



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55908

(13) A

(51) 7 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

1

2

(21) 2002076074

(22) 22 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. №4, 2003 р

(72) Яворська Валентина Олександрівна, Гребенюк
Ганна Віталіївна, Хвисюк Вікторія Володимирівна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-

ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування судинних захворювань голо-
вного мозку, який здійснюють шляхом введення
інстенону, який відрізняється тим, що інстенон
вводять внутрішньом'язово дозою 2,0мл протягом
10 днів, одночасно призначають анавенон по 2
драже 3 рази на день

Винахід відноситься до медицини, а саме до
неврології і може бути використаним при лікуванні
судинних захворювань головного мозку

Відомим є спосіб лікування судинних захворю-
вань головного мозку, а саме, дисциркуляторної
енцефалопатії (ДЕ), який містить поряд з курсом
традиційної терапії (пікамилон 0,02мг 2-3 рази на
день протягом 2 тижнів, вітаміни, масаж, електро-
форез нікотинової кислоти на синокаротидну зону,
лікувальну гімнастику) курс гіпербаричної оксиге-
нації (ГБО). Для цього хворого розташовують у
барокамеру, тиск кисню в якій складає 1,2-1,25
атм. Курс ГБО складає 3 сеанси. У процесі ГБО
необхідний постійний контроль за станом хворого.
Введення кисню до організму хворого під тиском
через органи дихання дозволяє зменшити кисневу
недостатність, яка є обов'язковим компонентом
багатьох захворювань головного мозку. Застосу-
вання коротких курсів ГБО при невеликих надмір-
них тисках супроводжується активацією адапта-
ційних можливостей організму, нормалізацією
параметрів вільного радикального окиснення і ре-
ологічних властивостей крові (Казанцева Н.В., Гу-
сєв Е.И., Буланіх Н.Н. Влияние разных режимов
гипербарической оксигенации на агрегатное со-
стояние и процессы свободно-радикального окис-
ления у больных с начальными проявлениями
недостаточности кровоснабжения мозга. «Журнал
невропатологии и психиатрии» им С.С. Корсакова -
1994 - т.94 - С.41-43).

Однак застосування способу ГБО має обме-
ження та недоліки. До протипоказань відноситься
гіпертонічна хвороба, клаустрофобія, підвищена
чутливість до кисню та ін. Суб'єктивні реакції в
зв'язку з ГБО (тахікардія, тахіпноє, артеріальна
гіпертензія, дискомфорт) виникають у 11% усіх

спостережень (5000 випадків). Відділення ГБО
відноситься до об'єктів підвищеної безпеки. Крім
того, відомий спосіб не є достатньо ефективним,
тому що не дозволяє досягнути стійкого ефекту, а
при збільшенні кількості сеансів відсутній регрес
симптоматики і з'являється підвищення продуктів
вільного радикального окиснення.

Найбільш близьким та обраним за прототип є
спосіб лікування судинних захворювань головного
мозку, а саме енцефалопатій різного генезу з ви-
користанням актовегіну та інстенону (Румянцева
С.А., Гридлик И.Е., Врублевський О.П. «Комбіно-
вана терапія з використанням актовегіну і інсте-
нону при енцефалопатіях різного генезу»). У кн.
Інстенон у терапії захворювань нервової системи,
під ред. проф. С.М. Віничука).

Препарати застосовують комплексно перора-
льно або парентерально. Інстенон - перорально в
дозі 1 драже 2-3 рази на день протягом 2 тижнів.
Актовегін - перорально по 1 драже на день зранку,
парентерально - в/в крапельно 800мл Актовегіну +
2мл інстенону в 200мл фізіологічного розчину про-
тягом 5 днів.

Недоліки способу пов'язані з виникненням го-
лового болю після прийому інстенону. Головний
біль носить інтенсивний, розпираючий характер у
тім'яно-потиличній області. Особливо це спостері-
гається у хворих, які за банними реографії голо-
вного мозку мають поєднання лікворної гіпертензії
з порушенням венозного відтоку.

В основу винаходу поставлено задачу удоско-
налення способу лікування судинних захворювань
головного мозку, у якому за рахунок зміни лікарсь-
кого препарату досягається покращення венозного
застоя та усунення головного болю.

