НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

№ 65489

СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ
ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ

Видано відповідно до Закону України "Про охорону прав на винаходи і корисні моделі".

Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 12.12.2011.

Голова Державної служби
інтелектуальної власності України

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M.V. Paladiy'.

М.В. Паладій



(19) UA

(51) МПК (2011.01)
A61K 31/00

(21) Номер заявки: **u 2011 05582**

(22) Дата подання заявки: **04.05.2011**

(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **12.12.2011**

(46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: **12.12.2011, Бюл. № 23**

(72) Винахідники:
**Кравченко Олена Вікторівна, UA,
Ясніковська Світлана Михайлівна, UA**

(73) Власник:
**Кравченко Олена Вікторівна,
вул. Суворова, 16, кв. 1, м.
Чернівці, 58029, Україна, UA**

(54) Назва корисної моделі:

СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ

(57) Формула корисної моделі:

Спосіб профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, який відрізняється тим, що як гормональну терапію використовують дуфастон 20 мг на добу з 8 по 18 тиждень, метаболічну терапію проводять на 10-11 та 15-16 тижні вагітності та як терапію, що покращує матково-плацентарний кровообіг, призначають гінґко білоба 40 мг 3 рази на день, ериніт 1 таблетку 3 рази на день, магне В6 по 2 таблетки 3 рази на день, фолієву кислоту по 1 таблетці 2 рази на день та вітамін Е по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10-12 днів.



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65489 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61K 31/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ

1

(21) u201105582
(22) 04.05.2011
(24) 12.12.2011
(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.
(72) КРАВЧЕНКО ОЛЕНА ВІКТОРІВНА,
ЯСНИКОВСЬКА СВІТЛАНА МИХАЙЛІВНА
(73) КРАВЧЕНКО ОЛЕНА ВІКТОРІВНА
(57) Спосіб профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, який

2

відрізняється тим, що як гормональну терапію використовують дуфастон 20мг на добу з 8 по 18 тиждень, метаболічну терапію проводять на 10-11 та 15-16 тижні вагітності та як терапію, що покращує матково-плацентарний кровообіг, призначають гінго білоба 40мг 3 рази на день, ерінит 1 таблетку 3 рази на день, магне В6 по 2 таблетки 3 рази на день, фолієву кислоту по 1 таблетці 2 рази на день та вітамін Е по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10-12 днів.

Корисна модель належить до медицини, а саме акушерства, гінекології та перинатології та може бути використана для профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику щодо розвитку внутрішньоутробної інфекції (ВУІ).

Провідна роль внутрішньоутробних інфекцій (ВУІ) серед причин несприятливих перинатальних ускладнень визначає важливість всебічного вивчення даної проблеми. Однією з ознак внутрішньоутробного інфікування плода є хронічна плацентарна недостатність, яка зустрічається в 99,1 % спостережень при гострих та хронічних інфекціях у матері та призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Невід'ємною ланкою профілактики та лікування ВУІ є корекція порушень фетоплацентарного комплексу, застосування метаболічної терапії, що забезпечує розвиток антиоксидантної, антигістамінової, мембранопротекторної дії та стимулює детоксикаційну функцію плаценти. Достатньо широке використання антигіпоксантів, антиоксидантів під час вагітності, ускладненої внутрішньоутробним інфікуванням плода, проводиться в значній мірі апріорно. Між іншим, у вітчизняній літературі до сьогодні відсутні систематизовані відомості про стан процесів вільнорадикального окиснення, зокрема ліпопероксидації при внутрішньоутробному інфікуванні плода, що значно утруднює оцінку ефективності проведеної терапії та прогнозування перебігу вагітності і пологів у вагітних групи ризику щодо ВУІ.

Одним з основних патогенетичних механізмів розвитку плацентарної дисфункції (ПД) при ВУІ є порушення матково-плацентарного та фетоплаце-

нтарного кровообігу, що супроводжується патологічними змінами реологічних та коагуляційних властивостей крові (підвищенням в'язкості, гіперагрегацією еритроцитів і тромбоцитів), розладами мікроциркуляції і судинного тонусу та недостатністю артеріального кровообігу. Саме тому важливе місце у терапії ПД при внутрішньоутробному інфікуванні плода посідають препарати антиагрегантної та антикоагуляційної дії, а також лікарські засоби, що нормалізують судинний тонус. Вони покращують кровообіг, реологічні і коагуляційні властивості крові, перфузію тканин та живлення їх киснем і поживними речовинами. Під впливом низки антиагрегантів інгібується дія циклооксигенази, знижується синтез тромбоксану, відновлюється порушений баланс продукції ПГ з пресорною та депресорною активністю.

Відомими способами профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику є призначення медикаментозних засобів, що регулюють тонус матки при загрозі переривання вагітності (но-шпа, вібуркол, гініпрал), покращують реологічні властивості крові (реополіглюкін, трентал, курантіл); активаторів кровообігу та метаболізму (актовегін); препаратів для нормалізації енергетичного обміну (ессенціале, ліпостабл).

