



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43641 (13) A

(51) 7 A61K38/43, G01N33/50

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ**

(21) 2001042661

(22) 19 04 2001

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл. № 11, 2001 р.

(72) Волошин Олександр Іванович, Безрук Тетяна
Олександрівна, Поканевич Валерій Володимиро-
вич(73) ВОЛОШИН ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ, БЕЗРУК
ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА, ПОКАНЕВИЧ ВАЛЕ-
РІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ(57) Спосіб лікування хронічного пієлонефриту
шляхом проведення етіотропної та патогенетичної
терапії у вигляді протизапальної, антикоагулянт-
ної, фібринолітичної, імуномодуючої та за-
гальнозміцнюючої терапії, який **відрізняється**
тим, що додатково призначають пилкок квтковий
і/або ербісол

Винахід відноситься до медицини, а саме до нефрології, урології та внутрішніх хвороб і може бути використаний для лікування хронічного пієлонефриту (ХПН).

Хронічний пієлонефрит - одне з поширених захворювань нирок. В останні роки уточнена роль антиоксидантної, імунної та інших систем у виникненні патологічних порушень при ХПН. У зв'язку з цим пропонуються різні засоби для лікування в комплексі ХПН. Відомі способи лікування, засновані на використанні коштовних препаратів з великим спектром побічної дії, які впливають на окремі види патологічних порушень. Крім того, у хворих на ХПН досить часто визначаються патологічні порушення інших органів та систем, у тому, числі і гастродуоденальної та гепатобіліарної, що вимагає застосування відповідних засобів.

Аналогом винаходу є спосіб лікування хронічного гломерулонефриту з нирковою недостатністю (Кошлик Ш. Возможности использования благоприятных воздействий пчелиной пыльцы у больных с хронической недостаточностью почек // Vnitri Lek, 33, 1987, No. 8, с. 633-640), заснований на використанні пилку квткового як засобу, що знижує рівень ліпідів у сироватці крові (гіполіпідемічна дія) знижує рівень плазматичних білків у сироватці крові (протеїн-нормалізуюча дія) та знижує рівень тироксину (гормон-нормалізуюча дія), нормалізує рівень сечовини, креатиніну та фосфору. Недоліками цього способу є те, що пилкок квтковий використовували тільки з метою нормалізації вищевказаних показників, не враховуючи іншу його дію. Недоліком також є те, що спосіб розрахований

на застосування ПК тільки у хворих на хронічний гломерулонефрит з нирковою недостатністю.

Прототипом винаходу є спосіб лікування хронічного пієлонефриту (Пиріг Л.А., Дядик О.І., Семидоцька Ж.Д. Нефрология - К. Здоров'я, 1995 - С. 92-95), заснований на використанні етіотропної терапії (антибіотики) і комплексу патогенетичної терапії у вигляді протизапальної, антикоагулянтної, фібринолітичної, імуномодуючої та загальнозміцнюючої терапії. Недоліками прототипу є те, що не враховується генез патологічних змін та різні варіанти перебігу, у якості імуномодуючих та загальноукріплюючих засобів використовуються різні препарати. Кожен з них володіє різними побічними ефектами, а поєднане використання декількох препаратів приводить до поліпрагмації. Недоліком прототипу є також те, що до комплексу патогенетичної терапії не включені препарати з антиоксидантною дією та антианемічною дією та гастрогастропротектори.

Ми пропонуємо спосіб, що виключає вищевказані недоліки.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування хронічного пієлонефриту шляхом додаткового призначення до етіотропної та патогенетичної терапії пилку квткового та ербісолу для забезпечення більш швидкого та сталого одужання, зменшення побічних ефектів лікарських засобів та уникнення поліпрагмації.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування ХПН шляхом проведення етіотропної та патогенетичної терапії у вигляді протизапальної, антикоагулянтної, фібринолітичної, імуномодуючої та загальнозміцнюючої терапії згідно

винаходу додатково призначають пілок квтковий і/або ербісол

Спільними ознаками прототипа та винаходу є використання етіотропної та патогенетичної терапії у вигляді протизапальної, антикоагулянтної, фібринолітичної, імунomodуючої та загальноукріплюючої терапії. Ознаками, що відрізняють спосіб є додаткове призначення пілку квткового або ербісолу або їх поєднання

Спосіб здійснюється наступним чином

У хворого на хронічний піелонефрит вводиться повне діагностичне обстеження. При цьому визначають стан про- та антиоксидатних систем (малонового альдегіду, церулоплазміну, каталази, глутатіонпероксидази), наявність імунологічних порушень (імунологічні тести 1-2 рівня), проводять повне біохімічне обстеження показників крові (у тому числі дослідження показників гемоглобіна, заліза сироватки крові, холестерину, тригліцеридів), за допомогою додаткових інструментальних (ультрасонографія та гастродуоденофіброскопія) та лабораторних досліджень визначають наявність порушень гастродуоденальної та гепатобіліарної систем. За отриманими даними визначають характер перебігу хронічного піелонефриту

