



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56029 (13) A

(51) 7 A61B10/00, A61K35/78, A61K31/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ПРОФЕСІЙНИМ ОТРУЄННЯМ

1

2

(21) 2002087088

(22) 30 08 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. №4, 2003 р.

(72) Дроботенко Володимир Анатолійович, Парпалей Іван Олександрович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування цереброваскулярних порушень у хворих з професійним отруєнням, що включає застосування препаратів седативної, вазоактивної та нейрометаболическої дії, який відрізняється тим, що додатково призначають

берлптіон (препарат α -ліпоевої кислоти) у дозі 600 мг внутрішньовенно крапельно на 200 мл фізіологічного розчину, через день протягом 10 днів, тіотриазолін-4 мл 2,5% внутрішньовенно крапельно на 200 мл фізіологічного розчину - 10 днів (через день після берлптіону), грандакін-100 мг на добу та 7 сеансів лазерного опромінення циркулюючої крові гелій-неоновим лазером потужністю 3,0 мВт/см² шляхом введення світловоду в ліктьову вену упродовж 30 хвилин, під контролем реографічних та імунологічних показників, які визначають до та після лікування

Винахід, що заявляється відноситься до медицини, а саме до професійних захворювань і може бути застосований для лікування цереброваскулярних порушень у хворих на професійне отруєння

Упродовж останніх років спостерігається зростання випадків нейротоксикацій на виробництві, серед яких, одне із провідних місць займає отруєння сірковуглецем (СВ). У хворих на СВ отруєння спостерігається проградієнтний перебіг захворювання з розвитком виражених цереброваскулярних порушень у вигляді дисциркуляторної енцефалопатії з вегетативними пароксизмами, що зумовлює стійку втрату працездатності [1]. Це пояснює велику кількість клініко-експериментальних досліджень стосовно токсичних ефектів СВ, в тому числі механізмів формування порушень мозкової гемодинаміки, направлених на розробку нових підходів до використання сучасних лікарських препаратів та немедикаментозних засобів для лікування хворих на професійне отруєння СВ. Водночас, актуальним залишається пошук нових, патогенетичне обґрунтованих, методів лікування, спроможних за-

безпечити стійкий терапевтичний ефект у професійних хворих з цереброваскулярними порушеннями з відновленням їх повноцінного функціонального стану, що дозволить їм повернутися до трудової діяльності

За даними Л.К. Першай [2], тактика лікування хворих на СВ отруєння, визначається залежно від клінічних проявів захворювання, переваги церебральних порушень функціонального (вегетативно-судинна дистонія, невротоподібні синдроми) чи органічного характеру (гіпоталамічний, екстрапірамідний, стовбурово-вестибулярний, психоорганічний синдроми). На думку автора доцільним є призначення комплексного лікування, направлено-го на нормалізацію психоемоційних та загальноневротичних розладів, зменшення проявів вегетативної дисфункції, нормалізацію судинного тону системного та репаративного характеру, поліпшення метаболізму і трофічного забезпечення нервової тканини, і включає 1) транквілізатори та інші седативні препарати, 2) вегетотропні, 3) вазоактивні засоби, 4) блокатори адренергічних α - та β -

(13) A

(11) 56029

(19) UA

рецепторів, 5) препарати трофічного забезпечення ("ноотропи", адаптогени)

Як відомо, дана традиційна схема широко застосовується у практичній медицині. У більшості хворих відмічається позитивний терапевтичний ефект, що супроводжується поліпшенням загального стану, нормалізацією артеріального тиску (АТ), зменшенням частоти та інтенсивності вегетативних пароксизмів.

Однак, суттєвим недоліком такого способу є відсутність стійкого реабілітаційного ефекту. Після закінчення курсу лікування у частини пацієнтів спостерігається синдром "відміни", що проявляється затяжними вегето-судинними кризами, психоемоційними та невротичними розладами, що може спричинити повторну госпіталізацію до стаціонару або постійний прийом "підтримуючої" медикаментозної терапії.

Останнім часом, за даними літератури, значна увага приділяється вивченню питань патогенезу імунотоксичних ефектів у робітників хімічної промисловості. Ряд науковців [3, 4] аналізуючи результати імунологічних обстежень осіб, які контактують з хімічними ксенобіотиками, вказують на необхідність антиоксидантного лікування з використанням імунотропних засобів як ефективного методу профілактики професійних захворювань. Разом з тим, в літературі відсутні повідомлення стосовно застосування імюнокорегуючої терапії у лікуванні цереброваскулярних порушень у хворих на отруєння сірковуглецем.

