

Спосіб, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до внутрішніх хвороб і може бути запропонований для лікування хворих з поєднанням гіпертонічної хвороби та виразкової хвороби.

В наш час як гіпертонічна хвороба, так і виразкова хвороба характеризуються високим рівнем захворюваності, значним щорічним зростанням втрат від тимчасової непрацездатності, високою частотою ускладнень [1, 2]. Крім того, проблема лікування як виразкової хвороби, так і гіпертонічної хвороби далекі від свого вирішення [3, 4].

Найближчим аналогом лікування хворих з поєднанням гіпертонічної хвороби та виразкової хвороби, є застосування антагоністів кальцію різних груп [5]. Істотним його недоліком є неможливість в усіх випадках досягти зниження артеріального тиску шляхом призначення лише антагоністів кальцію, наявність протипоказів до їх призначення в ряді випадків. Найближчим прототипом лікування хворих з поєднанням гіпертонічної та виразкової хвороб є призначення клофеліну [6]. Його недоліком є значна частота побічних ефектів при застосуванні клофеліну, зокрема сухість в ротовій порожнині, закладеність носа, седативний ефект, а також необхідність приймати препарат 4 рази на добу.

В основі винаходу поставлено задачу підвищення ефективності лікування хворих з поєднанням гіпертонічної та виразкової хвороб.

Технічним результатом є зменшення строків лікування хворих та швидке відновлення працездатності.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі лікування хворих з поєднанням гіпертонічної та виразкової хвороб, що включає призначення гіпотензивного препарату центральної дії згідно винаходу в якості гіпотензивного препарату використовують моксонідін в дозі 0,2-0,4мг на добу.

Перевагою даного способу є швидке загоєння виразки, зменшення ступеня запалення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, нормалізація артеріального тиску в більшості випадків протягом першого тижня лікування, незначна частота побічних ефектів.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після опитування хворого, збору анамнеза, фізикального дослідження, виміру артеріального тиску, проведення фіброгастродуоденоскопії, внутрішньошлункової рН-метрії та біопсії слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки хворим призначають антихелікобактерна терапія згідно Маастріхтської угоди від 2000 року; в якості гіпотензивного засобу застосовують моксонідін в дозі 0,2-0,4мг 1 раз на добу.

Приклад конкретного застосування способу

Хворий Б., 1958р.н., історія хвороби №3771

діагноз: гіпертонічна хвороба II стадія.

Виразкова хвороба, фаза загострення з локалізацією виразки в цибуліні дванадцятипалої кишки, хронічний гастродуоденіт.

З анамнезу: протягом 15 років страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки з загостреннями 1-2 рази на рік; останні 5 років діагностована гіпертонічна хвороба з підвищенням артеріального тиску до 200/100мм.рт.ст.

Об'єктивно: підвищеної вгодованості (ІМТ=32). Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво на 2 см., пульс 80 на 1 хв., ритмічний, артеріальний тиск-180/100мм.рт.ст. Живіт пальпаторно болючий в епігастрії та пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії з біопсією слизової оболонки шлунка - в цибуліні дванадцятипалої кишки виявлена виразка 0,6х0,9см в діаметрі, хронічний гастродуоденіт, ступінь запалення помірна.

Хворий прийняв курс лікування за наступною схемою: омепразол 20мг 2 рази на день, кларитроміцин 500мг 2 рази на день, амоксицилін 1000мг 2 рази на день протягом 10 днів. В якості гіпотензивного засобу застосовувався моксонідін в дозі 0,2мг, а з 4-го дня - 0,4мг 1 раз на добу.

Через 6 днів лікування артеріальний тиск у хворого знизився до цільового - 140/90мм.рт.ст., біль в епігастрії зник на 3-й день лікування, диспепсичні явища- докінця першого тижня. Контрольна фіброгастродуоденоскопія через 3 тижні показала відсутність виразкового дефекту дванадцятипалої кишки та активного запалення слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Спосіб, що пропонується, був апробований на базі поліклініки №3 Дарницького району М.Києва та поліклініки №1 Дніпровського району м. Києва.