В залежності від показників, отриманих при обстеженні хворого та перебігу ХПН призначають препарати етіотропної та патогенетичної терапії і додатково пілок квтковий або ербісол або їх поєднання. Так при анемічних та набрякових варіантах перебігу ХПН призначають окрім стандартної етіотропної та патогенетичної терапії пілок квтковий у стандартному дозуванні. При наявності значних імунологічних порушень, супутньої патології з боку гастродуоденальної та гепатобіліарної систем у комплекс патогенетичної терапії вводять ербісол у стандартному дозуванні. Якщо за показниками клінічного та додаткових обстежень та за даними анамнезу у хворого визнається торпідний або часто рецидивуючий перебіг - у комплекс патогенетичної терапії вводять ербісол та пілок квтковий одночасно у стандартному дозуванні

Використання пілку квткового та ербісолу призводить до досягнення технічного результату у найкоротший термін -забезпечення більш швидкого та сталого одужання, зменшення побічних ефектів етіотропної і патогенетичної дії лікарських засобів та уникнення поліпрагмації

Використання винаходу пояснюється конкретними прикладами

Приклади використання способу

Хвора С., 1947 р. н. Скарги на переймоподібний біль в поперековій ділянці, часте, болюче сечовиділення. Захворіла вперше. Дані об'єктивного обстеження загальний стан задовільний. Шкірні покриви чисті, бліді. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, аускультативно - везикулярне дихання. Границі серця в межах вікових нормативів, при аускультатії - систолічний шум на верхівці серця. Живіт м'який, не болючий при пальпації, печінка та селезінка не збільшені. При пальпації нирок відмічається болючість в проекції правої нирки, симптом Пастернацького позитивний справа. Кишечник без особливостей. Дані додаткових методів обстеження: гемоглобін-108 г/л, еритро-

цити- $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,82, лейкоцити- $7,9 \cdot 10^9$ /л, сечовина-4,2 ммоль/л, креатинін-76,8 мкмоль/л, загальний білок-65,5 г/л. Аналізи сечі: загальний білок 0,66, лейкоцити 18-20 в п/зору, еритроцити 6-8 в п/зору, палинові циліндри 1-2 в п/зору, за Нечипоренко лейкоцити-4500, еритроцити-750, за Зимницьким добовий діурез-850 мл, півозостенурія 1,010-1,012. Імунограма: Т-лімфоцити - 45, Ts-10, Th-22, Th/Ts-2,2, В-лімфоцити - 27, ЦІК-180, титр нормальних антитіл-132

Діагноз: Хронічний вторинний піелонефрит, період загострення, ХНН. Анемія 1 ст.

Призначено етіотропне і патогенетичне лікування та пілок квтковий із розрахунку 250 мг/кг маси тіла двічі на день (за 20 хв до прийому їжі), протягом 4 тижнів.

Після курсу лікування стан хворої покращився, перестав турбувати біль в поперековій ділянці, зникли дизуричні явища, щез систолічний шум на верхівці серця, відмічалася покращення результатів додаткових методів обстеження: гемоглобін-128 г/л, еритроцити- $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,9, лейкоцити-5,2 $\cdot 10^9$ /л, сечовина-4,1 ммоль/л, креатинін-70,9 мкмоль/л, загальний білок-70,2 г/л. Аналізи сечі: загальний білок 0,099, лейкоцити 3-4 в п/зору, еритроцити свіжі поодинокі, палинові циліндри не виявлено, за Нечипоренко лейкоцити-1250, еритроцити-400, за Зимницьким добовий діурез-1150 мл, питома щільність сечі 1,014-1,016. Імунограма: Т-лімфоцити - 39, Ts-23, Th-16, Th/Ts-0,7, В-лімфоцити - 27, ЦІК-101, титр нормальних антитіл-116

Хвора Т., 1936 р. н. Скарги на ниючий біль в поперековій ділянці, часте сечовиділення, ниючий біль в правій боковій ділянці, відрижку кислим, печію, нудоту, присмак пркоти в роті. Хворіє протягом 2-х років. Дані об'єктивного обстеження: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви чисті, бліді. Легені та серце в межах вікових норм. Живіт м'який, болючий при пальпації в правій боковій ділянці, в точці проекції жовчного міхура, печінка та селезінка не збільшені. При пальпації нирок відмічалася болючість в проекції обох нирок, симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Кишечник без особливостей. Дані додаткових методів обстеження: гемоглобін-122 г/л, еритроцити- $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,89, лейкоцити- $8,8 \cdot 10^9$ /л, сечовина-4,9 ммоль/л, креатинін-79,8 мкмоль/л, загальний білок-70,5 г/л. Аналізи сечі: білок 0,33, ептелії та лейкоцити у великій кількості, за Нечипоренко лейкоцити-5500, еритроцити-1250, за Зимницьким добовий діурез-790 мл, півозостенурія 1,012-1,014. Імунограма: Т-лімфоцити - 48, Ts-10, Th-35, Th/Ts-3,5, В-лімфоцити - 25, ЦІК-210, титр нормальних антитіл-132. Гастрофіброскопія: ознаки поверхневого гастродуоденіту. УЗД органів черевної порожнини: ознаки холецистохолангіту, панкреатиту. Аналіз шлункового соку та дуоденального вмісту: підвищена кислотоутворююча функція, в жовчі осад, лейкоцити 15-25 в п/зору, слиз, калочка, кислий рН

