



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63717 (13) U
(51) МПК
A61P 11/06 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ, У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

1

2

(21) u201013927

(22) 22.11.2010

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) ПОБЕДЬОННА ГАЛИНА ПАВЛІВНА, СОЛОНА
ОЛЬГА ГЕННАДІВНА, ПОБЕДЬОННА ТЕТЯНА
АНАТОЛІВНА

(73) ПОБЕДЬОННА ГАЛИНА ПАВЛІВНА, СОЛОНА
ОЛЬГА ГЕННАДІВНА, ПОБЕДЬОННА ТЕТЯНА
АНАТОЛІВНА

(57) Спосіб лікування хворих на бронхіальну астму середньотяжкого перебігу, поєднану із хронічним некалькульозним холециститом, що полягає у додатковому до базисних засобів призначенні феназепаму, який **відрізняється** тим, що додатково до базисних засобів застосовують тіотриазолін у фармакопейно допустимій дозі та режимі.

Корисна модель належить до медицини, а саме до пульмонології.

Сучасні протоколи лікування бронхіальної астми (БА) (Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) не враховують терапію поєднаної патології, проте, її існування знижує ефективність лікування, збільшує частоту загострень, приводить до розвитку тяжких, терапієрезистентних форм захворювання, зменшує вірогідність досягнення астма-контролю (Яшина Л.А. Астма-контроль [Текст] / Яшина Л.О., Горовенко Н.Г., Гогунська І.В. // Укр. пульмонол. журн.-2003. - № 2. - С. 13-18).

Існує спосіб лікування хворих на БА, поєднану з ХНХ, що полягає у призначенні феназепаму 0,0005 на ніч протягом 10-12 днів (Зінченко Т.М. Особливості перебігу та лікування персистуючої бронхіальної астми у поєднанні з хронічним холециститом у осіб жіночої статі [Текст]: автореф. дисс... канд. мед. наук: спец. 14.01.02 "Внутрішні хвороби" / Тамара Миколаївна Зінченко. - Полтава, 2005.-22 с). Недоліком цього методу є те, що феназепам впливає лише на вегетативну нервову систему, але не усуває інші патогенетичні механізми даної поєднаної патології.

Задача запропонованого способу - підвищення ефективності лікування БА середньотяжкого перебігу у поєднанні із ХНХ за допомогою додавання до комплексного лікування таких хворих препарату тіотриазолін із дією на основні патогенетичні ланки.

Препарат тіотриазолін розроблений НПО "Фарматрон", (м. Запоріжжя), відноситься до групи тіазолу (морфолінова сіль 3-метил-1,2,4-

триазоліл-5-тіоуксусной кислоти). Він має дозвіл Фармакологічного комітету МОЗ України для клінічного застосування. Випускається у вигляді розчину для ін'єкцій, в ампулах по 2 мл 1% або 2,5% розчину по 10 ампул в упаковці, а також у таблетках по 0,1 мг у контурному осередковому упакованні, по 10 або 50 штук у упаковці.

Дія тіотриазоліну характеризується плейотропним патогенетичним впливом, що полягає у антиоксидантному, імуномодуючому, протизапальному впливі [Пасиешвили Л.М. Состояние и роль цитокинового звена иммунитета в становлении и прогрессировании заболеваний пищеварительного канала [Текст] / Л.М.Пасиешвили, М.В. Моргулис // Сучасна гастроентерологія.-2004. № 3. - С. 8-11], має здатність надавати жовчогінний ефект, поліпшуючи клінічний перебіг ХНХ [Волошин М.А. Застосування тіотриазоліну в гастроентерології [Текст] / М.А. Волошин [та ін.] // Здоров'я України.-2007. - №20. - С 64-65], а також зменшувати прояви синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації [Старосек В.Н. Применение тиотриазолина в терапии острого панкреатита [Текст] / В. Н. Старосек, И. И. Фомочкин, А. Н. Скромный // Здоров'я України.-2004. - № 18 (103). - С 40-41], який обтяжує перебіг як БА так і ХНХ.