Задача винаходу - підвищення ефективності лікування, продовження ремісії та попередження прогресуючого перебігу отруєння сірковуглецем (СВ).

Завдання винаходу полягає у розробці патогенетично обгрунтованого способу лікування хворих на професійне отруєння СВ шляхом вивчення основних показників імунного статусу та церебральної гемодинаміки хворих на професійне отруєння СВ та корекція виявлених змін шляхом використання комплексної схеми, де поряд з традиційними вазоактивними та нейротропними препаратами були апробовані засоби імюномодуючої дії.

Технічним результатом є підвищення ефективності лікування цереброваскулярних порушень у хворих на професійне отруєння сірковуглецем.

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі профілактичного лікування цереброваскулярних порушень у хворих на СВ отруєння, який включав препарати седативної, вазоактивної та нейрометаболічної дії, додатково призначають лікувальний комплекс, який поєднує берліптон (препарат α -ліпоевої кислоти) у дозі 800мг внутрішньовенно крапельно на 200мл фізіологічного розчину, через день протягом 10 днів, тіотриазолін 4мл 2,5% внутрішньовенно крапельно на 200мл фізіологічного розчину - 10 днів (через день, після берліптону), грандаксин 100мг на добу та 7 сеансів лазерного опромінення циркулюючої крові гелій-неоновим лазером потужністю 3,0мВт/см², шляхом введення світловоду в ліктьову вену упродовж 30 хвилин, під контролем реографічних та імунологічних показників, які визначають до та після лікування.

Позитивний ефект при здійсненні запропоно-

ваного способу досягається за рахунок підвищення ефективності лікування, пролонгації періоду ремісії, завдяки тому, що поряд з вегетотропними, вазоактивними, седативними та нейрометаболічними препаратами використовують імюномодуючі засоби з антиоксидантною (берліптон), транквілізуючою (грандаксин) мембраностабілізуючою (тіотриазолін) та вазоактивною (лазер крові) дією. Лікування здійснюють на фоні моніторингових реоенцефалографічних та імюнологічних досліджень, що дозволяє об'єктивно контролювати перебіг захворювання та ефективність вибраної терапевтичної тактики.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Приклад. Хворий Б (№ 1/03216), 47 років, діагноз: хронічна сірковуглецева отруєння (енцефалопатія з переважним ураженням гіпоталамічної ділянки обмінно-ендокринного характеру з артеріальною гіпертензією II ст.) - захворювання професійне. Анамнез основного захворювання - хворіє протягом 3 років. Попереднє лікування амбулаторне, стаціонарне медикаментозне (із застосуванням традиційної схеми) без стійкого ефекту. Скарги на постійні головні болі, запаморочення, посилюються при поворотах голови, хиткість при ходьбі, шум у вухах, підвищення АТ до цифр 160/100 - 200/120мм рт.ст., часті кризові стани (2 - 3 рази на добу), які супроводжуються посиленням головного болю, запамороченням, вираженою загальною слабкістю, відчуттям внутрішнього тремтіння, серцебиттям, стискаючими болями в ділянці серця, також відмічає розлади сну, психоемоційну лабільність, затерпання кінцівок АТ при поступленні 190/110мм рт.ст. При обстеженні в неврологічному статусі - слабкість конвергенції, асиметрія носогубних складок, гіпестезія правої половини обличчя, позитивні симптоми Маринеску, Хвостика, позжовлені періостальні та сухожильні рефлексі, d > s. В позі Ромберга хиткість, тремор пальців рук, координатори проби виконує з промахуванням, корнеальні рефлексі мляві з обох боків, емоційно лабільний.

Проведений курс комплексного лікування, який включав базисну терапію з призначенням β -адреноблокаторів (атенолол 100мг на добу), ноотропів (ноотропіл 10мл внутрішньовенно струйно на 10мл фізіологічного розчину), та кавінтону в дозі 4мл внутрішньовенно крапельно на 200мл фізіологічного розчину. Поряд з цим хворий отримувал лікувальний комплекс берліптон (препарат α -ліпоевої кислоти) у дозі 600 мг внутрішньовенно крапельно на 200мл фізіологічного розчину, через день протягом 10 днів, грандаксин 100мг на добу, тіотриазолін 4мл 2,5% внутрішньовенно крапельно на 200мл фізіологічного розчину - 10 днів (через день, після берліптону), 7 сеансів лазерного опромінення циркулюючої крові гелій-неоновим лазером потужністю 3,0мВт/см² шляхом введення світловоду в ліктьову вену упродовж 30 хвилин.

