



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48722 (13) U
(51) МПК (2009)
A61K 31/00
A61K 36/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АЦЕТОНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ МІЖ НАПАДАМИ

1

(21) u200911651
(22) 16.11.2009
(24) 25.03.2010
(46) 25.03.2010, Бюл.№ 6, 2010 р.
(72) НІКОЛАЄВА ОЛЬГА ВІКТОРІВНА, ОСИПЕНКО
ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА
(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
(57) Спосіб лікування дітей з ацетонемічним синд-
ромом між нападами, який включає призначення
гепатопротекторів, жовчогінних, ферментних, ме-
таболічних препаратів, препаратів, що зменшують
гіперурикемію, який **відрізняється** тим, що додат-

2

ково призначають гепафорте на 1 місяць, на 2
місяці пірацетам, триовіт, валеріану, кардонат;
дітям з гіперсимпатикотонією призначають пумпан;
дітям з ваготонією - беластезин; дітям з гіперури-
кемією - канефрон Н; на третьому місяці лікування
всі діти отримують Магне В-6, настоянку кропиви
собачої, кардонат; до подальшого лікування на 4-
му місяці включають гліцин та настоянку півонії; на
5 та 6 місяцях лікування всі діти отримують курси
седативних препаратів рослинного походження за
схемою: 3 тижні прийому, 2 тижні перерва в при-
йомі.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме, до педіатрії, і може бути використана в ам-
булаторних умовах для удосконалення медикаме-
нтозних принципів лікування дітей з ацетонеміч-
ним синдромом між нападами з хронічною
патологією травної системи з метою запобігання
рецидування ацетонемічних станів.

Ацетонемічний синдром зустрічається у 4-6%
дітей і характеризується перманентною гіперури-
кемією і періодичними метаболічними (ацетонемі-
чними) кризами з розвитком гіперкетонемії, ацето-
нурії, ацидозу (Курило Л.В. Первичный
ацетонемический синдром у детей // Medicus
amicus. - 2002. - №5. - С.7). Виділяють первинний
та вторинний ацетонемічні синдроми. Вторинна
ацетонемія може виникати при соматичних захво-
рюваннях, а саме, патології травної системи (Ка-
зак С.С., Бекетова Г.В. Ацетонемический синдром
у детей // Нова медицина. - 2003. - №2. - С.58-61).

Симптоми прояву ацетонемічного синдрому
нерідко рецидивують. У дітей з проявами частих
ацетонемічних станів в подальшому можливий
розвиток цукрового діабету, подагри, мігрені, об-
мінних артритів, інтерстиціального нефриту, неф-
рокальцинозу, ожиріння, жовчнокам'яної хвороби
(Шабалов Н.П. Детские болезни. Санкт-Петербург:
Питер, 2001. - 1080 с.; Лутай Т.І., Нечиталюк І.М.,
Братусь О.П., Кінча С.Д., Денісова С.Є. Аномалії
конституції і ацетонемічний синдром у дітей //
Практика і досвід. - 2006. - №2. - С.31-35).

У вітчизняній та закордонній літературі велике
значення приділяють лікуванню первинного аце-
тонемічного синдрому під час його загострення.
Питання щодо лікування ацетонемічного синдрому
між нападами, особливо при гастроентерологічній
патології, недостатньо вивчені. Багато рекоменда-
цій щодо дієтотерапії дітей з ацетонемічними ста-
нами між нападами. Детальних етапів медикамен-
тозного лікування в цей період в літературі
недостатньо.

Лутай Т.І., Нечиталюк І.М., Братусь О.П. та
інш. рекомендують призначати жовчогінні препа-
рати, гепатопротектори, ферментні препарати,
препарати, що зменшують рівень сечової кислоти
та седативні препарати у дітей з первинним аце-
тонемічним синдромом (Лутай Т.І., Нечиталюк І.М.,
Братусь О.П., Кінча С.Д., Денісова С.Є. Аномалії
конституції і ацетонемічний синдром у дітей //
Практика і досвід. - 2006. - №2. - С.31-35).

Бережний В.В., Курило Л.В. пропонують при-
значати гепатопротектори, жовчогінні, ферментні,
метаболічні препарати, препарати, що зменшують
гіперурикемію (Бережний В.В., Курило Л.В. Сове-
ременный взгляд на ацетонемический синдром //
Современная педиатрия. - 2007. - №2(15). - С.87-
91).

Даний спосіб лікування дітей з ацетонемічним
синдромом між нападами є найбільш близьким до
того, що заявляється по технічній суті та результа-
ту, який може бути досягнутим, тому його обрано в
якості прототипу.

(19) UA (11) 48722 (13) U

Основним недоліком цих схем лікування дітей з ацетонемічним синдромом між нападами, в тому числі і прототипу, є недостатня ефективність тому, що не враховані всі ланки патогенезу, які порушуються під час ацетонемічних станів.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності лікування дітей з ацетонемічним синдромом між нападами з хронічною патологією травної системи для запобігання його рецидування та розвитку ускладнень за рахунок корекції порушень вегетативного гомеостазу.

