



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54792 (13) U
(51) МПК (2009)
A61K 33/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

1

(21) u201005902

(22) 17.05.2010

(24) 25.11.2010

(46) 25.11.2010, Бюл.№ 22, 2010 р.

(72) КУТАСЕВИЧ ЯНІНА ФРАНЦЕВНА, САВЕН-
КОВА ВІКТОРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ДЕРМА-
ТОЛОГІЇ ТА ВЕНЕРОЛОГІЇ АМНУ"

(57) Спосіб профілактики рецидивів у хворих на
хронічний червоний вовчак, що включає базисну
протирецидивну терапію, який відрізняється тим,

2

що додатково призначають препарат актовегін по
1 таблетці 3 рази на добу протягом 30 днів через 3
місяці після закінчення основного курсу лікування
пацієнтам з легким і середнім перебігом захворю-
вання; пацієнтам з тяжким перебігом - по 2 таблет-
ки 3 рази на день протягом 20 днів, а потім по 1
таблетці 3 рази на день протягом 10 днів, крім того
- мазь солкосерил 2 рази на день протягом 1 міся-
ця при легкому і середньому перебігу і 1,5 місяці
при тяжкому перебігу.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до дерматології, і може бути використаною
як лікувально-профілактичний захід у хворих на
хронічний червоний вовчак.

Проблема лікування хворих на хронічний чер-
воний вовчак (ХЧВ) є складною і важливою в су-
часній дерматології. Це зумовлено збільшенням
рівня захворюваності, важкістю патології, збіль-
шенням випадків трансформації обмежених форм
у системні, почастішанням і обтяженням рециди-
вів, зменшенням періоду ремісії, ураженням осіб
працездатного віку, а в деяких випадках інваліді-
зацією хворих [Мавров І.І. Основи діагностики і
лечения в дерматологии и венерологии: Пособие
для врачей, интернов и студентов / И.И. Мавров,
Л.А. Болотная, И.М. Сербина. - Х.: Факт, 2007. -
792 с.; Клинико-морфологическая диагностика и
принципы лечения кожных болезней. Рук-во для
врачей / М.А. Пальцев, Н.Н. Потекаев, И.А. Казан-
цева, С.С. Кряжева. - М.: ОАО «Изд-во «Медици-
на», 2006. - 512 с.]. Патоморфоз перебігу захо-
рювання, який спостерігають, пов'язують із
патологічним впливом несприятливих факторів
зовнішнього середовища, що призводить до хроні-
чної інтоксикації людей та зриву адаптаційних мо-
жливостей організму. Зміни, що спостерігаються в
гомеостазі хворих на обмежену склеродермію та
хронічний червоний вовчак, потребують медика-
ментозної корекції не тільки в період загострення
захворювання, а й у міжрецидивний період.

Базисною протирецидивною терапією хворих
на ХЧВ є комплекс, що включає вітамінні та дезаг-

регантні препарати, такі як дуовіт і курантил [Дя-
дык А.И. Системная красная волчанка: современ-
ное состояние проблемы // Укр. ревматол. журн. -
2002. - № 1 (7). - С. 23-29]. При легкому і серед-
ньому перебігу захворювання дуовіт призначають
по 1 таблетці 2 рази на день протягом 20 днів,
курантил по 1 таблетці 2 рази на день протягом 20
днів, а при тяжкому перебігу - дуовіт по 1 таблетці
2 рази на день протягом 30 днів, курантил по 1
таблетці 3 рази на день протягом 30 днів. Хворим
на ХЧВ необхідно запобігати надлишкової інсоля-
ції, травм, переохолодження, перегрівання, застою
них захворювань, стресових ситуацій, необгрунто-
ваного використання лікарських засобів, постійне
використання фотозахисних засобів при перебу-
ванні на відкритому сонці.

