



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35061 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ІНСУЛІНО-РЕЗИСТЕНТНІСТЮ

1

2

(21) u200805355
(22) 24.04.2008
(24) 26.08.2008
(46) 26.08.2008, Бюл.№ 16, 2008 р.
(72) ОШОВСЬКИЙ ВІКТОР ІВАНОВИЧ, UA
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA
(57) Спосіб ведення вагітності, пологів та післяпо-
логового періоду у жінок з інсулінорезистентністю,

який полягає в раціоналізації харчування, активі-
зації рухового режиму, системі самоконтролю, вве-
денні препаратів магнію у добовій дозі 300мг по
два тижні з двотижневими перервами з 24 по 36
тижні гестації, фолієвої кислоти у добовій дозі 600
мг з 16 по 24 тижні гестації, депротеїнізованого
гемодеривату "Актовегін" по 2 таблетки 3 рази на
день по два тижні з двотижневими перервами з 24
по 36 тижні гестації.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
крема до акушерства та гінекології, і може бути
використана для зменшення частоти перинаталь-
них ускладнень та покращення якості життя жінки у
післяпологовому періоді.

Вагітність є станом, що характеризується зни-
женою чутливістю тканин до інсуліну. Під час
фізіологічної вагітності її ознаки з'являються в
середньому з 16 тижня. У другому триместрі
високий рівень оваріальних та плацентарних
стероїдів, а також підвищення синтезу кортизолу
корою наднирників сприяють поглибленню
інсулінорезистентності, особливо з 24 тижня. За
відсутності несприятливих факторів дані зміни не
виходять за межі фізіологічних і не викликають
патологічних процесів у організмі жінки та плоду. В
протилежному випадку - зниження чутливості пе-
риферичних тканин до інсуліну може
поглиблюватись і самостійно або у комплексі з
іншими пов'язаними чинниками підвищувати аку-
шерські та перинатальні ризики.

Відомий спосіб полягає у використанні досить
потужних препаратів, співвідношення доцільнос-
ті/шкоди для яких під час вагітності остаточно не-
з'ясована. Наприклад використання бігуанідів
[C.G.Gluek, N.Goldenberg, 2004] або синтетичного
прогестерону, дезагрегантів і низькомолекулярних
гепаринів [Макацарія, Пшеничникова, Біцадзе,
2006]. Незважаючи на патогенетичну обґрунтова-
ність ці схеми не можна вважати оптимальними
через можливий ембріотоксичний ефект. Прототип
корисної моделі - невідомий.

В основу корисної моделі «Спосіб ведення ва-
гітності, пологів та післяпологового періоду у жінок
з інсулінорезистентністю» поставлено завдання

покращити чутливість периферичних тканин до
інсуліну під час вагітності, а отже запобігти погли-
бленню первинної інсулінорезистентності, надли-
шковому приросту маси тіла, акушерським усклад-
ненням.

Поставлене завдання здійснюється шляхом
раціоналізації харчування, активізації рухового
режиму, призначення препаратів магнію, фолієвої
кислоти та депротеїнізованого гемодеривату за
спеціально розробленою схемою. Нижче більш
детально представлено опис застосування спосо-
бу ведення.

Раціоналізація харчування. Основними прин-
ципами харчування є: частий прийом їжі малими
порціями (до 6 разів на добу, останній раз за 1,5
години до сну); загальним калоражем 30кКал на
1кг маси тіла. Основою раціону (50%-60% харчової
цінності) мають бути складні вуглеводи зі зниже-
ним глікемічним індексом; загальна кількість жирів
не має перевищувати 30% від загального калора-
жу, сатурованих жирів - 10%. Кількість білків тва-
ринного та рослинного походження має складати
не менше 70-80г на добу. Жінки включають до
раціону продукти багаті на клітковину; вживають
не менше 2л рідини на добу. Руховий режим. Вагі-
тні виконують щоденний руховий комплекс, який
складається з 30-хвилинної ходьби (плавання,
ходьба на лижах) та набору аеробних вправ. Фізи-
чні навантаження мають бути еквівалентні за ене-
ргетичними витратами не менше ніж 100кКал
(водночас, не більше 200кКал). Забезпечення під-
тримки, моніторингу та оцінки. Усі жінки ведуть
щоденник, у якому відмічають спожиті та втрачені
за добу калорії, отримані препарати, самопочуття,
різні аспекти прийнятності програми, коментарі.

