



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35918 (13) A

(51) 6 A61K9/00, 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

(21) 99041917

(22) 06.04.1999

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Бараннік Неоніла Гаврилівна, Головкін В'ячеслав Олександрович, Цимбалюк Ольга Анатоліївна

(73) Бараннік Неоніла Гаврилівна, Головкін В'ячеслав Олександрович, Цимбалюк Ольга Анатоліївна

(57) Спосіб лікування червоного плескатоного лишаю слизової оболонки порожнини рота шляхом призначення препаратів тимуса, вітамінотерапії, гіпосенсибілізуючих засобів, проведення санації порожнини рота та місцевого застосування м'якої лі-

карської форми, який відрізняється тим, що як м'яку лікарську форму застосовують концентрований гель, що містить куріозин, ротокан, новокаїн, етоній, аєкол, гліцерин, метилцелюлозу, воду очищену при такому співвідношенні компонентів (мас %):

куріозин	10,0-15,0
ротокан	3,5-5,5
новокаїн	0,15-0,20
атоній	0,11-0,15
аєкол	1,5-2,0
гліцерин	5,0-7,5
метилцелюлоза	5,0-6,0
вода очищена до	100,0,

при цьому гель призначають 3-5 разів на добу протягом 7-9 днів.

Винахід стосується медицини, а саме стоматології та дерматології, може бути використаний у лікуванні уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР), зокрема червоного плескатоного лишаю (ЧПЛ).

На сьогоднішній день в терапії ЧПЛ використовуються седативні та гіпосенсибілізуючі препарати, вітаміни, кортикостероїди, імуномодулятори, тощо. Проте поліетіологічність та не до кінця з'ясований патогенез ЧПЛ, його хронічний перебіг, схильність до частих рецидивів визначають складність і часом неефективність лікування цього захворювання. Тому обґрунтований пошук нових методів лікування.

Відомий спосіб лікування ЧПЛ СОПР, який полягає у призначенні місцевих протизапальних та епітелізуючих засобів, седативних препаратів, гелій-неонового лазера, проведенні санації порожнини рота, використанні мазі чи желе солкосерилу місцево та його розчину внутрішньом'язово (Барабаш А.Г., Цветкова Г.М., Прокаева Т.Б., Гетлинг З.М. Клинико-морфологическое обоснование комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с применением солкосерилу // Стоматология. - 1998. - № 3. - С. 31).

Суттєвими ознаками аналогу і винаходу, що збігаються, є такі:- призначення місцево м'якої лікарської форми, що містить речовини епітелізуючої та протизапальної дії;

- проведення санації порожнини рота;
- призначення седативних засобів.

Місцеве використання солкосерилу для лікування ЧПЛ СОПР є недостатньо ефективним, тому що цей препарат не має антимікробної, антиоксидантної та знеболюючої дії.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у призначенні препаратів тимуса, вітамінотерапії, гіпосенсибілізуючих засобів, проведенні санації порожнини рота та місцевому застосуванні 10% лініменту дибунолу (Бараннік Н.Г. Патогенез, клініка і лікування червоного плоского лишаю слизової оболонки порожнини рота. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1995. - С. 31-32).

Спільні суттєві ознаки прототипу і винаходу,:

- призначення препаратів тимуса;
- вітамінотерапії;
- гіпосенсибілізуючих засобів;
- санація порожнини рота;
- місцево застосування м'якої лікарської форми.

Однак 10% лінімент дибунолу проявляє лише антиоксидантну дію при мало вираженій протизапальній та відсутності знеболюючої активності. Окрім того, лікарська форма - лінімент не досить вдала для лікування слизової оболонки порожнини рота: до його складу входять емульгатори, які можуть негативно впливати на рівень рН ротової по-

(13) A

(11) 35918

(19) UA

рожнини та спричиняють також тривалу зміну смаку навіть після відміни препарату.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування червоного плескатоного лишая слизової оболонки порожнини рота шляхом заміни лікарської форми для місцевого застосування та її складу, що забезпечить підвищення ефективності лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає призначення препаратів тимуса, вітамінотерапії, гіпосенсибілізуючих засобів, проведенні санації порожнини рота та місцевого застосування м'якої лікарської форми, новим є те, що місцево призначають концентрований гель, який містить (мас.%):

Куріозин	10,0-15,0
Ротокан	3,5-5,5
Новокаїн	0,15-0,20
Атоній	0,11-0,15
Аскол	1,5-2,0
Гліцерин	5,0-7,5
Метилцелюлоза	5,0-6,0
вода очищена до	100,0,

гель призначають 3-5 разів на добу протягом 7-10 днів.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, та технічним результатом полягає у такому.