Результати моніторингових досліджень церебральної гемодинаміки в басейні внутрішньої сонної артерії (BCA) та імунного статусу хворого наведені відповідно в табл 1 і табл 2.

Таблиця 1

Географічні показники хворого Б до та після лікування (басейн ВСА)

Характер дослідження	Географічні показники					
	РІ, од	ЧШН, с	ЧПР, с	ДКІ, %	ДСІ, %	КА, %
до лікування	0,48	0,040	0,22	88,5	42,8	34,2
після лікування	0,76	0,030	0,14	55,6	62,6	14,6

Таблиця 2

Імунологічні показники хворого Б до та після лікування

Характер дослідження	Імунологічні показники									
	Лімфоцити 10 ⁹ /л	Т- лімфоцити 10 ⁹ /л	В- лімфоцити 10 ⁹ /л	Г- хелпери 10 ⁹ /л	Т- супресори 10 ⁹ /л	ІРІ (Тх/Тс)	ІGA г/л	ІGM г/л	ІGG г/л	ЦІК
до лікування	1,55	0,5	0,3	0,4	0,14	2,8	1,7	1,8	11,4	148
після лікування	1,68	0,6	0,4	0,55	0,26	2,1	1,9	1,2	10,2	98

За результатами проведеного лікування стан хворого суттєво поліпшився значно зменшились головні болі, шум у вухах, нормалізувався сон, не бентежили запаморочення, з 7 доби відмічено стабілізацію АТ до цифр 150/90 - 160/95 мм рт.ст., відсутність кризових станів. В неврологічному статусі зменшилась пперерексія, хворий більш чітко виконував кординаційні проби.

Динамічні дослідження мозкової гемодинаміки та імунного статусу (табл 1 і 2) об'єктивно відображають суттєвий позитивний ефект призначеного лікування. Відмічено зростання показника пульсового кровонаповнення (РІ), зменшення часу швидкого наповнення (ЧШН) та часу підйому реограми (ЧПР), зниження дикротичного індексу (ДІ), що свідчить про значне зниження тону великих і дрібних судин артеріального русла. Нормалізація показника венозного відтоку (ДСІ) вказує на зменшення проявів дисциркуляції в системі венозного русла. Підтвердженням поліпшення мозкового кровонаповнення було суттєве (до нормальних величин) зниження міжпівкульової асиметрії(КА).

Позитивний імуномодулюючий ефект відобразився значним поліпшення показників імунного статусу (табл 2), що проявилось збільшенням загальної кількості лімфоцитів, Т- і В-лімфоцитів, імунорегуляторних клітин з хелперною та супресорною активністю, і, відповідно, нормалізацією імунорегуляторного індексу (ІРІ). Поряд з цим, спостерігалось зниження рівня циркулюючих

імунокомплексів та вмісту ІGM. Хворий Б виписаний з поліпшенням. Протягом 6 місяців відмічається збереження досягнутого ефекту.

За допомогою запропонованого способу проведено лікування 18 хворих на професійне отруєння сірковуглецем з клінічними ознаками цереброваскулярних порушень у вигляді дисциркуляторної енцефалопатії. Позитивний клінічний ефект досягнутий у 16 (88,8%) хворих, що дозволяє рекомендувати його застосування в практичній медицині.

Література

1 Методы ранней диагностики и терапии нарушений вегетативной нервной системы при хронической сероуглеродной интоксикации. Метод, рекомендации / Киев: НИИ гигиены труда и профзаболеваний, Разраб. А.П. Афондиной и др. - Киев - 1984 - 18 с.

2 Принципы диспансеризации работающих в условиях воздействия сероуглерода. Метод, рекомендации / Белорус, ин-т усов, врачей, Сост. Л.К. Першай - Минск - 1985 - 21 с. – Прототип.

3 Земсков А.М., Земсков В.М. Профилактическая иммунокоррекция нуклеином натрия // Медицина труда и пром. экология - 1995 - № 4 - С. 34-36.

4 Кулаков А.В., Кулаков В.В., Серков И.Л. Иммунный статус рабочих химических и металлургических предприятий Нижнего Тагила // Иммунология - 1992 - № 5 - С. 56-60.