Задача, яку покладено в основу корисної моделі, вирішується тим, що у відомому способі лікування дітей з ацетонемічним синдромом між нападами, який включає призначення гепатопротекторів, жовчогонних, ферментних, метаболічних препаратів, препаратів, що зменшують гіперурекемію, згідно з корисною моделлю, додатково призначають гепафорте на 1 місяць, на 2 місяці пірацетам, тріовіт, валеріана, кардонат; дітям з гіперсимпатикотонією призначають пумпан; дітям з ваготонією - белластезин; дітям з гіперурікемією - канефрон Н; на третьому місяці лікування всі діти отримують Магне В-6, настоянку кроливи собачої, кардонат; до подальшого лікування на 4-му місяці включають гліцин та настойку півонії; на 5 та 6 місяцях лікування всі діти отримують курси седативних препаратів рослинного походження за схемою 3 тижні прийому, 2 тижні перерва в прийомі.

Технічний ефект корисної моделі, а саме, підвищення ефективності лікування дітей з ацетонемічним синдромом між нападами з хронічною патологією травної системи обумовлений тим, що лікування починають з урахуванням функціонального стану вегетативної нервової системи, рівня сечової кислоти в крові на основі використання конкретної терапевтичної схеми, що дає змогу, з одного боку, запобігти рецидуванню у дітей ацетонемічного синдрому, а з другого боку, запобігти розвитку ускладнень в майбутньому.

Спосіб здійснюють наступним чином. Усім дітям з ацетонемічним синдромом між нападами визначають рівень сечової кислоти в крові, сечі та характер порушень вегетативного гомеостазу. В комплексну терапію хворих поряд із препаратами, які входять до сучасних загальноприйнятих програм лікування захворювань органів травлення, та профілактичними заходами включають ліки за наступною схемою:

1-й місяць лікування:

призначають комплекс пірацетам (від 1 до 5 років по 0,2г 3 рази на добу, від 5 років по 0,4г 3 рази на добу) + тріовіт (1 капсула на добу) + екстракт валеріани (0,02-0,04г 3 рази на добу);

- при вираженій ваготонії призначають холінолітичний препарат (белластезин або бесалол по $\frac{1}{2}$ - 1 табл. 3 рази на добу) на 10-14 днів;

- при вираженій симпатикотонії призначають пумпан (5-8 крапель 3 рази на добу) на 3 тижні;

- при підвищенні рівня сечової кислоти в крові та сечі призначають канефрон Н (від 1 до 5 років по 15 крапель 3 рази на добу, від 5 років по 25 крапель або 1 драже 3 рази на добу);

- кардонат (від 1 до 5 років по 1 капсулі 1 раз на добу, від 5 до 15 років по 1 капсулі 2 рази на добу, від 15 років по 1-2 капсулі 3 рази на добу);

- гепафорте (1 капсула 3 рази на добу). 2-й місяць лікування:

- комплекс пірацетам (від 1 до 5 років по 0,2г 3 рази на добу, від 5 років по 0,4г 3 рази на добу) + тріовіт (1 капсула на добу) + екстракт валеріани (0,02-0,04г 3 рази на добу);

- при зберіганні вираженої ваготонії знову призначають холінолітичний препарат (белластезин або бесалол по $\frac{1}{2}$ - 1 табл. 3 рази на добу) на 10-14 днів;

- при зберіганні вираженої симпатикотонії знову призначають пумпан (5-8 крапель 3 рази на добу) на 3 тижні.

- при підвищенні рівня сечової кислоти в крові та сечі призначають канефрон Н (від 1 до 5 років по 15 крапель 3 рази на добу, від 5 років по 25 крапель або 1 драже 3 рази на добу);

- кардонат (від 1 до 5 років по 1 капсулі 1 раз на добу, від 5 до 15 років по 1 капсулі 2 рази на добу, від 15 років по 1-2 капсулі 3 рази на добу).

3-й місяць лікування:

- Магне В-6 (0,5-1 таблетка на добу) на 4 тижні та настоянка пустирника (1 крапля на рік життя 3 рази на добу) на 3 тижні;

- кардонат (від 1 до 5 років по 1 капсулі 1 раз на добу, від 5 до 15 років по 1 капсулі 2 рази на добу, від 15 років по 1-2 капсулі 3 рази на добу).

4-й місяць лікування:

гліцин (0,1г сублінгвально 2-3 рази на добу) на 4 тижні та настойка півонії (1 крапля на рік життя 3 рази на добу) на 3 тижні.

5-й та 6-й місяці лікування:

призначають седативні препарати (фітосед, персен, нотта та ін.) у віковій дозі тричі на добу послідовно за схемою: 3 тижні приймати - 1 тиждень не приймати;

- полівітаміни з мікроелементами у віковій дозі протягом 4-6 тижнів.

