



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64092 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61P 9/00
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СКЛАДІ ГІПОТАЛАМІЧНОГО СИНДРОМУ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

1

2

(21) u201104772

(22) 18.04.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) ШЛІМКЕВИЧ ІННА ВАСИЛІВНА, СИНОВЕР-СЬКА ОЛЬГА БОГДАНІВНА

(73) ШЛІМКЕВИЧ ІННА ВАСИЛІВНА, СИНОВЕР-СЬКА ОЛЬГА БОГДАНІВНА

(57) Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у складі гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду, який включає загальноприйняті методи

лікування (нормалізація режиму дня та харчової поведінки, застосування гіпокалорійної дієти, достатній режим дозованих фізичних та зменшення психоемоційних навантажень, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК), який **відрізняється** тим, що додатково призначають вазотропний препарат вінпоцетин по 1 таблетці (5 мг) тричі на день перорально, після прийому їжі та препарат метаболічної дії гліцисед по 1 таблетці (100 мг) тричі на день сублінгвально, курсом 25-30 днів.

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до педіатрії, і стосується лікування дітей та підлітків із артеріальною гіпертензією (АГ) у складі гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду (ГСПП).

Одним із головних патогенетичних і клінічних аспектів ГСПП є АГ. Механізми, що обумовлюють взаємозв'язок між АГ і ожирінням, властивими ГСПП, складні та багатфакторні. Так ожиріння асоційоване із ендотеліальною дисфункцією, дисліпідемією, ремоделюванням судин, гіпертрофією міокарда лівого шлуночка та передчасним атеросклерозом. Всі ці фактори відіграють важливу роль у підвищенні артеріального тиску (АТ) та виникненні АГ у дітей та підлітків із ГСПП [1].

В свою чергу, АГ тісно пов'язана з високим рівнем реніну плазми, плазміногеном, інсуліноподібним фактором росту, які відіграють важливу роль у розвитку ГСПП. АГ, як важливий складовий елемент ГСПП, є одним з найпоширеніших захворювань [2].

АГ при ГСПП пов'язана із збільшенням потреби організму у кисні, що індукується надлишковою вагою тіла та супроводжується компенсаторним підвищенням серцевого викиду за рахунок ударного об'єму крові та об'єму циркулюючої крові, при цьому загальний периферичний супротив знижується незначно і неадекватно, в результаті чого підвищується АТ. Гіперволемічний та гіперкінетич-

ний типи кровообігу призводять до підвищення навантаження на серце [3].

Доведено, що головним органом-мішенню при розвитку ГСПП є судинний потік. Слід розглядати проблему ГСПП у дітей та підлітків із позиції судинного ризику. Клінічна симптоматика при ГСПП в значній мірі обумовлена порушенням регіонарної і системної мікроциркуляції з переважанням симптомів церебральної ангіодистонії і дисбалансом вегетативних структур коронарних судин, що призводить до функціональних кардіальних порушень внаслідок ішемії міокарду. Найчастіше ГСПП маніфестує вегето-судинними симптомами у вигляді транзиторної гіпертензії (підвищення або лабільності АТ), судинних спазмів, серцебиття та неприємних відчуттів у ділянці серця при фізичному навантаженні та стресі [4].

Постійною та ранньою ознакою ГСПП є судинна мозкова недостатність із-за ураження серцево-судинної системи, яка клінічно проявляється невротичними станами, що супроводжуються загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю при розумовому та фізичному навантаженні. При функціональній недостатності гіпоталамуса, яка є проявом дисбалансу нейротрансмітерів, діти стають чутливими до метеорологічних факторів (електромагнітні бурі, коливання температури повітря, вологості, зміни атмосферного тиску, різкі зміни погоди) [5].

(13) U
(11) 64092
(19) UA

Покращення ранньої діагностики судинного ураження та ризику розвитку його ускладнень - прищвидшеного атеросклеротичного процесу, ризику тромбоутворення - повинно розвиватися із двох взаємно доповнюючих позицій: удосконалення методів догоспітальної діагностики високого атерогенного, тромбогенного ризику та ЕД на базі біохімічних маркерів та більш ширшого використання функціональних неінвазивних методів діагностики ЕД та ремоделювання серця.