Основним компонентом гелю є куріозин (завод "Гедеон Ріхтер", Угорщина). Діючою речовиною препарату є гіалуронат цинку, котрий проявляє активну ранозагоювальну дію завдяки створенню оптимальних умов для активації, міграції та поділу клітин, посиленню ангіогенезу, а також антимікробній дії на ряд мікроорганізмів і зменшенню таким чином розвитку суперінфекцій, що гальмують процеси регенерації. Важливою перевагою препарату є можливість його використання на гіперкератозних ділянках, а також у хворих, сенсibiliзованих до інших місцевих засобів. Інші компоненти гелю: етоній - проявляє антибактеріальну, місцево анестезуючу та стимулюючу загоєння ран дії; ротокан - активну антисептичну, протизапальну, дезодоруючу та ранозагоювальну дії; складові асколу - вітамін Є, маючи виражену антиоксидантну дію, сприяє стабілізації біологічних мембран та вітамін А, який є важливим регуляторним фактором диференціювання клітин епітелію; новокаїн разом з етонієм потенціює знеболюючу дію. На відміну від лініменту, основа гелю - водно-гліцериновий розчин метилцелюлози забезпечує рівномірність розподілу компонентів на уражених ділянках СОПР, сприяє пролонгуванню їх дії, практично не впливає на рівень рН, природний мікробіоценоз та в значній мірі коригує органолептичні властивості стоматологічного лікарського засобу. Отже, у склад гелю введені лікарські засоби, які комплексно діють на всі ланки патогенезу ЧПЛ СОПР і таким чином знімають запалення слизової оболонки, епітелізують ерозії та виразки, сприяють регресу типових для ЧПЛ СОПР папульозних висипів за більш короткий термін.

Спосіб лікування здійснюють таким чином. Після обстеження та встановлення діагнозу ЧПЛ СОПР хворому призначають препарати тимуса (Т-активін або тималін), вітамінотерапію (вітаміни А, Є, С або триовіт), гіпосенсибілізуючі засоби (діазолін або тавегіл чи супрастин), проводять санацію

порожнини рота та місцевоопризначають концентрований гель, що містить (мас %):

Куріозин	10,0-15,0
Ротокан	3,5-5,5
Новокаїн	0,15-0,20
Атоній	0,11-0,15
Аскол	1,5-2,0
Гліцерин	5,0-7,5
Метилцелюлоза	5,0-6,0
вода очищена до	100,0,

гель призначають 3-5 разів на добу протягом 7-10 днів.

Приклад: хвора Воронкова А.С., 1947 року народження звернулась на кафедру стоматології ЗДІУЛ 18.12.98 зі скаргами на відчуття печії, біль, висипання на слизовій оболонці порожнини рота. Вважає себе хворою декілька місяців, коли вперше відчула біль слизової оболонки. Супутні захворювання: хронічний гастродуоденіт, хронічний холецистит.

Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки, по лінії змикання зубів - ділянка гіперемії розмірами 1,5 см x 1,3 см, ерозія діаметром 7 мм та висипання білих, перламутрових папул діаметром 1-2 мм, що не знімалися шпателем та злилися у візерунок у вигляді гілки. На слизовій оболонці у ретромоллярній області зліва - ділянка гіперемії розмірами 1,0 см x 1,2 см, ерозія діаметром 5 мм та висипання типових для ЧПЛ папул.

На підставі скарг, даних анамнезу та результатів об'єктивного обстеження встановлено діагноз: червоний плесканий лишай слизової оболонки порожнини рота, ерозивна форма.

Результати додаткових методів обстеження: стан мікробіоценозу порожнини рота - дисбіоз II ступеню; показники перекисного окислення ліпідів у змішаній слині: дієнові кон'югати - 0,44; контроль - 0,34 (в ДК233/МЛ), малонові діальдегіди - 4,27; контроль - 2,01 (в мкмоль/л); рівень вітамінів А та Є у змішаній слині: віт. А - 0,56; контроль - 1,10 (в мкмоль/л); віт. Є - 6,82; контроль - 10,76 (в мкмоль/л).

План лікування складено за узгодженням з лікарями - інтерністами. Призначено: 1) Т-активін по 1,0 1 раз на добу підшкірно протягом 10 днів; 2) триовіт по 2 капсули 15 діб; 3) діазолін по 1 таблетці 2 рази на добу 5 діб; 4) проведення санації порожнини рота; 5) місцево - концентрований гель, який містить: куріозин 10,0, ротокан 3,5, новокаїн 0,15, етоній 0,11, аскол 1,5, гліцерин 5,0, вода очищена до 100,0. Гель призначили у вигляді аплікацій: на стерильну марлеву серветку викласти гель і аплікувати на уражені ділянки протягом 20-30 хвилин 3-4 рази на добу 5-7 днів, потім 2-3 рази на добу протягом ще 4-х діб. Лікування проводилось амбулаторно. Зміну стану на краще хвора відмітила вже на другий день лікування гелем. Відчуття печії слизової та біль повністю зникли до 5-го дня лікування. На цей час зменшилась площа гіперемованих ділянок та повністю епітелізувалась ерозія діаметром 5 мм. При продовженні аплікацій гелю до 10-го дня повністю зникла гіперемія слизової оболонки та епітелізувалась ерозія діаметром 7 мм, відмічено помітний регрес папульозних висипів. Зникнення запальних явищ та регресування папул збігались з нормалізацією лабораторних показників: дієнові кон'югати - 0,37; контроль -

0,34 (в 233/мл); малонові діальдегіди - 2,9; контроль - 2,01 (в мкмоль/л); віт. А - 0,83; контроль - 1,10 (в мкмоль/л); віт. Є - 9,02; контроль - 10,76 (в мкмоль/л); дисбіотичне зрушення в порожнині рота

- I ступеня. Хвора поставлена на диспансерний облік. При профілактичному огляді через 3 місяці стан слизової оболонки порожнини рота - стабільний.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
