



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44713 (13) U
(51) МПК (2009)
A61P 1/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ НА ТЛІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

1

(21) u200904837

(22) 18.05.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) ПАСІЄШВІЛІ ЛЮДМИЛА МИХАЙЛІВНА, АНД-
РУША АЛІНА БОРИСІВНА(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб лікування хворих на хронічний коліт на
тлі остеохондрозу хребта, який включає призна-

2

чення протягом 10 днів інтетриксу по 2 капсули двічі на день, лактулози по 20 мг вранці - при закрепі, або лопераміді 2 мг до 6 разів на день при діареї та метеоспазмилу по 1 капсулі тричі на день при болю та метеоризмі, який **відрізняється** тим, що додатково призначають кальцемін по 1 таблетці двічі на день до нормалізації кальцієвих показників та пентоксифілін по 400 мг двічі-тричі на день внутрішньо протягом періоду лікування.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до способів лікування хронічного коліту, який перебігає в поєднанні з остеохондрозом хребта.

Хронічний коліт - поліетіологічне захворювання, що характеризується запально-дистрофічними змінами слизової оболонки товстої кишки та порушенням її функції [Родонежская Є.В. Хронічний коліт// Doctor.-2002.-№2.-С.34-39].

Остеохондроз - найтяжча форма дегенеративно-дистрофічного враження хребта. В його основі лежить дегенерація диска з наступним залученням тіл суміжних хребців, міжхребцевих суглобів та зв'язкового апарата.

Існують різні способи лікування хронічного коліту, серед них призначення інтетриксу по 2 капсули двічі на день, 10 днів поспіль [Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов.- М.: Медицина-2000.-т.1.-С.372-374]; використання лактулози по 20 мг вранці - при закрепі [Панасюк Н.О. Запоры //Doctor.-2002.-№2.-С.26-29] або лопераміді 2 мг до 6 разів на день - при діареї [Харченко Н.В. Синдром диареи //Doctor.-2002.-№2.-С.20-25]; при болю та метеоризмі призначають метеоспазмил по 1 капсулі тричі на день [Родонежская Є.В. Хронический колит //Doctor.-2002.-№2.-С.34-39].

Даний спосіб лікування є найбільш близький до того, що заявляється, по технічній суті та результату, який може бути досягнутим, тому його обрано в якості прототипу.

Основним недоліком відомих способів лікування хронічного коліту та прототипу є недостатня ефективність, обумовлена відсутністю в терапевтичних комплексах засобів, які регулюють кальціє-

вий обмін, що лежить в основі патогенезу як хронічного коліту, так і остеохондрозу хребта.

В зв'язку з вищевикладеним в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності терапії хронічного коліту на тлі остеохондрозу хребта шляхом вирівнювання кальцієвого гомеостазу.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування хворих на хронічний коліт на тлі остеохондрозу хребта, який включає призначення протягом 10 днів інтетриксу по 2 капсули двічі на день, лактулози по 20 мг вранці - при закрепі, або лопераміді 2 мг до 6 разів на день при діареї та метеоспазмилу по 1 капсулі тричі на день при болю та метеоризмі, згідно з корисною моделлю, додатково призначають кальцемін по 1 таблетці двічі на день до нормалізації кальцієвих показників та пентоксифілін по 400 мг двічі-тричі на день внутрішньо протягом періоду лікування.

Позитивний ефект корисної моделі базується на синергізмі дії терапевтичного комплексу, який одночасно нормалізує моторику кишечника та кальцієвий обмін, поліпшує мікроциркуляцію в слизовій оболонці кишечника та хрящовій тканині хребта, що сприяє підвищенню ефективності лікування такого контингенту хворих із зазначеною поєднаною патологією.

Призначення кальцеміну не тільки усуває кальцієвий дисбаланс, але й призводить до нормалізації моторики кишечника, тому що кальцію належить провідна роль в скороченні мускулатури шлунково-кишкового тракту, а призначення пентоксифіліну покращує мікроциркуляцію.