Поставлено задачу вирішувати в способі лі-

(13) A

(11) 55908

(19) UA

кування судинних захворювань головного мозку, який здійснюють шляхом введення інстенону, згідно з винаходом інстенон вводять внутрішньом'язово дозою 2,0мл протягом 10 днів, додатково одночасно призначають анавенон по 2 драже 3 рази на день

Одночасне використання ін'єкцій інстенону з пероральним прийомом анавенону дозволяє за рахунок вмісту венотонічного компоненту та депрорергоргистину в складі анавенону покращити венозний відтік, за рахунок чого зникає головний біль

Інстенон фірми Nyscomed володіє багатоконпонентним впливом. Активні компоненти цього препарату стимулюють фізіологічні механізми ауторегуляції церебрального та кардіального кровотоку, активізують метаболізм речовин у головному мозку і міокарді, оказують стимулюючий вплив на підкоркові утворення, середній мозок і стовбурові центри (дихальний, судинноруховий, центр вегетативної регуляції). Таке поєднання препаратів у зазначеній послідовності оказують найкращий терапевтичний ефект з мінімальними побічними явищами і сприяє більш швидкому і стійкому одужанню хворих

Спосіб, що заявляється здійснюється таким чином

Після ретельного обстеження хворого і визначення діагнозу хворому призначають внутрішньом'язову введення дозою 2мл інстенону протягом 10 днів. Одночасно з інстеноном призначають пероральний прийом анавенону по 2 драже протягом

Приклад 1. Хвора Ш., 38 років знаходилася на стаціонарному лікуванні в лікарні НПО "Турбоатом" з діагнозом: Дисциркуляторна гіпертонічна енцефалопатія І ст. з лікворно-дистензійним, астеничним синдромом, вегетативно-судинними пароксизмами за симпатно-адреналовим типом. Надійшла в ургентному порядку із будинку зі скаргами на нудоту, багаторазову блювоту, головний біль, відчуття ознобу, нестабільність цифр АТ (підвищення до 170/110 мм рт.ст.), періодичні пекучі болі в лівій половині грудної клітки з іррадіацією у ліву руку, роздратовує запах їжі, після їжі зразу починається блювота

Анамнез хвороби: почуває себе хворою з 1982 р., коли стала відмічати нестабільність цифр АТ (підвищення до 180/90 мм рт.ст.) незначний головний біль. Лікувалась амбулаторно та стаціонарно у 1984 і 1988 рр.

Гостре погіршення стану з 1999 р., коли стали турбувати скарги на частий головний біль у лобній ділянці з почуттям "тиснення на очі" на фоні підвищення АТ до 220/110 мм рт.ст. (при робочому 130/80 мм рт.ст.) періодичне несистемне запаморочення, швидка стомленість, субфебрильна температура. Консультувалась у НДІ терапії (гіпертонічна хвороба II ст., кризова течія, сечі кислий діатез). Рекомендовано прийом енапа по 5мг 2 рази на добу, корвітол 100мг 1-2 рази на добу. Далі лікувалась у МСЧ ХЗДТ з тим же діагнозом без значного покращення. Потім з 26.10.99 р. по 26.11.99 р. була на стаціонарному лікуванні в МСЧ № 119/11 і 22.11.99 р. хворий була проведена трансплантація гомогенату нервової тканини пло-

ду шляхом внутрішньом'язової ін'єкції, після попереднього введення дексаметазону і димедролу. Ускладнень у годину і після маніпуляції не було, відзначалась стабілізація вегетативних функцій, АТ, пульсу, зменшилась загальна слабкість. Після проведеного лікування протягом 2-х місяців почувала собі задоволено, приймала піроксан по 2 т. 3 рази на добу. Після перенесеного грипу стан хворої погіршав, ставши непокоть головний біль на фоні високих цифр АТ, незважаючи на прийом антигіпертензивних препаратів

Анамнез життя: страждає гіпертонічною хворобою. Цукровий діабет, хворобу Боткіна, туберкульоз, ревматизм заперечує. Епіданамнез не обтяжений. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Соматичний статус: кожні покрови чисті, лімфатичні вузли не пальпуються. У легенях везикулярне дихання. Серцеві тони ритмічні. Рс-96 уд. у 1 хв. Достатнього наповнення АТ - 140/90 мм рт.ст. межі серцевої тупості в межах вікової норми. Живіт м'який при пальпації безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. С-м Пастернацького негативний з двох сторін. Випорожнення та сечовиділення без особливостей.

Неврологічний статус: очні щілини D=S, зиніці D=S. Фотореакції жваві. Кореальні рефлексі збережені. Рух очних яблук обмежений при погляді в сторони. Знижено акт конвергенції. Незначна асиметрія носогубних складок. М'яке при фонації скорочується симетрично. Язик по середній лінії набряклий з відбитками зубів. М'язовий тонус не змінений. М'язова сила достатня. Сухожилльні рефлексі D=S жваві. Черевні D=S середньої жвавості. Менінгеальні знаки відсутні. У позі Ромберга стійка. Координаційні проби виконує задовільно. Чуттєвих порушень немає. Мова, пам'ять збережені. Емоційно лабільна.

ЕКГ - ознаки гіпертрофії правого передсердя.

ЕЕГ - легкі нейродинамічні зміни регуляторного характеру.

РЭГ - рівень пульсового кровонаповнення достатній, гіпертензивний тип, еластичність трохи знижена, утруднення венозного відтоку.

ЕхоЕГ - зміщення М-ека немає, гідроцефалія.

Консультація окуліста - ангіопатія сітківки по гіпертонічному типу.