Враховуючи високу поширеність ГСПП в дитячій популяції, схильність до прогресування, виникнення ускладнень, розвитку мозкових судинних змін рання діагностика початкових порушень та їх ефективна корекція мають велике значення.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб лікування який полягає в нормалізації режиму дня та харчової поведінки, застосування гіпокалорійної дієти, достатній режим дозованих фізичних навантажень та зменшення психоемоційних навантажень, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК [6]. При цьому, хворому в комплексній терапії призначають інстенон внутрішньовенно на 5 % розчині (200 мл) глюкози чи фізрозчині.

Але даний спосіб є: інвазивність введення препарату (внутрішньовенні ін'єкції) та обмежене його використання у хворих із артеріальною гіпертензією через підвищення хвилинного об'єму кровообігу. Крім того, препарат інстенон містить компоненти хімічного походження, що може стати причиною виникнення побічних ефектів (головний біль, гіперемія обличчя, гіпотензія, тахікардія) та обмежує безпечність використання препарату в педіатричній практиці.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити новий спосіб лікування АГ у дітей із ГСПП, шляхом введення препаратів, які зможуть забезпечити нормалізацію артеріального кровоповнення мозкових судин і венозного відтоку, покращення інтелектуально-когнітивних функцій та психоемоційної сфери, високу якість життя пацієнтів, попередити прогресування АГ та виникнення побічних ефектів.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб лікування дітей із артеріальною гіпертензією у складі гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду, який включає загальноприйняті методи лікування (нормалізація режиму дня та харчової поведінки, застосування гіпокалорійної дієти, достатній режим дозованих фізичних навантажень, зменшення психоемоційних, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК). Згідно з корисною моделлю, що додатково призначають вазотропний препарат вінпоцетин по 1 таблетці (5 мг) тричі на день перорально, після прийому їжі та препарат метаболічної дії гліцисед по 1 таблетці (100 мг) тричі на день сублінгвально, курсом 25-30 днів.

Препарат вінпоцетин - розроблений ТОВ "Дослідний завод" ГНЦЛС " (Харків). За хімічним складом діюча речовина вінпоцетин (vinprocetine). Вінпоцетин має комплексний механізм лікувальної дії, сприятливо впливаючи на церебральний метаболізм та мозковий кровообіг, на реологічні властивості крові, покращує мікроциркуляцію. Підсилює метаболічні процеси в головному мозку; збільшу-

ючи споживання глюкози і кисню тканиною головного мозку. Збільшує церебральну фракцію хвилинного об'єму крові; знижує резистентність судин головного мозку без істотної зміни показників системного кровообігу (тиск, хвилинний об'єм, частота пульсу, загальна периферична резистентність); не тільки не має ефекту "обкрадання", але й підсилює кровопостачання, насамперед в уражених, ішемічних ділянках з низькою перфузією (зворотний ефект "обкрадання"). Препарат випускають у таблетках (по 5 мг № 30 та № 40).

Препарат гліцисед - розроблений ВАТ "Київ-медпрепарат" (Київ). За хімічним складом діюча речовина glycine (кислота амінооцтова), це природний метаболіт, який є нейромедіатором гальмівного типу дії та регулятором метаболічних процесів у центральній нервовій системі, зменшує психоемоційне напруження, покращує когнітивну сферу, підвищує розумову працездатність; виявляє нейропротекторну, антистресову, седативну дію; поліпшує метаболізм мозку, нормалізує сон. Гліцин посилює здатність глутамату та N-метил-D-аспарату (НМДА) відкривати катіонний канал, підвищує швидкість психофізіологічних реакцій завдяки збільшенню електричної активності одночасно в лобних та потиличних ділянках головного мозку. Гліцин діє як α -адренолітик, за рахунок чого відбувається нормалізація кров'яного тиску в гострому періоді стресу і функції симпатичної нервової системи. Препарат випускають у таблетках (по 100 мг № 50).

Запропонований спосіб здійснюється таким чином.

Наводимо приклад лікування артеріальної гіпертензії у складі гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду.

Приклад.

Дівчинка 14 років, госпіталізована в ендокринологічне відділення ОДКЛ. Діагноз: ГСПП.