Суть корисної моделі полягає в тому, що хворим на середньотяжку БА в поєднанні із ХНХ додатково до базисного лікування БА відповідно ступеню тяжкості у період загострення БА додавали тіотриазолін у фармакопейно допустимій дозі та режимі протягом 10 днів. Для контролю ефектив-

(19) UA (11) 63717 (13) U

ності лікування використовували оцінку маркерів ендогенної метаболічної інтоксикації - середніх молекул (СМ) за методикою Николайчик В.В. и співавт., [Николайчик В.В. Способ определения „средних молекул“ [Текст] / В.В. Николайчик [и др.] // Лаборат. дело.-1991. - № 10. - С. 13-18], сорбційної здатності еритроцитів (СЗЕ) [Тогайбаев А.А. Способ диагностики эндогенной интоксикации [Текст] / А.А. Тогайбаев [и др.] // Лаборат. дело.-1988. - № 3. - С. 22-24] та їх корпускулярного об'єму (MCV) - за допомогою апарату К-1000 фірми "Sysmex" (Японія) [Козлова Н.В. Зміна середнього об'єму еритроцитів - маркер токсичного гепатиту // Укр. мед. вісник - 2001. - Т. 4, № 1 (62). - С. 50].

Новим у запропонованій корисній моделі є додаткове до базисного лікування БА використання тіотриазоліну у фармакопейно допустимій дозі та режимі для усунення синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації, що проявляється нормалізацією рівня середніх молекул, сорбційної здатності еритроцитів та їх середнього корпускулярного об'єму (MCV).

Дослідженню підлягали 61 пацієнт із середньо тяжкою БА та супутнім ХНХ, що лікувалися у алергологічному відділенні із загостренням БА. Під час стаціонарного лікування, ХНХ у пацієнтів із БА був у стадії ремісії. Середній вік досліджених хворих склав (33,4±4,8) років, тривалість захворювання БА дорівнювала (15,7±3,6) років. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. В залежності від обсягу лікування хворі були розподілені на репрезентативні групи. Пацієнти із I групи отримували тільки базисні засоби, у хворих із II групи лікування доповнювалося внутрішньом'язовим введенням 2 мл 2,5% розчину тіотриазоліну двічі на добу протягом 10 днів.

Рівень СМ у сироватці крові пацієнтів обох груп до лікування становив (0,78±0,09) г/л (P<0,05)

і вірогідно перебільшував показник здорових осіб у 1,3 рази. Рівень СМ у сечі хворих обох груп до початку лікування також був високий (7,56±0,56) г/л, перевищуючи показник здорових осіб у 1,8 рази. Після лікування рівень СМ у сироватці крові хворих I групи знижувався, але продовжував перевищувати референтну норму у 1,2 рази (P<0,05). Вміст СМ у сечі після лікування у хворих I групи незначно зменшився, дорівнюючи (6,12±0,52) г/л, що перевищувало референтну норму у 1,4 рази (P<0,05). У хворих II групи вміст СМ досягав рівня здорових осіб, дорівнюючи (0,62±0,05) г/л у сироватці крові, та (4,55±0,51) г/л - у сечі.

У хворих обох груп СЗЕ на початку лікування становила (52,9±2,7)%, що було у 1,6 рази вищим за показники у здорових осіб (P<0,05). Після лікування базисними засобами СЗЕ у пацієнтів I групи знижувалась до (47,8±3,8)%, вірогідно перевищуючи референтну норму (P<0,05). Показник СЗЕ у хворих II групи після лікування був нижчим у 1,2 рази, ніж у хворих I групи, дорівнюючи (35,1±1,8)%.

На початку лікування у пацієнтів обох груп MCV перевищував референтну норму у 1,1 рази (P<0,05) і дорівнював (99,3±1,5) fl. Після лікування у хворих I групи рівень MCV мав тенденцію до зниження, але залишався вищим за референтну норму і становив (97,9±0,9) fl. У пацієнтів II групи показник MCV був у 1,1 рази нижче, ніж аналогічний у I групі, дорівнюючи (94,1±1,2) fl.

Таким чином, при використанні запропонованого нами методу лікування шляхом додавання до базисного лікування препарату тіотриазолін у фармакопейно допустимій дозі та режимі досягається більша ефективність лікування середньо тяжкої БА в поєднанні з ХНХ за рахунок усунення синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації.