



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47869 (13) A

(51) B A61K31/14

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПИЛОВОГО БРОНХІТУ

1

2

(21) 2001106967

(22) 12 10 2001

(24) 15 07 2002

(46) 15 07 2002, Бюл. № 7, 2002 р.

(72) Костюк Інна Федорівна, Капустник Валерій
Андрійович, Брикапін Валерій Павлович, Прохо-
ренко Василь Леонтійович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування пилового бронхіту шляхом

введення комплексу лікарських засобів, який передбачає традиційний лікувальний комплекс і який включає М-холіноліптик, β_2 -агоніст, метилксантин, мукорегулятор, а в разі наявності тривалої і важкої бронхообструкції і кортикостероїд, який відрізняється тим, що додатково одночасно включають препарат корватон-ретард, який містить 8 мг молсидоміна 1 раз на добу, протягом трьох тижнів

Винахід належить до області медицини, а саме до способів лікування пилового бронхіту

Відомі способи лікування хронічного обструктивного бронхіту, клінічним варіантом якого є саме пиловий бронхіт (тобто бронхіт пусковим механізмом якого є тривалий вплив на дихальні шляхи промислових аерозолів у підвищених концентраціях, із розвитком дифузного запалення слизової оболонки трахеї і бронхів), які базуються на застосуванні окремих медикаментозних препаратів, фізіотерапевтичних, бальнеологічних та фізичних методів лікування

Так, в методичних рекомендаціях інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України (Хронічний обструктивний бронхіт. Метод. рекомендації - Київ: Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, 1998 - 18с) пропонується ступеневий підхід до фармакотерапії хронічного обструктивного бронхіту, коли лікування починається з призначення інгаляційних антихолінергічних препаратів, з наступним приєднанням при їх недостатній ефективності наступних засобів β_2 -адреноагоністів, пролонгованого теофіліну, глюкокортикостероїдів. На всіх ступенях важкості хронічного обструктивного бронхіту, особливо при наявності атрофії слизової оболонки бронхів, показана терапія ербісолом, при наявності вираженої дихальної недостатності - курсові інгаляції ліпіну. Крім того, автори методичних рекомендацій пропонують призначати хворим на обструктивний бронхіт антибактеріальні препарати, курс оксигенотерапії та реабілітаційної терапії

С.Д. Чернова (Хронический профессиональный бронхит (пылевой, токсико-пылевой в сочетании с неблагоприятными метеорофакторами). Учебное пособие - Харьков: Мед. академия последип. образования, 1999 - 13 с.) весь лікувальний комплекс хворим на пиловий бронхіт поділяє на базисну терапію (5 ступеней), відхаркувальні та противокашлеві препарати, антибактеріальна і загальноукріплююча терапія

Г.К. Палій і співавт. (Патент № 5626 UA 5 A61K31/14 Спосіб лікування захворювань легень з бронхо-обструктивним синдромом, Палій Г.К. - Заявка № 94260781, Заявл. 04.05.93, опубл. 28.12.94) з метою підвищення ефективності лікування захворювань легень, що супроводжуються бронхо-обструктивним синдромом, рекомендують на фоні традиційних лікарських засобів, в тому числі і спазмолітичного засобу, додатково включати введення 0,002% - 0,05% розчинів дексаметоксину

Згідно з рішеннями Світового конгресу легеневого здоров'я та X Конгресу Європейського респіраторного товариства (Медицина світу - січень 2001 - с. 28-36) загальними принципами ведення хворих з хронічними обструктивними захворюваннями легень є раннє втручання та послідовна терапія на всіх етапах розвитку хронічних обструктивних захворювань легень. Вона передбачає в залежності від ступеня важкості захворювання призначення бронходилататорів (М-холіноліптиків, β -агоністів, метилксантинів), антибактеріальних засобів, мукорегуляторів, кортикостероїдів і оксиге-

(13) A

(11) 47869

(19) UA

нотерапії

Проте, вказані способи лікування не враховують всі основні патогенетичні механізми розвитку хронічного бронхіту, клінічних особливостей перебігу, стадії патологічного процесу та характер ускладнень

Відомий також спосіб лікування хворих хронічним бронхітом, який викладено в Наказі МОЗ України № 311 від 30.12.99 р. /М-во охорони здоров'я України. Наказ № 311 від 30.12.1999 р. "Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим")

Спосіб полягає в тому, що в базисній медикаментозній терапії хронічного обструктивного бронхіту провідне місце відведено бронхолітикам, холінолітикам (атровент, вентилат). При недостатньому ефекті можливе приєднання β_2 -агоністів короткої дії (сульбутамол, беротек, фенотерол), або призначення комбінованих препаратів, які поєднують холінолітик та β_2 -агоністів (беродуал - іпратропіум бромід і фенотерол, комбівент - іпратропіум бромід і сальбутамол). При подальшому прогресуванні захворювання приєднуються метилксантини - теофіліни короткої та пролонгованої дії і глюкокортикоїди. З метою відновлення нормального мукоциліарного кліренсу, системи сурфактанта застосовуються муколітики і мукорегулятори (амброксол, ацетилцистеїн, бромгексін). Під час інфекційного загострення призначаються антибіотики (макроліди, напівсинтетичні пеніциліни). Для корекції гіперкапнії і гіпоксемії проводиться оксигенотерапія.

Даний спосіб лікування є найбільш близьким по технічній суті і досягаемому результату до того, що заявляється і він вибраний нами як прототип.

Недоліком вказаного методу є недостатня ефективність за рахунок того, що в лікувальний комплекс не включаються препарати, що корегують гемодинамічні розлади в системі малого кола кровообігу, адже при пилловому бронхіті, вже в II стадії розвивається хронічна гіпоксемія, яка викликає продукування клітинами судинного ендотелію легень ендотеліального розслаблюючого фактора, основним похідним якого є оксид азоту (NO). Саме зниження функції ендотелію при хронічному бронхіті - одна з причин розвитку легеневої гіпертензії та підвищення легенево-судинного опору (Патогенетические подходы к лечению сердечно-сосудистых расстройств у больных хроническим обструктивным бронхитом /С.Н. Поливода и соавт. //Международный медицинский журнал - 1998 - № 4 - С. 20-23). Порушення легеневої та центральної гемодинаміки, тобто зміни морфофункціонального стану серцево-судинної системи, виникають первинно як компенсована функціональна реакція вже в період мінімальних клінічних проявів бронхолегеневої патології (The pathology of pulmonary hypertension /D. Heath //Eur Respir Rev - 1993 - № 16 Р. 555-558). Поряд з основними терапевтичними заходами, спрямованими на поліпшення вентиляційної функції легень та зменшення дихальної недостатності, корекцію патогенетичних розладів (гіпоксія, гіпоксемія, гіперкапнія, ацидоз, агрегаційно-гіперкоагуляційний синдром) є спроби використання серцево-судинних препаратів. Однак наукові

дані свідчать про несприятливу дію на бронхіальну прохідність, вентиляційно-перфузійний баланс ряду широко використовуваних препаратів - β -блокаторів, інгібіторів АПФ, периферичних вазодилататорів. Ендогенним замішувачем NO є молсидомін (Оксид азоту та судинна регуляція /М.М. Ткаченко //Журн. АМН України - 1997, т. 3 - № 2 - С. 241-254), тому його включення в комплексну терапію хворих хронічним бронхітом з патогенетичних позицій цілком виправдано.

Задачею заявленого винаходу є підвищення ефективності лікування хворих пилловим бронхітом.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування хронічного бронхіту, який передбачає традиційний лікувальний комплекс, і який включає М-холінолітик, β_2 -агоніст, метилксантин, мукорегулятор а в разі наявності тривалої і важкої бронхообструкції і кортикостероїд, згідно з винаходом додатково одночасно включають препарат корватон-ретард, який містить 8мг молсидоміну - 1 раз на добу, на протязі трьох тижнів.

Обрання нами корватона-ретарда обумовлено тим, що це пролонгована форма молсидоміну, яка містить 8мг діючої речовини, що дає змогу приймати його не чотири, а один раз на добу. Включення в традиційний лікувальний комплекс молсидоміну дозволяє підвищити ефективність лікування хворих пилловим бронхітом, за рахунок венодилатуючого ефекту молсидоміну зменшити приток крові до правого шлуночка, його об'єм та ступінь розтягування міокарду, що обумовлює збільшення ударного, хвилинного об'ємів крові і як результат - зменшує ступінь виразності гіпоксемії, яка рано проявляється при цій патології.

Спосіб здійснюється таким чином в терапевтичний комплекс для лікування хворих пилловим бронхітом включається корватон-ретард (8мг молсидоміну - 1 раз на добу, на протязі 21 дня).

Спосіб ілюструється такими прикладами.

Приклад 1. Хворий П., 46 років. Працює електрозварювальником на протязі 19 років.

Під час госпіталізації скаржився на постійний приступоподібний кашель, задишку під час невеликого навантаження, інколи утруднене дихання. Колічливий біль в серці. Хворіє на протязі 12 років. Початок захворювання поступовий.

Об'єктивно. Грудна клітина дещо розширена в нижньо-бокових відділах. При перкусії над легеньми в нижніх відділах коробковий звук, при аускультатції дихання жорстке, в нижніх відділах ослаблене. Розсіяні сухі хрипи, видих подовжений. Тони серця приглушені, акцент II тона на легеневій артерії.

Дані рентгенографії судинний рисунок дещо деформований в середніх відділах легень на фоні емфіземи, корені розширені, ущільнені, очагів не виявлено.

ЖЕЛ - 64,8% належно, ОФВ₁ - 60,6% належно.

КДО - 165,3мл, КСО - 88,2мл, ЧСС - 85,5 скорочень на хвилину, УІ - 38,9мл/м², СІ - 3,17л/хв/м², ЗПСО - 2041,3 дін/с/см⁵, АТ_{сер} - 103,85мм рт.ст., розмір правого шлуночка - 2,42см.

Діагноз пилловий бронхіт II стадії, легкий астмоїдний синдром Емфізема легенів I-II ст ДН II ст Легеневе серце, Н,

Проведено лікування атровент, сальбутамол, теопек, бромгексін, корватон-ретард

Під час виписки відмічає зменшення кашлю, задишки

Об'єктивно має місце зменшення кількості хрипів в легенях

ЖЄЛ - 73,2% належної, ОФВ₁ - 71,3% належної

КДО - 140,8мл, КСО - 68,2мл, ЧСС - 79,6 скорочень на хвилину, УІ - 43,8мл/м², СІ - 3,33л/хв/м², ЗПСО - 1542,4 дін с см⁵, АТ_{сер} - 88,34мм рт ст, розмір правого шлуночка - 2,2см

Заключення проведена терапія сприяла покращенню загального стану, показників бронхіальної прохідності, гемодинаміки і внутрішньосерцевої кінетики

Приклад 2 Хворий М, 65 років, в минулому працював слюсарем механо-складальних робіт в умовах підвищеної концентрації пилу

Скарги на постійний кашель із відділенням харкотиння, харкотиння виділяється багато, легко, задишку у спокої, яка посилюється під час ходи, біль в грудній клітці, приступи ядухи від 5 до 10 раз на добу Хворіє на протязі 20 років Початок захворювання поступовий, перебіг повільний

Об'єктивно Ціаноз слизових оболонок і шкіри Грудна клітина розширена у нижньо-бокових відділах Під час перкусії над легенями звук з коробковим відділком При аускультаті дихання над легенями послаблене, з двох сторін більше на видиху вислуховуються сухі хрипи у помірній кількості Тони серця приглушені, акцент II тона на легеневій артерії

Дані рентгенографії судинний рисунок деформований у середніх відділах за рахунок мілкоспчастої і частково петлястої і лінійного пневмофіброзу Корені розширені, ущільнені Тапія згла-

джена Аорта ущільнена

ЖЄЛ - 49,2% належної, ОФВ₁ - 35,0% належної

КДО - 164,1мл, КСО - 87,1мл, ЧСС - 83,5 скорочень на хвилину, УІ - 38,6мл/м², СІ - 3,0л/хв/м², ЗПСО - 2017,3 дін с см⁵, АТ_{сер} - 101,8мм рт ст, розмір правого шлуночка - 2,39см

Діагноз пилловий бронхіт III стадії із бронхоектазами Вторинна бронхіальна астма середнього ступеня тяжкості ДН II-III ступеня Легеневе серце у поєднанні із атеросклеротичним кардіосклерозом

Проведено лікування атровент, сальбутамол, теопек, преднізолон, бромгексін, корватон-ретард

Під час виписки відмічає зменшення кашлю, задишки, приступів ядухи до 3-4 разів на добу

Об'єктивно має місце зменшення ціанозу, кількості хрипів в легенях

ЖЄЛ - 69,0% належної, ОФВ₁ - 54% належної

КДО - 142,1мл, КСО - 69,2мл, ЧСС - 81,5 скорочень на хвилину, УІ - 42,6мл/м², СІ - 3,3л/хв/м², ЗПСО - 1520,0 дін с см⁵, АТ_{сер} - 86,4мм рт ст, розмір правого шлуночка - 2,18см

Заклучення проведена терапія сприяла покращенню загального стану, показників бронхіальної прохідності, гемодинаміки і внутрішньосерцевої кінетики

Спосіб застосовано для лікування 35 хворих пилловим бронхітом

В результаті проведеного лікування покращення стану здоров'я і добрий клінічний ефект, у тому числі і у відношенні нормалізації показників гемодинаміки і внутрішньосерцевої кінетики спостерігався у 82,9% випадків, в той час, коли при застосуванні традиційного лікування, покращення наступало в 60% хворих

Запропонований спосіб лікування вібраційної хвороби дає змогу в 1,4 рази підвищити ефективність лікування хворих у порівнянні із відомими способами лікування

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий компет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71