



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3282

(13) U

(51) 7 A61K31/155

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХЛОПЦІВ З ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

1

2

(21) 20031211335

(22) 10.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Коренів Микола Михайлович, Хижняк Оксана
Олегівна(73) ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА
ПІДЛІТКІВ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб лікування метаболічних розладів у
хлопців з гіпоталамічним синдромом пубертатного
періоду шляхом використання лікарських препа-
ратів, який **відрізняється** тим, що вживають мет-
формін по 500 мг на добу вранці протягом двох
місяців.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до ендокринології, і може бути використаний для лікування гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду його метаболічного варіанту.

Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП) - захворювання, поширене серед підлітків чоловічої статі.

Найбільш характерними клінічними його проявами є ожиріння, артеріальна гіпертензія, трофічні порушення шкіри, а також численні метаболічні розлади. У хлопців з ГСПП в старшому віці з'являється високий ризик розвитку інсулінонезалежного цукрового діабету, захворювань серцево-судинної системи та інших ускладнень. У третини хворих на ГСПП хлопців спостерігаються прояви метаболічного синдрому.

Відомий спосіб лікування ГСПП шляхом вживання цукрознижуючих препаратів та застосування антигіпертензивної терапії [Аналог: Каюшева И В. Лечение, профилактика и прогноз гипоталамического пубертатного синдрома. - Пермь.. 1986.- 19с.].

Пропонується терапія ГСПП, яка спрямована на боротьбу з ожирінням [Аналог: Терещенко И В. Эндокринные расстройства у юношей и девушек в пубертатном периоде.// Медицина и здравоохранение. Обзор. - Москва, 1991.- 66а].

Але кожен із цих способів є ефективним для лікування окремих порушень вуглеводного і жирового обміну.

Найбільш близьким за технічною суттю корисної моделі, що заявляється, є спосіб лікування ГСПП як багатокомпонентного симптомокомплексу, за допомогою комплексного вживання ан-

тигіпертензивних, гіполіпідемічних та цукрознижуючих лікарських препаратів водночас [Прототип: Боднар П.М. Метаболічний синдром // Лікування та діагностика. - 2001. - № 4 -с. 24-28].

Однак, велике навантаження на організм лікарськими препаратами, наявність їх побічної дії у дитячому віці робить цей спосіб неефективним для дітей та підлітків.

Задачею даного корисної моделі є створення такого способу лікування метаболічного синдрому ГСПП, при якому вживання одного лікарського препарату, діючого на всі ланки, поєднаних між собою, патологічних станів, призвело б до значного ефекту лікування.

Ця задача може бути вирішена за допомогою використання лікарського препарату метформіну.

Метформін належить до класу бігуанідів. В основі його механізму дії лежить зниження периферичної інсулінорезистентності та поліпшення утилізації в м'язах, печінці і жировій тканині, гальмування кишкової абсорбції, глюкози. Крім того, метформін знижує рівень тригліцеридів, холестерину та жирних кислот, активує фібриноліз. Він покращує реологію крові, показники вуглеводного та жирового обміну, знижує масу тіла та апетит, рівень артеріального тиску.

Корисна модель відрізняється від прототипу тим, що вживання серії препаратів заміняє один, який реагує на всі клінічні прояви симптомакомплексу.

Спосіб лікування метаболічних розладів у хлопців з ГСПП здійснюється наступним образом: призначають лікарський препарат метформін по

(13) U

(11) 3282

(19) UA

500 мг на добу вранці протягом двох місяців з наступним контрольним оглядом.

Ремісія захворювання при лікуванні метформіном - 10,4 місяців порівняно з терапією традиційними методами - 6,2 місяці.

Приклад 1. Хворий Сергій Т., 17 років (історія хвороби № 3540) був госпіталізований до відділення ендокринології зі скаргами на надлишкову вагу, головний біль, який супроводжувався носовими кровотечами, коливання артеріального тиску з тенденцією підвищення до 160/100 мм. рт. ст.