(19) UA (11) 44713 (13) U

Кальцемін має остеохондропротекторну дію за рахунок складових препаратів: кальцію цитрату, кальцію карбонату, вітаміну D3+, міді, цинку, марганцю, бору. Зазначені мікроелементи окрім здатності накопичувати кальцій у кістках, також стимулюють синтез колагену, еластину, глюкозаміногліканів, що входять до складу не тільки кісткової, але й хрящової тканини. Тому кальцемін доцільно використовувати не тільки при порушенні кальцієвого обміну, але й при остеохондрозі, остеоартрозі та інших захворюваннях опорно-рухового апарату. Наявність кальцію цитрату та магнію зменшує вірогідність утворення каменів у нирках і забезпечує всмоктування кальцію незалежно від функціонального стану травного тракту [Поворознюк В.В., Григор'єва Н.В. Застосування препаратів кальцію та вітаміну D3 у профілактиці та лікуванні остеоопору //Український ревматологічний журнал. -№3-4.-2001.-С.33-38]. До того ж призначення кальцеміну не тільки вирівнює кальцієвий дисбаланс, але й призведе до поліпшення перебігу як хронічного коліту, так і остеохондрозу, спираючись на наступні дані. Активний метаболіт вітаміну D3 має імунomodельюючу активність і буде виступати в якості протизапального компонента терапії хронічного запального процесу в кишечнику, та призводить до зменшення інтенсивності болю у хребті, що пов'язують зі здатністю його індукувати синтез кальцитоніну, який має анальгетичні властивості.

При застосуванні пентоксифіліну спирались на такі його ефекти: антиагрегаційна дія, поліпшення реологічних властивостей крові та мікроциркуляції, зменшення концентрації внутрішньоклітинного кальцію.

Патогенетично обґрунтованим є призначення у випадку даної поєднаної патології пентоксифіліну з метою покращення мікроциркуляції та метаболізму, тому що при хронічному коліті, який перебігає на тлі остеохондрозу хребта, мається спільний судинний фактор в розвитку обох захворювань: гіпоксія та порушення мікроциркуляції в слизовій оболонці кишечника за рахунок хронічного запального процесу, та гіпоксія, набряк та інші дисгемічні порушення, що призводять до структурних та біохімічних змін у міжхребцевих дисках при остеохондрозі.

Ефективність способу доведена експериментально. Для цього було обстежено 2 групи хворих. Перша група - 27 пацієнтів, які лікувались згідно до заявленого способу лікування, друга - 28 хворих, які отримували терапію згідно до відомого способу - прототипу. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю та тривалістю захворювання.

Спосіб здійснюють таким чином: хворим на хронічний коліт в поєднанні з остеохондрозом хребта призначають протягом 10 днів інтетрікс по 2 капсули двічі на день, лактулозу по 20 мг вранці - при закріпі, або лоперамід 2 мг до 6 разів на день при діареї, метеоспазмол по 1 капсулі тричі на день при болю та метеоризмі та кальцемін по 1 таблетці двічі на день до нормалізації кальцієвих показників та пентоксифілін по 400 мг двічі-тричі на день внутрішньо протягом 10 днів.

Пацієнтам другої групи (група зіставлення) проводилась терапія: інтетрікс по 2 капсули двічі на день, лактулоза по 20 мг вранці - при закріпі, або лоперамід 0,002 г до 6 разів на день при діареї та метеоспазмол по 1 капсулі тричі на день при болю та метеоризмі протягом 10 днів.

Клінічний ефект від лікування проявлявся поліпшенням проявів як основної, так і супутньої патології: зникненням больового абдомінального та зменшенням вертебрального больового синдрому, нормалізацією характеру та частоти випорожнень, нормалізацією акту дефекації. Позитивна динаміка вищевказаних синдромів у хворих, яким проводилась запропонована терапія, йшла з випередженням в середньому на 2-4 доби порівняно з пацієнтами, які отримували терапію згідно до відомого способу - прототипу.

Застосування запропонованої схеми лікування приводило до корекції біохімічних показників (вміст загального та іонізованого кальцію сироватки крові та кальцію сечі). До початку лікування в обох групах були однотипові зміни в біохімічних показниках, а саме гіпокальціємія (зниження як загального, так й іонізованого кальцію), гіперкальціємія. Після проведеної запропонованої терапії у хворих першої групи відзначається достеменно покращення біохімічних показників, тоді, як у пацієнтів другої групи динаміка в показниках кальцієвого обміну була відсутня.

Результати терапії також оцінювались і за даними копрологічного дослідження. Такі ознаки запалення при хронічному коліті, як наявність слизу, великої кількості лейкоцитів, кишкового епітелію та інші на фоні лікування поступово зменшувались, при чому відзначалась тенденція до більш швидкої нормалізації цих показників в основній групі пацієнтів, ніж в групі співставлення.

Ефективність застосування заявленого способу лікування ілюструє наступний приклад.

Приклад 1.

