



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60635 (13) A
(51) 7 A61K35/00, A61K38/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НИРКОВОЇ КОЛІКИ

1

2

(21) 2003010477

(22) 20 01 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Довбиш Михайло Афанасійович, Волошин
Микола Анатолійович, Довбиш Ігор Михайлович,
Губарь Андрій Олександрович(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, Довбиш Михайло Афанасійович,Волошин Микола Анатолійович, Довбиш Ігор Ми-
хайлович, Губарь Андрій Олександрович(57) Спосіб лікування ниркової коліки шляхом при-
значення теплої ванни, аналгетиків, спазмолітиків,
який відрізняється тим, що додатково признача-
ють адіуретин по 2 краплі на слизову оболонку
носа 2 рази на добу 4-5 днів та ендотелон по 1
таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів

Винахід стосується медицини, а саме урології,
і може бути використаним у лікуванні ниркових
колік.

Відомо багато способів лікування ниркової ко-
ліки, згідно яким завжди рекомендується призна-
чати тепло на вражену нирку, або теплу ванну,
аналгетики, спазмолітики, проводити блокаду сі-
м'яного канатика новокаином, катетеризацію сече-
воду. Але всі ці способи не завжди ефективні і
часто ниркова коліка рецидивує, або ускладнюєть-
ся пієлонефритом. Все це викликало необхідність
у розробці нових способів купірування ниркових
колік.

Відомий спосіб лікування ниркової коліки шля-
хом призначення аналгетиків та спазмолітиків, в
разі відсутності ефекту та повторення колик про-
водять дренування нирки за допомогою катетери-
зації сечоводу, встановлення стента в миску нирки
(Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопатки-
на — М. Медицина, 1998 — Т. 2 — С. 281-282).

Спільні суттєві ознаки аналога і винаходу, що
заявляється, є такі:

1. Призначення аналгетиків
2. Призначення спазмолітиків

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому
що призначення аналгетиків та спазмолітиків не
завжди досить ефективно купірує ниркову коліку,
тому збільшують частоту введення аналгетиків та
спазмолітиків до 4-х і більше разів на добу, пере-
ральні і внутрішньовенні введення цих ліків поєд-
нують з внутрішньовенними, збільшення разових
та добових доз аналгетиків і спазмолітиків часто
приводить до появи побічних дій. Відновлення
пасажу сечі шляхом катетеризації сечоводу і мис-

ки нирки являється також не завжди надійним ме-
тодом, тому що сечовідні катетери часто, закупо-
рюючись слизом та випадаючи, обумовлюють
рецидив ниркової коліки або розвиток пієлонефри-
ту. Дренування нирки шляхом встановлення стен-
та не завжди можливе, так як з одного боку причи-
ною коліки частіше за все є камінь сечоводу, який
приводить до повної непрохідності сечоводу і не
дає змоги провести стент. З другого - при наявно-
сті стента неможливо контролювати його функцію і
функцію нирки, заміряти діурез з цієї нирки, а та-
кож зберігається можливість виникнення рефлюк-
су сечі з сечового міхура в нирку.

Найбільш близьким за технічною сутністю та
результатом, що досягається, є спосіб, який поля-
гає у призначенні теплої ванни, аналгетиків та
спазмолітиків 3-4 рази на добу, проведення кате-
теризації сечоводу (Возіанов О.Ф., Люлько О.В.
Атлас-руководство з урології. У 3 т. — 2-е вид.,
переробл. Та доп. — Дніпропетровськ: РВА "Дніп-
ро-VAL", 2001 — Т. 3 — С. 64-72).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і
винаходу, що заявляється, є такі:

1. Тепла ванна
2. Призначення аналгетиків
3. Призначення спазмолітиків

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому
що призначення аналгетиків та спазмолітиків не
завжди досить ефективно купірує ниркову коліку і
вона рецидивує по декілька разів на добу, багато-
разові рецидиви коліки виснажують хворих та
ускладнюються гострим пієлонефритом, збіль-
шення частоти введення аналгетиків та спазмолі-
тиків до 4-х і більше разів на день та збільшення

(13) A
(11) 60635
(19) UA

разових і добових доз цих препаратів приводить до появи побічних дій, що обмежує подальше їх використання

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування ниркової коліки шляхом призначення додаткових лікарських засобів, що забезпечить підвищення ефективності лікування за рахунок більш швидкого купірування коліки і зменшення частоти її рецидивів, зменшення частоти ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб, який включає призначення теплої ванни та призначення анагетиків і спазмолітиків новим є те, що додатково одночасно призначають адіуретин по 2 краплі на слизову оболонку носа 2 рази на добу 4-5 днів і ендотелон по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому

При застосуванні адіуретину, завдяки антидіуретичної дії десмопресину, що міститься в ньому, швидко підвищується реабсорбція (зворотне всмоктування) води в нирці. Внаслідок цього зменшується надходження сечі в миску нирки та знижується в ній тиск. Зниження тиску в мисці веде до зменшення тиску на паренхіму нирки та ступеню її ішемізації, зменшення подразнення нервових закінчень миски, нирки, фіброзної капсули і запобігає виникненню мисково-ниркових рефлюксів

Одночасне призначення ендотелона, який підвищує відтік лімфи від органа, приводить до більш швидкого зменшення надлишку інтерстиційної рідини, попереджує затримку білка та продуктів обміну речовин, зменшує внутрішньонирковий тиск та сприяє більш швидкому покращанню внутрішньониркової мікроциркуляції

Все це сприяє припиненню приступів ниркових колік, попереджає їх рецидиви та запобігає виникнення ускладнення - пієлонефриту, покращує перебіг ниркової коліки та зменшує ліжко-день

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів, отриманих за рахунок одночасного призначення адіуретину та ендотелона дозволить забезпечити підвищення ефективності лікування хворих на ниркову коліку за рахунок більш швидкого купірування коліки, зменшення частоти рецидивів ниркової коліки, дози анагетиків та спазмолітиків, зменшення частоти ускладнень - виникнення пієлонефриту, покращання перебігу ниркової коліки і зменшення тривалість ліжко-дня

Спосіб здійснюють таким чином

Після збору анамнезу, клінічного, лабораторного і ультразвукового обстеження хворому призначають теплу ванну або теплу грілку на нирку, внутрішньовенно 5мл баралгону, внутрішньом'язово 50% анальгін по 2мл 3 рази на добу + но-шпу по 2мл 3 рази на добу + 0,2% платіфілін 2мл 3 рази на добу. Одночасно хворому дають 2 краплі адіуретину на слизову оболонку носа 2 рази на добу 4-5 днів та ендотелон по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів

Приклад 1. Хворий М., 42 років поступив в урологічну клініку 18.03.2002 року. Скаржить на приступоподібний біль в лівій поперековій ділянці з

ірадіацією в діву пахвинну ділянку та ліве яєчко, часті і болісні позиви до сечовиділення. Захворів 10 годин тому назад. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Пульс 119 ударів за хвилину, АД - 160/100 мм рт.ст. Шкіра волога, язик сухий. Тони серця рівномірні, в легенях дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені. Права нирка не пальпується в трьох положеннях, безболісна, зліва - поперекові м'язи напружені, при пальпації відмічається різкий біль, пальпується нижній полюс нирки. Сечовипускання часте, через кожні 5-10 хвилин, болісне в кінці.

В загальному аналізі крові: гемоглобін 130г/л, еритроцитів до $4,3 \times 10^{12}$ /л, еритроцитів - 8×10^9 /л, палочкоядерні нейтрофіли - 6, сегментоядерні нейтрофіли - 64, лімфоцити - 24, моноцити - 6, ШОЕ - 14мм. В загальному аналізі сечі - питома вага 1023, білок - 0,68г/л, реакція кисла, лейкоцити - 4-5 в полі зору, еритроцити свіжі - 20-30 в полі. На оглядовій рентгенограмі контури поперекових м'язів чіткі, контур лівої нирки збільшений, нижче на 2см проекції клубових судин, по ходу нижньої третини лівого сечоводу, тінь кісткової пильності розміром 0-8 на 1,0см. При ультразвуковому дослідженні ліва нирка розмірами 12,0х6,7см, ехогенність тканини нирки підвищена, ехогенність центрального комплексу знижена, кортикомедулярне диференціювання задовільне, товщина паренхіми по ребру та на верхньому полюсі 2,0см. Миска і сечовід в верхній третині розширені до тазового кільця, нижче клубових судин ехопозитивна тінь з акустичною доріжкою 0,9 на 1,1см. З боку правої нирки патологічних відхилень не знайдено.

Діагноз: сечокам'яна хвороба, камінь нижньої третини лівого сечоводу, лівостороння ниркова коліка.

Хворому ввели внутрішньовенно 5мл баралгону, на ліву поперекову ділянку поклали теплу грілку, внутрішньом'язово призначили 50% анальгін по 2мл 3 рази на добу + но-шпу по 2мл 3 рази на добу + 0,2% платіфілін 2мл 3 рази на добу. Одночасно хворому призначили 2 краплі адіуретину на слизову оболонку носа 2 рази на добу на 4-5 днів та ендотелон по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів.

Через 30 хвилин стан хворого задовільний, біль в лівій поперековій ділянці припинився. При об'єктивному огляді в лівій поперековій ділянці незначне напруження м'язів, поперекова ділянка помірно болісна при глибокій пальпації, пальпується нижній полюс лівої нирки. Позиви на сечовиділення часті.