UA (19) 35061 (11) 35061 (13) U

Кожна жінка заручається підтримкою партнера (чоловік, сестра, мати, подруга) для максимального слідування всім рекомендаціям. Партнер проходить спеціальний курс - інструктаж на базі амбулаторного акушерського закладу з приводу своїх обов'язків. Медикаментозний компонент. 1). Препарат «Актовегін®» (NYKOMED) володіє інсуліно-подібною дією. Вводиться за схемою: 2 таблетки 3 рази на добу протягом 15 днів із перервою на два тижні з 24 по 36 тижні вагітності (3 курси по 15 днів). 2). Препарати солей магнію підвищують чутливість тканин до інсуліну. Дозування базується на добовій потребі, що складає 300мг при перерахунку на магній. Прийом відбувається за схемою: 300мг щоденно протягом 15 днів із перервою на два тижні з 16 по 36 тижень вагітності (разом - 4 курси, які, починаючи з 24 тижня, чергуються з «Актовегіном®»). 3) Фолієва кислота нормалізує рівень гомоцистеїну, надлишок якого поглиблює інсулінорезистентність [Cranberry, Fonseca, 1999]. Дозування базується на денних потребах вагітної і складає 600мг на добу. Приймається 600мг таблетованих форм фолієвої кислоти щоденно з 12 по 16 тижень вагітності (приблизний термін завершення формування плаценти).

У післяпологовому періоді необхідно: сприяти лактації, щонайменше протягом 3 місяців (це значно покращить чутливість тканин до інсуліну); проводити комплекс вправ Kegel з третього триместру (жінки з інсулінорезистентністю є групою ризику щодо стресового нетримання сечі); після припинення лактації - раціоналізація харчування, активізація рухового режиму, партнерська підтримка; за необхідністю - медикаментозна терапія (за рішенням лікаря); проведення моніторингу показників обміну вуглеводів, ліпідів та інсуліну один раз на півріччя.

Такий спосіб ведення пройшов апробацію у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова, Вінницькому обласному Центрі матері і дитини, Вінницькому міському пологовому будинку №1, 7 центральних районних лікарнях з 2006 року. Його успішно використано на 72 вагітних з інсулінорезистентністю.

Клінічний приклад.

Вагітна О.П.І., 24 років, що мешкає у с. Кароліна, Немирівського району, Вінницької області встала на облік у Вінницькому центрі планування сім'ї 15.02.07. у терміні гестації 11 тижнів. Після

повного клініко-лабораторного обстеження встановлено такі відхилення від норми: артеріальний тиск: 140/90мм.рт.ст. індекс маси тіла - 29,2кг/м, гемоглобін - 100г/л, глюкоза - 5,6ммоль/л, імунореактивний інсулін - 19мМО/мл, загальний холестерин - 7,2ммоль/л, тригліцериди - 2,2ммоль/л).

Сформульовано діагноз: I вагітність 11 тижнів, I майбутні пологи у 24 роки, Ожиріння I ст., НЦД за гіпертонічним типом. Анемія легкого ступеню. Інсулінорезистентність.

Розроблений спосіб ведення жінок з інсулінорезистентністю застосовано до даної вагітної. Протягом наступних місяців вагітна нормалізувала свій харчовий та руховий режим, про що зроблено відповідні відмітки у щоденнику та доповнено відомостями зі слів партнера. З 16 по 24 тижні вагітності жінка приймала фолієву кислоту у дозі 600мг на добу; з 24 по 36 депротеїнізований гемодериват у дозі 2 таблетки тричі на день та препарат магнію у дозі 300мг по 14 днів, чергуючи цикли. Вагітність перебігала без патології. Середні показники артеріального тиску склали 125/80мм.рт.ст. Відхилення від норми у лабораторних аналізах не було, за винятком інсулінемії - 15мМО/мл, що у даному випадку можна вважати позитивною тенденцією. Приріст маси тіла склав 12кг. Пологи відбулися 21.08.07 у терміні гестації 39 тижнів. Народився живий доношений хлопчик масою 3100г, зростом 51см, стан за Апгар на 1-й хвилині - 8 балів, на другій - 9 балів. Перебіг пологів та післяпологового періоду - без патології.

Таким чином, «Спосіб ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з інсулінорезистентністю», що складається з раціонального харчування, активного рухового режиму, самоконтролю жінки за допомогою спеціального щоденника, активного залучення партнера та патогенетичної медикаментозної терапії, може покращити чутливість до інсуліну, запобігти надлишковому приросту маси тіла, артеріальній гіпертензії, дисліпідемії, порушенню обміну вуглеводів, тромбофілії, а також зменшити частоту гіпертензивних розладів вагітних, дистресу плоду, оперативного розродження та потребу в інтенсивній терапії новонароджених. Спосіб має великий економічний, соціальний та гуманістичний ефект, оскільки впливає на подальшу якість життя породіль та новонароджених.