Хвора Ш, 50 років, історія хвороби №2162, мала скарги на нетривалі болі в нижньому відділі живота без чіткої локалізації, які з'являлись частіше в другій половині дня, переважно після прийому їжі та зменшувались після дефекації; здуття живота; нестійкі випорожнення з переважанням закріпів; почуття неповного випорожнення кишечника, тривале натукування; виділення слизу з калом. Іноді турбували судоми литкових м'язів, підвищена стомлюваність та потовиділення, загальна слабкість, порушення сну, біль у спині та попереку, який з'являвся під час тривалого перебування тулуба в нерухомому положенні та під час різких рухів.

З анамнезу відомо, що порушення функції кишечника існують близько 10 років. Пацієнтка постійно приймала послаблюючі засоби, робила клізми. З роками хвора відзначала прогресування хвороби: підсилюлись порушення дефекації. Погіршення самопочуття з'явилося протягом тижня. Загострення захворювання пов'язує з порушеннями характеру та режиму харчування.

В анамнезі - розповсюджений остеохондроз хребта, котрий діагностовано близько 5 років по тому.

При огляді: загальний стан задовільний. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, помірно вологі. Язик обкладений білуватим нальотом. Аускультативно - над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні. Пульс 76 ударів на хвилину. АТ 130/80 мм рт.ст. Живіт здутий, м'який, болючий за ходом товстої кишки, мезогастральній ділянці. Випорожнення 1 раз у 3-4 дні, кал твердий, стрічкоподібний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовиділення не змінене. Набряків немає.

Клінічні аналізи крові - помірна анемія (Hb - 116), ШОЕ - 21 мм на годину; клінічний аналіз сечі - без особливостей. Копрограма: неоформлений кал, багато слизу, велика кількість лейкоцитів та кишкового епітелію, незначна кількість залишків їжі.

Загальний кальцій крові - 2,35 ммоль/л, іонізований кальцій - 1,18 ммоль/л, кальцій сечі - 17,4 ммоль/л на добу.

Ректороманоскопія - катаральний проктосигмоїдит, комбінований геморой. Морфологічне дослідження біоптату слизової оболонки товстої кишки виявило ознаки хронічного коліту з помірним ступенем активності запального процесу: лейкоцитарна інфільтрація дифузного характеру у власній пластинці слизової оболонки, лейкоцити у вигляді груп, явища атрофії, склерозу-фіброзу; атипії немає.

Іригоскопія - хронічний коліт, доліхосигма, недостатність ілеоцекального затульного апарату, дистонія товстої кишки.

Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини - печінка звичайних розмірів і форми, структура її однорідна. Надниркові залози не змінені. Підшлункова залоза звичайних розмірів, щільність її паренхіми однорідна. Селезінка та нирки без особливостей.

Рентгенограма грудного відділу хребта в двох проекціях (за даними амбулаторної картки) - ознаки остеохондрозу Th₆, Th₁₀, сколіоз.

Комп'ютерна томографія попереково-крижового відділу хребта: дегенеративно-дистрофічні зміни диску L₄- L₅. Хребець L₃ - роторований, зміщений назад. Задня стінка диску L₄- L₅ пролабірує назад і назад-латерально по обидва боки. Міжхребцеві отвори без компресії.

Заключення невропатолога: розповсюджений остеохондроз хребта, люмбоішалгія, м'язово-тонічний варіант.

Клінічний діагноз - хронічний аліментарний коліт з гіпомоторною дискінезією, фаза загострення, недостатність ілеоцекального затульного апарату, доліхосигма. Розповсюджений остеохондроз хребта. Сколіоз грудного відділу хребта.

Хворій було призначено лікування: дієта №3, вживання до 1,5-2 літри вільної рідини на добу, інтетрікс по 2 капсули двічі на день протягом 10 днів, лактулоза по 20 мг вранці, метеоспазміл по 1 капсулі тричі на день та кальцемін по 1 таблетці двічі на день протягом 3 місяців та пентоксифілін по 400 мг двічі-тричі на день внутрішньо протягом періоду лікування.

Під впливом проведеної терапії самопочуття хворої поступово покращилось. Нормалізація характеру та частоти випорожнень відзначилась на 6 добу з початку лікування, абдомінальний біль зник на 4 добу, явища кишкової диспепсії (метеоризм) - майже у той же час, домішок слизу в калі - на 5 день.

Дослідження біохімічних параметрів кальцієвого обміну наприкінці третього місяця прийому препаратів кальцію виявило наступне. Рівень загального кальцію крові підвищився до 2,64 ммоль/л, іонізованого - до 1,24 ммоль/л, кальційурія склала 13,5 ммоль/л/добу. Таким чином, під впливом запропонованої терапії досягнуто зменшення не тільки клінічних проявів поєднаної патології, а й біохімічних показників мінерального обміну.