Діагноз: Хронічний первинний піелонефрит, період загострення, ХНН. Хронічний гастродуоденіт з підвищеною кислотоутворюючою функцією, період загострення. Хронічний холецистохолангіт, рецидивуючий перебіг, період нестійкої ремісії, дискінезія жовчечивідних шляхів за гіпотонічним

типом Хронічний панкреатит, період нестійкої ремісії

Призначено етіотропне і патогенетичне лікування та ербісол по 2 мл в/м на вечір через 2-3 години після прийому їжі, протягом 20 днів

Після курсу лікування стан хворої покращився, перестав турбувати біль в поперековій ділянці, біль в ділянці живота, зникли дизуричні явища, відрижка, печія, нудота, присмак гіркоти в роті, відмічалось покращення результатів додаткових методів обстеження гемоглобін-138 г/л, еритроцити- $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,9, лейкоцити- $6,0 \cdot 10^9$ /л, сечовина-4,3 ммоль/л, креатинін-70,9 мкмоль/л, загальний білок-73,2 г/л. Аналізи сечі загальний - білок 0,066, лейкоцити 6-8 в п/з, епітелій 5-8 в п/з, за Нечипоренко лейкоцити-1750, еритроцити-500, за Зимницьким добовий діурез-1200 мл, питома щільність сечі 1,014-1,017 Імунограма Т-лімфоцити -38, Ts-18, Th-36, Th/Ts-2, 0, В-лімфоцити - 29, ЦІК-130, титр нормальних антитіл-1 16

Хворий К., 1943 р.н. Скарги на ниючий біль в поперековій ділянці, часте сечовиділення, ниючий біль в правій боковій ділянці, відрижку, нудоту, печію, присмак гіркоти в роті. Хворіє протягом 10-ти років. Дані об'єктивного обстеження загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви чисті, дещо іктеричного забарвлення. Легені та серце в межах вікових норм. Живіт м'який, болючий при пальпації в правій боковій ділянці, в точці проєкції жовчного міхура, печінка на 0,5 см виступає із під реберної дуги, селезінка не збільшена. При пальпації нирок відмічається болючість в проєкції обох нирок, симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Кишечник без особливостей. Дані додаткових методів обстеження гемоглобін-119 г/л, еритроцити- $3,85 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,89, Лейкоцити-8, $6 \cdot 10^9$ /л, сечовина-5,1 ммоль/л, креатинін-80,8 мкмоль/л, загальний білок-64,5 г/л. Аналізи сечі білок 0,33, епітелій та лейкоцити у великій кількості, за Нечипоренко лейкоцити-6750, еритроцити-1550, за Зимницьким

добовий діурез-790 мл, гіпоостенурія 1,010-1,012 Імунограма Т-лімфоцити - 49, Ts-10, Th-29, Th/Ts-2, 9, В-лімфоцити - 25, ЦІК-203, титр нормальних антитіл-1 32 Гастрофіброскопія ознаки поверхневого гастродуоденіту. УЗД органів черевної порожнини ознаки холецистохолангіту, панкреатиту, гепатиту. Аналіз шлункового соку та дуоденального вмісту підвищена кислотоутворююча функція, в жовчі осад, лейкоцити 15-20 в п/зору, слиз, клоччя, кислий рН

Діагноз Хронічний первинний пієлонефрит, період загострення, ХНН. Хронічний гастродуоденіт з підвищеною кислотоутворюючою функцією, період помірного загострення. Хронічний холецистохолангіт, рецидивуючий перебіг, фаза загострення, дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом. Хронічний панкреатит, період загострення. Хронічний гепатит, період загострення.

Призначено етіотропне і патогенетичне лікування та пілоквітковий із розрахунку 250 мг/кг маси тіла двічі на день (за 20 хв до прийому їжі), протягом 4 тижнів і ербісол по 2 мл в/м на вечір через 2-3 години після прийому їжі, протягом 30 днів

Після курсу лікування стан хворої покращився, перестав турбувати біль в поперековій ділянці, зменшився біль в правій боковій ділянці, зникли дизуричні явища, нудота, присмак гіркоти в роті, печінка не виступає із під краю реберної дуги, відмічається покращення результатів додаткових методів обстеження гемоглобін-124 г/л, еритроцити- $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник-0,9, лейкоцити- $6,2 \cdot 10^9$ /л, сечовина-4,8 ммоль/л, креатинін-72,9 мкмоль/л, загальний білок-67,3 г/л. Аналізи сечі загальний - сліди білка, лейкоцити 2-3 в п/з, епітелій 6-7 в п/з, за Нечипоренко лейкоцити-1750, еритроцити-250, за Зимницьким, добовий діурез-1115 мл, коливання питомої щільності сечі. Імунограма Т-лімфоцити - 41, Ts-17, Th-35, Th/Ts-2, 0, В-лімфоцити - 28, ЦІК-140, титр нормальних антитіл-1 16

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