Об'єктивно: зріст 173 см., маса тіла 109 кг., ОТ/ОБ=1,1, ІМГ=36,3. За даними лабораторних досліджень:

Клінічний аналіз крові: еритроцити $4,65 \times 10^{12}/л$; НВ=144 г/л, кольоровий показник 0,87; тромбоцити $207 \times 10^9/л$, ретикулоцити 6%; лейкоцити $5,50 \times 10^9/л$; лімфоцити 24 %; моноцити 11 % ЩОЕ 7 мм/год.

Біохімічний аналіз сечі - в межах норми.

Біохімічний аналіз крові: холестерин 6,2 ммоль/л, α – ліпопротеїди 1,73 г/л, β – ліпопротеїди 5,7 г/л, тригліцериди 1,97 ммоль/л; креатини крові 0,088 ммоль/л. Рівень іномуреактивного інсуліна в сировотці крові - 259 нмоль/л при нормі 64-160) нмоль/л. За даними ЕКГ: чсс 87/1 хв. Синусовий ритм, вертикальна позиція електричної осі серця, неповна блокада правої ніжки п. Гіса, порушення процесів реполяризації в міокарді дифузно ознаки ішемії в передньоперегородочній та верхушечній зоні.

Враховуючи, що у хворого є клініко-лабораторні ознаки метаболічного синдрому (артеріальна гіпертензія, абдомінальний тип ожиріння, гіперінсулінемія, підвищений рівень загального холестерину та α – ліпопротеїдів, а також відсутність позитивної динаміки після проведеного загального курсу лікування, рекомендовано призначення лікарського препарату мететфому (Сіофору) по 500 мг. на добу протягом 2-х місяців з наступним контрольним обстеженням.

Після лікування відмічена виражена позитивна динаміка: зниження маси тіла на 9 кг., нормалізація апетиту, стабілізація рівня артеріального тиску (САТ 120-130 мм. ст. ст.; ДАТ 80=85 мм. ст. ст.), загальний холестерин 3,9 ммоль/л, α – ліпопротеїди - 1,22 г/л, тригліцериди - 1,43 ммоль/л.

Приклад 2: Хворий Олексій П., 16 років (історія хвороби № 2093) був госпіталізований до відділення ендокринології зі скаргами на головний біль, надлишкову вагу, коливання АТ з тенденцією його підвищення до 160/100 мм. рт. ст.

Об'єктивно: зріст 172 см., маса тіла 126/122 кг., ОТ/ТБ-1,1 індекс маси тіла=44. За даними клінічного аналізу крові: еритроцитів $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 137 г/л; кольоровий показник 0,89; тромбоцитів $180 \times 10^9/л$, лейкоцитів $4,5 \times 10^9/л$; еїзенофілів 1%; п/я 2 %; сегментів 58 %; лімфоцитів 28 %; моноцитів 11 %; ЩОЕ 10 мм/год.

Клінічний аналіз сечі в нормі. За даними біохімічними аналізу крові: білірубін 24,0 мкмоль/л; холестерин 6,5 ммоль/л; тригліцериди 1,2 ммоль/л; ОХЛПВП 1,01 ммоль/л; ІРІ – 244 нмоль/л при нормі 64-160 нмоль/л.

Глюкозотолерантний тест: (навантаження 75 г. глюкози) 0 хвилин – 3,3 ммоль/л; 120 хвилин – 3,9 ммоль/л.

Коагулограма: фібринолітична активність 5 годин; фібриноген 3,6 г/л; фібриноген “Б” - негативний; протромбін 100%; тромбостет V ст.; рекальфікація 1’30”; толерантність плазми до гепарину 6 хвилин.

Було проведено лікування метформіном (Сіофором) за схемою: 500 мг один раз на добу. Виписаний в задовільному стані.

Після лікування метформіном протягом 2-х місяців відмічаються зниження маси тіла на 4 кг, рівень ОХ став 5,2 ммоль/л, ТГ – 0,98 ммоль/л, ОХЛПВП – 1,2 ммоль/л, ІРІ – 68 нмоль/л.