19.03.2002 року стан хворого задовільний. Ніч спав добре, болі в лівій поперековій ділянці не рецидивують. Об'єктивно: температура тіла 36,6°C. Р - 82 удари за хвилину. АД - 135/85 мм рт.ст. Язик вологий. Шкіра суха. З боку легень та серця відхилень немає. Живіт м'який, печінка і селезінка не збільшені. Поперекові ділянки безболісні, м'язи не напружені. Нирки не пальпуються в 3-х положеннях, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовиділення безболісно, через 3-4 години. В загальному аналізі крові відхилень немає. В загальному аналізі сечі - питома

вага 1023, білок - 0,66г/л, реакція кисла, лейкоцити - 3-4 в полі зору, еритроцити свіжі - 10-12 в полі. Кретинин сироватки крові - 85ммоль/л, сечовина - 6,3ммоль/л, білірубін 14,6ммоль/л. Електроліти в нормі, сахар крові - 5,6ммоль/л.

20.03.2002 року стан хворого задовільний. Спав добре, біль в лівій припинився і не повторюється. Об'єктивно температура тіла 36,6°C. Р - 78 ударів за хвилину. АД - 125/80 мм рт.ст. Язик вологий. Шкіра суха. З боку легень та серця відхилень немає. Живіт м'який, печінка і селезінка не збільшені і не пальпуються. Поперекові ділянки безболісні, м'язи не напружені. Нирки не пальпуються в 3-х положеннях, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовиділення нормальне. В загальному аналізі крові відхилень немає. В загальному аналізі сечі - питома вага 1023, білок - 0,033г/л, реакція кисла, лейкоцити - 3 в полі зору, еритроцити свіжі - 3-4 в полі.

21.03.2002 року стан хворого задовільний. Спав добре, біль не повторюється. Об'єктивно температура тіла 36,6°C. Р - 74 удари за хвилину. АД - 120/80 мм рт.ст. Язик вологий. Шкіра суха. З боку легень та серця відхилень немає. Живіт м'який, печінка і селезінка не збільшені і не пальпуються. Поперекові ділянки безболісні, м'язи не напружені. Нирки не пальпуються в 3-х положеннях, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовиділення нормальне. В загальному аналізі крові відхилень немає. В загальному аналізі сечі - питома вага 1023, білок - 0,033г/л, реакція кисла, лейкоцити - 3 в полі зору, еритроцити свіжі - 3-4 в полі. Призначене повторне ультразвукове дослідження та екскреторна урографія.

21.03.2002 року стан хворого задовільний. Спав добре, біль не повторюється. Об'єктивно температура тіла 36,6°C. Р - 74 удари за хвилину. АД - 120/80 мм рт.ст. Язик вологий. Шкіра суха. З боку легень та серця відхилень немає. Живіт м'який, печінка і селезінка не збільшені і не пальпуються. Поперекові ділянки безболісні, м'язи не напружені. Нирки не пальпуються в 3-х положеннях, симптом Пастернацького негативний з обох

боків. Сечовиділення нормальне. В загальному аналізі крові відхилень немає. В загальному аналізі сечі - питома вага 1023, білок - 0,033г/л, реакція кисла, лейкоцити - 3 в полі зору, еритроцити свіжі - 3-4 в полі.

22.03.2002 року стан хворого задовільний. Спав добре, приступів не було. Об'єктивно температура тіла 36,8°C. Р - 70 ударів за хвилину. АД - 125/80 мм рт.ст. Язик вологий. Шкіра суха. З боку легень та серця відхилень немає. Живіт м'який, печінка і селезінка не збільшені і не пальпуються. Поперекові ділянки безболісні, м'язи не напружені. Нирки не пальпуються в 3-х положеннях, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовиділення не порушене. В загальному аналізі крові відхилень немає. В загальному аналізі сечі - питома вага 1020, білок - 0,033г/л, реакція кисла, лейкоцити - 3 в полі зору, еритроцити свіжі - 2-3 в полі. Призначене повторне ультразвукове дослідження та екскреторна урографія.

Проведено ультразвукове дослідження нирок, ліва нирка розмірами 11,0х5,9см, тканина нирки гіпоехогена, зберігається ехогенність центрального комплексу, кортико-медулярне диференціювання задовільне, товщина паренхіми по ребру та на верхньому полюсі 1,8см. Розширення миски і сечовід в верхній третині помірно до тазового кільця і значно менше ніж при госпіталізації, нижче клубових судин ехопозитивна тінь з акустичною доріжкою 0,9 на 1,1см. З боку правої нирки патологічних відхилень не знайдено.

На оглядовій рентгенограмі контури поперекових м'язів чіткі, контур лівої нирки збільшений, нижче на 2см проекції клубових судин тінь кісткової щільності розміром 0,8 на 1,0см. Функція обох нирок при внутрішньовенній урограмі задовільна, контрастна речовина надходить до мисок на 7-й хвилині, але зліва інтенсивність заповнення миски декілька менша ніж в протилежній. Миска і сечовід до камня помірно розширені, миска і сечовід правої нирки без порушень. Сечовий міхур з рівними краями, порушень не виявлено.