Через 6 місяців проводять контрольне обстеження дитини з визначенням функціонального стану органів травної системи, визначення рівня карнітину та оцінкою вегетативного гомеостазу. Після цього вирішують питання щодо необхідності подальшого лікування.

Спосіб ілюструють наступний приклад його клінічного використання.

Клінічний приклад

Дівчинка Ю., 10 років, поступила в гастроентерологічне відділення зі скаргами на багатократну блювоту, тошноту, блювоту, слабкість, головний біль, відсутність апетиту.

Вважається хворою протягом 3 років, коли після погіршеності у дієті з'явилися біль у животі, тошнота, блювота. Після обстеження встановлений діагноз: панкреатопатія, ацетонемічний синдром. Останнє погіршення протягом 1 доби після погіршеності в дієті. Мати відзначає емоційну лабільність дівчини, запальність, уразливість, сором'язливість, конфліктність, низку фізичну активність. Крім того, мало місце пізнє засинання та пізнє пробудження дитини.

При об'єктивному дослідженні встановлено стан середньої тяжкості, астенична тілобудова. Шкіра бліда, періорбітальні тіні, червоний дермографізм, холодні пальці рук (дистальні відділи кінцівок). З боку серцево-судинної системи звертали на себе увагу брадикардія (ЧСС 70 уд. в хв.), артеріальна гіпотензія 85/55мм.рт.ст.), систолічний шум функціонального характеру на верхівці серця. При пальпації живіт м'який, безболісний. Відмічається закреп.

Проведено всебічне обстеження по гастроентерологічній програмі. Допоміжні обстеження:

В біохімічному аналізі крові: карнітин - 39,6ммоль/л (норма 50,1-55,06ммоль/л), сечова кислота - 0,47ммоль/л (норма 0,12-0,32ммоль/л).

Вихідний вегетативний тонус - виражена ваготонія.

Вегетативна реактивність - симпатикотонічний варіант.

Вегетативне забезпечення діяльності - недостатнє (асимпатикотонічний варіант кліноортопробі).

В результаті обстеження встановлено клінічний діагноз: Панкреатопатія. Гіпокінезія жовчного міхура. Ацетонемічний синдром. Синдром вегетативної дисфункції по ваготонічному типу. Пролапс мітрального клапана.

Після регресування кетонурії була проведена терапія:

На 1-му місяці лікування - призначено мезим форте 10000 по 1 табл. 3 рази на добу 3 тижні, галстена по 10 крапель 3 рази на добу, гелафорте по 1 капсулі 3 рази на добу, канефрон Н по 1 драже 3 рази на добу, кардонат по 1 капсулі 2 рази на добу, вегетотропний комплекс пірацетам (0,4г 3 рази на добу) + тріовіт (1 капсула на добу) + екстракт валеріани (0,04г 3 рази на добу); белластезин по 1 табл. 3 рази на добу 10 днів.

На 2-му місяці лікування - призначено канефрон Н по 1 драже 3 рази на добу, кардонат по 1 капсулі 2 рази на добу, комплекс пірацетам (0,4г 3

рази на добу) + тріовіт (1 капсула на добу) + екстракт валеріани (0,04г 3 рази на добу); белластезин по 1 табл. 3 рази на добу 10 днів.

На 3-му місяці лікування - кардонат по 1 капсулі 2 рази на добу, вегетотропний комплекс було змінено на препарати Магне В-6 (1 табл. на добу) та настойку пустирника (10 крапель 3 рази на добу) протягом всього місяця.

На 4-му місяці лікування - було призначено гліцин (0,1г сублінгвально 3 рази на добу) та настойку півонії (10 крапель 3 рази на добу).

На 5-й та 6-й місяці лікування дівчинка отримувала седативні препарати (фітосед, персен, нотта) у віковій дозі тричі на добу послідовно за схемою: 3 тижні приймати - 1 тиждень не приймати; полівітаміни з мікроелементами у віковій дозі протягом 4-6 тижнів.

Через 6 місяців дівчинка була повторно госпіталізована в гастроентерологічне відділення для контрольного обстеження. Скарг не пред'являла, стан задовільний. Артеріальний тиск і частота серцевих скорочень у межах норми. В результаті проведеної терапії суттєво покращилось самопочуття, нормалізувався сон, дівчинка стала більш уважна та емоційно врівноважена.

В біохімічному аналізі крові: карнітин - 50,8ммоль/л (норма 50,1-55,06ммоль/л), сечова кислота - 0,33ммоль/л (норма 0,12-0,32ммоль/л). Вихідний вегетативний тонус - помірна ваготонія. Вегетативна реактивність - симпатикотонічний варіант (норма). Вегетативна забезпеченість діяльності - нормальна.

Таким чином, при контрольному обстеженні через 6 місяців встановлено, що проведений курс лікування значно поліпшив стан здоров'я дитини: покращилось самопочуття, нормалізувались біохімічні показники крові, функціональний стан вегетативної нервової системи набув позитивної динаміки, нормалізувались біохімічні процеси в організмі, що відзначалось відсутністю ацетонемічних станів.