Під нашим спостереженням знаходилося 63 хворих у котрих гіпертонічна хвороба була поєднана з виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки. Всі хворі отримували противиразкову терапію згідно основних положень Маастріхтської угоди від 2000 р. В залежності від характеру гіпотензивної терапії хворих розбили на 3 групи.

1-а група отримувала агоніст І-1 імідазолінових рецепторів моксонідін в дозі 0,2-0,4мг 1 раз на день.

2-а група отримувала клофелін (альфа-2 адреностимулятор центральної дії) в дозі 0,000075-0,00015мг 4 рази на добу.

3-а група отримувала антагоніст кальцію ніфедипін тривалої дії в дозі 20мг 1-2 рази на добу.

Агоніст І-1 імідазолінових рецепторів моксонідін є представником нової генерації антигіпертензивних препаратів центральної дії, що порівняно з іншими препаратами цього типу (клофелін, допегіт, гуанабенз, гуанфацин) є як більш ефективними, так і звільненими від значної частини типових для такого роду препаратів побічних дій.

В групі ніфедипіна больовий синдром зникав через $4,2 \pm 1,1$ дні ($p > 0,05$ порівняно з групою моксонідіна), диспепсичний - через $6,5 \pm 1,2$ дні ($p < 0,05$ порівняно з групою моксонідіна).

Через 3 тижні проведеної терапії загоїлось 10 виразок дванадцятипалої кишки з 12 та 7 виразок шлунка з 9.

Зменшення запалення слизової оболонки шлунка на 2 ступеня відмічене у $9,8 \pm 4,9\%$ хворих ($p < 0,05$ порівняно з групою моксонідіна)

В групі клофеліна також відмічена суттєва позитивна динаміка, яка говорить про його достовірно більш сприятливий вплив на перебіг виразкової хвороби порівняно з ніфедипіном: зникнення больового та диспепсичного синдромів відповідно через $3,2 \pm 0,8$ та $4,1 \pm 0,4$ дні лікування, загоєння всіх виразок через 3 тижні терапії (14-дванадцятипалої кишки та 7-шлунка), зменшення активності запалення слизової оболонки шлунка на 2

ступеня у $52,8 \pm 14,6\%$ хворих.

Однак застосування клофеліну супроводжувалось побічними ефектами у 9 з 21 хворих, причому у 4 пацієнтів вони потребували поступової відміни препарату. Крім того, більшість хворих відмічали незручність прийому препарату 4 рази на добу.

Оцінка результатів проведеної терапії згідно винаходу показала, що в групі моксонідіна мав місце суттєвий позитивний ефект. Так, абдомінальний больовий синдром зникав через $3,6 \pm 0,8$ дні лікування, диспепсичний - через $4,1 \pm 0,6$ дні. Через 3 тижні лікування відмічено загоєння всіх виразок (12-дванадцятипалої кишки та 9-шлунка) та зменшення запалення слизової оболонки шлунка на 2 ступеня у $48,8 \pm 14,8\%$ хворих. Побічна дія препарату протягом всього часу його застосування не відмічена, також на відміну від клофеліна для нормалізації артеріального тиску в усіх випадках препарат було достатньо приймати 1 раз на добу.

Джерела інформації:

1. Лутай М.І., Дорогой А.П. Поточні проблеми та пріоритетні напрямки діяльності кардіологічної служби України // Український кардіологічний журнал.- 2002. -№6.-с.5-12.

2. Гринь А.А. Анализ причин рецидивирования язвенной болезни у жителей Киева // Вр. дело- Лік. справа.- 2001.- №5-6.- с.163-164.

3. Бондаренко О.А. Лекарственная терапия артериальной гипертензии (обзор материалов многоцентровых кооперативных исследований) // Артериальная гипертензия.- 1999.- Т.5, №2.- с.61-66.

4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998.- 646 с.

5. Бирг Н.А. Клинико-гистохимическое обоснование дифференцированного применения антагонистов кальция при гастродуоденальных язвах // Тер.архив.-1994.-№2.- с.48-50.

6. Шептуллин А.А. Особенности лечения больных с сочетанием язвенной и гипертонической болезней // Клин. мед.- 1984.- №9.-с.61-65.