Консультація терапевта - гіпертонічна хвороба II ст.

МРТ головного мозку - варіант норми.

Консультація психіатра - даних за неврологічний розпад не виявлено, має місце емоційно-лабільний розпад органічного генезу.

Під час перебування в стаціонарі тричі у хворої відзначалися приступи, що супроводжуються підйомом АТ до цифр 160-180/100 мм рт.ст., пульсом до 120 уд. у хв., нудотою, блювотою, ознобоподібним тремтінням, інтенсивним головним болем. Приступи купірувалися введенням сибазону 2,0 в/в, анальгину, димедролу в/м.

Додатково було призначено інстенон внутрішньом'язово дозою 2,0мл протягом 10 днів, одночасно призначали анавенон по 2 драже 3 рази на день. Це дозволило уникнути виникнення головного болю, незважаючи на те, що за даними інструментальних методів дослідження у хворої відзначені гідроцефалія, та утруднення венозного

відтоку. В процесі лікування відзначена позитивна динаміка клінічної симптоматики у вигляді редукції вегетативних розпадів (рідко стали непокоїти напади), покращення настрою, зниження емоційної лабільності, тривоги.

Приклад 2. Хвора М., 58 років знаходилася на стаціонарному лікуванні вМСЧ№1.

Діагноз: дисциркуляторна перитонічна енцефалопатія II ст. з лікворно-венозною дисциркуляцією, астеничним синдромом, вегетативно-судинними пароксизмами змішаного характеру.

Скарги на періодичний головний біль характеру, частіше у вечірній час, що супроводжуються почуттям внутрішнього тремтіння, серцебиттям, підвищенням АТ до 200/100 мм рт.ст., почуттям тривоги, страху, періодичними болями в ділянці серця.

Анамнез хвороби: вважає себе хворою більше 10 років, коли вперше стали турбувати описані вище скарги, нестабільність цифр АД, до лікарів не зверталася, лікувалася самостійно. Протягом останніх 2 тижнів відзначає поправлення стану, участися напади, наростає інтенсивність головного болю.

Анамнез життя: Страждає перитонічною хворобою, антигіпертензивні препарати приймає нерегулярно. Оперована з приводу фіброміоми.

Соматичний статус: загальний стан хворий задовільний, правильного статури, посиленого харчування. Шкірні покриви чисті, бліді. Лімфатичні вузли не пальпуються. Над легенями аускультативно везикулярний подих. Серцеві тони ясні, ритмічні. Рс-70 уд./хв., достатнього наповнення. АТ - 160/90 мм рт.ст. границі відносно серцевої тупості: ліва на 1 мм від лінії medioclavicularis sinistra, права по лінії parasternalis dextra, верхня в 3 міжребер'я по лінії parasternalis sinistra. Живіт м'який при пальпації безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. Периферичних набряків немає. С-м Пастернацького негативний з 2-х сторін. Випорожнення та сечовиділення без особливостей.

Неврологічний статус: рівень свідомості - ясний, очні щілини D=S, зіниці D=S. Фотореакції жваві, корнеальні рефлекси жваві. Руху очних яблук обмежені при погляді убік. Окремі ністагмодні поштовхи при погляді в сторони. Хворобливість при компресії на очні яблука. Недостатність акта конвергенції. Обличчя симетричне. Глотковий рефлекс збережений. М'яке небо рухливе. Мова по середній лінії. Аксальні знаки з 2-х сторін. М'язовий тонус не змінений. М'язова сила 5/6. Сухожильні рефлекси з рук D=S жваві, з ніг D=S середньої жвавості. Черевні рефлекси D=S жваві. Патологічних стопних знаків немає. Менінгеальних знаків немає. У позі Ромберга атаксія. Координаційні проби виконує нечітко. Розладів чутливості немає. Емоційно лабільна. Тремор пальців витягнутих рук.

ЕКГ - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

ЕЕГ - змішана активність низької амплітуди («ослаблений», «плаский» тип активності).

РЗГ - рівень пульсового кровонаповнення достатній, гіпертензивний тип, утруднений венозний відтік, еластичність знижена, склеротичні зміни.

Хворій призначена комплексна терапія, яка містить інстенон у вигляді внутрішньом'язового введення протягом 10 днів дозою 2мл. Одночасно призначено анавенон по 2 драже 3 рази на день.

В процесі лікування покращилося самопочуття, купувався головний біль, зменшилися тривога та явища вегетативної дисфункції. Позитивна клінічна динаміка корелювала з позитивними змінами за даними електроенцефалографії та реоенцефалографії.

Таким чином, враховуючи широкий спектр активності інстенону, його психостимулюючу, антиастеничну, нейропротективну, вазоактивну і вегетостабілізуючу дію, цей препарат є незамінним при лікуванні судинних захворювань головного мозку. Погана переносимість препарату у деяких хворих покращується застосуванням анавенону, який містить у складі венотонічний компонент.