Прототипом корисної моделі є спосіб профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування (Чуб В.В., Чибисова І.В., Климов В.А. Фетоплацентарная дисфункция: основы патогенеза, проблемы диагностики, тактика лечения. - Методические рекомендации. - Лу-

(19) UA (11) 65489 (13) U

ганськ, 2003.-36 С.). Спосіб-прототип здійснюється наступним чином: вагітній жінці із групи ризику розвитку внутрішньоутробних інфекцій призначають зберігаючу терапію (спазмолітики), антиагреганти, препарати-активатори кровотоку та метаболізму, проводять озono- чи баротерапію.

Недоліками прототипу є те, що зберігаюча терапія спазмолітинами є недостатньо ефективною, а метаболічна терапія не проводиться курсами протягом всієї вагітності, внаслідок чого 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 поставлена задача удосконалити спосіб профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування для забезпечення досягнення технічного результату - попередження розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з ВУІ та зниження рівня ускладнень в перинатальному (ВУІ плода, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода) та ранньому неонатальному періодах.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі профілактики розвитку дисфункції плаценти у жінок групи ризику шляхом проведення комплексного медикаментозного лікування, згідно з корисною моделлю, як гормональну терапію використовують дуфастон 20мг на добу з 8 по 18 тижень, метаболічну терапію проводять на 10-11 та 15-16 тижні вагітності та як терапію, що покращує матково-плацентарний кровообіг, призначають гінкго білоба 40мг 3 рази на день, ериніт 1 таблетку 3 рази на день, магне В6 по 2 таблетки 3 рази на день, фолієву кислоту по 1 таблетці 2 рази на день та вітамін Е по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10-12 днів.

Спільними ознаками прототипу та корисної моделі, що заявляється, є призначення комплексного медикаментозного лікування для профілактики розвитку внутрішньоутробної інфекції у жінок групи ризику.

Корисна модель, що заявляється, відрізняється від прототипу тим, що як медикаментозне лікування використовують дуфастон, гінкго білоба, ериніт, магне В6, фолієву кислоту та вітамін Е у певному дозуванні в залежності від терміну вагітності.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином.

Вагітним групи ризику ВУІ плода призначають:

- гормональну терапію (дуфастон 20мг на добу з 8 до 18 тижня вагітності);

- метаболічну терапію курсами на 10-11 та 15-16 тижнях вагітності. Як метаболічну терапію використовують стандартні комплекси (кокарбоксілаза 100мг, рибоксин по 0,2 3 рази на день, ліпоева кислота 1 табл. 3 рази на день, калію оротат 1 табл. 3 рази на день, троксевазин 1 капсула 2 рази на день);

- препарати, що покращують матково-плацентарний кровообіг (гінкго білоба 40мг 3 рази на день; ериніт 1 табл. 3 рази на день; магне В6 по 2 табл. 3 рази на день; фолієва кислота - 1 табл. 2 рази на день; вітамін Е - 1 капсула (100мг) 2 рази на день 10-12 днів).

Технічний результат, що досягається при використанні корисної моделі, попередження розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з ВУІ та зниження рівня ускладнень в перинатальному (ВУІ плода, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода) та ранньому неонатальному періодах.

Приклад конкретного застосування способу.

Ефективність запропонованого комплексного методу профілактики ПД нами проаналізовано у 24 жінок з групи ризику щодо ВУІ (основна група). Контрольну групу склали 26 жінок з факторами ризику ВУІ, яким не проводилися зазначені в корисній моделі заходи. Групи були статистично однорідними. Вагітним основної групи рекомендували прийом дуфастону 20мг на добу з 8 до 18 тижня вагітності; метаболічну терапію курсами на 10-11 та 15-16 тижнях вагітності; препарати, що покращують матково-плацентарний кровообіг (гінкго білоба - 40мг 3 рази на день; ериніт - 1 табл. 3 рази на день; магне В6 - по 2 табл. 3 рази на день; фолієва кислота - 1 табл. 2 рази на день; вітамін Е - 1 капсула (100мг) 2 рази на день 10-12 днів).

Дослідження проведені після лікування переконливо показали, що у вагітних основної групи значно раніше спостерігалось покращення стану, про що свідчило зниження у 90,6 % пацієнток нервової збудливості, покращення у них сну. Негативних ефектів від запропонованої терапії в жодному випадку не спостерігалось. Слід відмітити позитивну динаміку у лікуванні загрози переривання вагітності, ЗВУРП, частота яких знизилась і склала відповідно 18,8 % та 3,1 % проти 25,7 % та 5,2 % відповідно у 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 кардіотографічні показники серцебиття плода, які свідчило про зменшення, а в деяких випадках - зникнення хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода. Частота народження дітей у стані асфіксії була в 2,6 рази меншою у порівнянні із такою у групі контролю. До того ж протікання періоду адаптації у 97,1 % новонароджених було фізіологічним.

На основі виявлених позитивних ефектів запропонованої нами комплексної профілактичної терапії можна зробити висновок, що метод з високоєфективним і економічно вигідним методом профілактики і 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 переважній більшості новонароджених стає фізіологічним.