З анамнезу відомо, що дитина скаржиться на головний біль, дратівливість, порушення пам'яті та уваги, слабкість, швидку втомлюваність, підвищення артеріального тиску. Лікувалась періодично за місцем проживання та стаціонарно, приймала барбовал, фітосед, персен, вітаміни та фізіотерапевтичні процедури. Значного покращення стану не відмічає. Народилась від першої вагітності, перших пологів з масою тіла 4500 г. Під час вагітності мати не хворіла, ліків не приймала. На грудному вигодовуванні до 4 місяців. Хворіла на ГРВІ, ангіни. Алергія не відмічалась. Спадковий анамнез: у мамі гіпертонічна хвороба, перенесений напад гострого порушення мозкового кровообігу.

При об'єктивному обстеженні виявлено: маса тіла - 82 кг, ріст - 166 см, об'єм грудної клітки - 103 см, об'єм талії - 95 см, об'єм стегон - 115 см, індекс маси тіла - 30,5, блідість шкіри та багрянні смуги розтягнення, які відмічаються симетрично на спині, сідницях, внутрішніх поверхнях стегон, животі, частота дихальних рухів 20 за хвилину, пульс однаковий на обох руках, ритмічний, тахікардія 96 ударів за хвилину, АТ145/95 мм рт. ст.(d) і 150/95 мм рт. ст. (s) і 190/110 мм рт. ст. (н/к). Реоенцефалограма: зменшення амплітуди кривої наповнення, особливо справа, що свідчить про порушення ар-

теріального кровоплину, помірна асиметрія кровонаповнення, збільшення амплітуди діастолічної хвилі - характерно для підвищеного тону мозкових судин і венозного повнокрів'я. При проведенні добового моніторингу АТ зареєстроване збільшення значень середніх добового, денного і нічного АТ, що відповідає АГ (140/95 мм рт. ст., 150/95 мм рт. ст., 160/100 мм рт. ст., відповідно), недостатнє зниження АТ та ЧСС у нічний час (6 %), добова варіабельність систолічного АТ 21 мм рт. ст., діастолічного - 19 мм рт. ст. Величина ранкового підйому систолічного артеріального тиску - 38 мм рт. ст. і діастолічного артеріального тиску - 30 мм рт. ст.

Призначено лікування: нормалізація режиму дня, гіпокалорійна дієта, електрофорез по Щербакі з калію бромідом, масаж, заняття ЛФК, вінпоцетин по 1 таблетці тричі в день внутрішньо після прийому їжі, гліцисед по 1 таблетці тричі в день сублінгвально з утриманням в роті до повного розчинення таблетки. На четвертий день лікування головний біль зменшився, зникла дратівливість. На другому тижні лікування покращився сон, нівелиювалися розлади в психоемоційній сфері, порушення пам'яті та уваги, нормалізувався артеріальний тиск. Реоенцефалограма на 28 день лікування мала нормальні показники артеріального кровонаповнення мозкових судин, але утримувались незначні ознаки підвищеного опору судин та венозного повнокрів'я. В кінці місячного курсу лікування

покращились інтелектуально-мнестична та когнітивна функції, нормалізувались показники артеріального тиску за даними ДМАТ.

Джерела інформації:

1. Герасимова Т.В. Ведення пацієнтів-підлітків з гіпоталамо-гіпофізарною дисфункцією / Т.В. Герасимова // Медицинские аспекты здоровья женщины.-2010. - № 9-10 (38-39). - С. 5-9.
2. Коренев М.М. Первинна артеріальна гіпертензія / М.М. Коренев // Первинна артеріальна гіпертензія. - К., 2006. - С. 192-330.
3. Ніконова В.В. Вплив добового профілю артеріального тиску на параметри серця у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією / В.В. Ніконова // Таврический медико-биологический вестник.-2007. - № 3.-123 с.
4. Бурлай В.Г. Стан церебральної гемодинаміки у дітей з вегетативними дисфункціями і можливість її корекції інстеноном / В.Г. Бурлай // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2001. - № 2. - С. 17-20.
5. Леонтьева И.В. Современное состояние проблем диагностики, лечения и профилактики первичной артериальной гипертензии у детей и подростков / И.В. Леонтьева // Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2002. - № 1.- С. 38-45.
6. Патент України № 56609 від 15.05.2003, А61Р9/00, Бюл. № 5.-2003 р. (прототип).