Даний спосіб профілактики рецидивів у хворих
на хронічний червоний вовчак є найбільш близь-
ким до того, що заявляється, за технічною суттю
та результатом, який може бути досягнутим, тому
його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу
розширення арсеналу способів профілактики ре-
цидивів у хворих на ХЧВ шляхом впливу на гомео-
стаз і локальної дії на осередок ураження.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-
делі, вирішують тим, що у відомому способі про-
філактики рецидивів у хворих на хронічний черво-
ний вовчак, що включає базисну протирецидивну
терапію, згідно з корисною моделлю, додатково
призначають препарат актовегін по 1 таблетці 3
рази на добу протягом 30 днів через 3 місяці після

(19) UA (11) 54792 (13) U

закінчення основного курсу лікування пацієнтам з легким і середнім перебігом захворювання; пацієнтам з тяжким перебігом - по 2 таблетки 3 рази на день протягом 20 днів, а потім по 1 таблетці 3 рази на день протягом 10 днів, крім того - мазь солкосерил 2 рази на день протягом 1 місяця при легкому перебігу і 1,5 місяці при середньому і тяжкому перебігу.

Технічний результат корисної моделі, що заявляється, полягає в тому, що додатково одночасно коригують гомеостаз хворих за рахунок підвищення енергетичного метаболізму при гіпоксії та ішемії, що спостерігаються у хворих на ХЧВ, та локально впливають на осередок ураження шляхом використання мазі, яка поліпшує обмінні процеси за рахунок антигіпоксичної та антиоксидантної дії, прискорює регенерацію в осередках ураження.

Спосіб виконують наступним чином:

Хворим на ХЧВ призначають вітамінний та дезагрегантний препарати. Додатково призначають актовегін по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 30 днів через 3 місяці після закінчення основного курсу лікування пацієнтам з легким і середнім перебігом захворювання. Пацієнтам з тяжким перебігом захворювання - по 2 таблетки 3 рази на день протягом 20 днів, а потім по 1 таблетці 3 рази на день протягом 10 днів. Крім того, призначають мазь солкосерил 2 рази на день протягом 1 місяця при легкому і середньому перебігу і 1,5 місяців при тяжкому перебігах захворювання.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади його клінічного застосування:

Приклад 1. Хворий П., 57 років, був госпіталізований із скаргами на висипання на обличчі, передплічч і тулуба, слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, загальну розбитість.

Хворіє протягом 5 років. Захворювання пов'язує з частими захворюваннями на гострі респіраторні захворювання. Усі ці роки хворий проходить лікування в дерматологічних установах (ознак системності процесу не встановлено).

Стан хворого задовільний. Об'єктивний статус без патологічних змін.

Патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді на обличчі, передпліччях і тулубі спостерігалися інфільтративні осередки розміром до 3см червоного кольору. У ділянці обличчя в середині осередків спостерігалася атрофія. По їх краях дрібні, азбестоподібні, щільно сидячі лусочки. При їх знятті у пацієнта визначався позитивний симптом „відірваного каблучка”.

У клінічному аналізі крові привертало увагу еозинофілія (6%), лімфоцитоз (39%) і підвищення ШОЕ (23мм/год).

Клінічний аналіз сечі без особливостей.

У біохімічному аналізі крові без особливостей. LE-клітини не виявлені.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 2,7, денатуровані - 2,5, формалізовані - 2,55 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові без патологічних ознак.

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дис-

коїдний червоний вовчак, середній за тяжкістю перебіг захворювання.

Хворий отримав лікування з використанням пентоксифіліну, плаквенілу, унітіолу, тіотриазоліну. Місцеве: крем елоком, фотозахисні креми.

Після проведеного лікування хворий був виписаний у стані клінічного покращення.

Рекомендовано: дотримання традиційних загальних рекомендацій і через 3 місяці після проведеного лікування прийом курантилу по 1 таблетці 3 рази на день протягом 20 днів; дуовіт по 1 таблетці 2 рази на день протягом 20 днів; актовегін по 1 таблетці 3 рази на день протягом 30 днів, мазь солкосерил 2 рази на день протягом одного місяця.

Через 3 місяці після закінчення протирецидивної терапії при повторній госпіталізації хворий скаржився на одиничні свіжі елементи в ділянці обличчя, на почервоніння деяких старих осередків. Прояви загальнотоксичного синдрому були зменшені.

При огляді в об'єктивному статусі негативних змін не відзначено.

Патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді на обличчі два свіжих округлих осередки бурого кольору до 2см. Інші осередки на обличчі до 3см слабо-рожевого кольору по краю з щільно сидячими дрібними азбестоподібними лусочками. При їх знятті у пацієнта визначався позитивний симптом „відірваного каблучка”. На передпліччях і тулубі спостерігалися осередки розміром до 3см світло-коричневого кольору з атрофією всередині.

У клінічному аналізі крові привертало увагу підвищення ШОЕ (22мм/год).

Клінічний аналіз сечі без особливостей.

У біохімічному аналізі крові без особливостей.

LE-клітини не виявлені.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 1,9, денатуровані - 1,8, формалізовані - 1,6 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові без патологічних ознак.

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дискоїдний червоний вовчак, легкий перебіг захворювання.

Хворий був госпіталізований у відділення дерматології для лікування, що відповідало легкому перебігу червоного вовчака.

Приклад 2. Хворий Н., 59 років, був госпіталізований із скаргами на висипання на обличчі, почуття болісності та стягування шкіри, слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження апетиту, загальну розбитість.

Хворіє протягом 16 років. Захворювання пов'язує з аварією на вертольоті та подальшою пожежею. Усі ці роки хворий проходить лікування в дерматологічних і ревматологічних установах (ознак системності процесу не встановлено).

Має комплекс досить важкої супутньої патології: первинний поліостеоартроз з ураженням колінних, гомілковостопних, ліктьових, плечових суглобів, суглобів кистей, функціональна недостатність II ст., рентгенологічні зміни II ст., ішемічна хвороба

серця: кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II ст., серцева недостатність I ст., хронічний гастрит зі змішаною секрецією, хронічний гепатит, хронічний піелонефрит, мікоз стоп.

Стан хворого задовільний. Об'єктивний статус без патологічних змін.

Патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді на обличчі, волоссяній частині голови, верхній половині тулуба спостерігалися множинні інфільтративні осередки розміром до 5см червоного кольору. У ділянці обличчя, вух такі осередки у центрі мали дрібні, азбестоподібні, щільно сидячі лусочки. При знятті лусочки у пацієнта визначалися позитивні симптоми „відіраного каблука" і Бенъс-Мещерського. У ділянці потилиці спостерігалися осередки атрофії розміром до 3см по краю, два осередки мали червоний колір, а два - коричневий.

У клінічному аналізі крові привертала увагу невелика анемія (гемоглобін - 118г/л), підвищення вмісту лімфоцитів (41%), підвищення ШОЕ (26мм/год).

Клінічний аналіз сечі без особливостей.

У біохімічному аналізі крові спостерігався підвищений вміст аланінамінотрансферази (0,900ммоль/год·л), С-реактивний протеїн - позитивний.

LE-клітини не виявлені.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 2,9, денатуровані - 2,85, формалізовані - 4,0 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові спостерігалось підвищення вмісту відносної та абсолютної кількості лімфоцитів (40,0% і $3,0 \times 10^9$ /л відповідно), відносного та абсолютного рівня CD3 (80% і $2,4 \times 10^9$ /л відповідно), абсолютної кількості CD4 ($1,5 \times 10^9$ /л), відносного та абсолютного вмісту CD 16 (28% і $0,84 \times 10^9$ /л відповідно), абсолютного вмісту CD20 ($0,42 \times 10^9$ /л), відносного та абсолютного вмісту CD25 (26% і $0,78 \times 10^9$ /л відповідно), зниження відносного вмісту CD8 (16%), підвищення імунорегуляторного індексу (3,15).

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дисемінований червоний вовчак, тяжкий перебіг захворювання.

Хворий отримав лікування з використанням далагілу, дексаметазону, вітаміну В 12, пентоксифіліну, 30% тіосульфату натрію, 2,5% тіотриазоліну, магнероту, алмагелю, аспаркаму, фероплекту, корвалолу, реосорбілакту. Місцево: крем елоком, мазь бетаметазон, фотозахисні креми, клотримазол.

Після проведеного лікування хворий був виписаний у стані клінічного покращення.

Рекомендовано: дотримуватися традиційних загальних рекомендацій і через 3 місяці після проведеного лікування прийом курантилу по 1 таблетці 3 рази на день 30 днів; дуовіт по 1 таблетці 2 рази на день 30 днів; актовегін по 2 таблетки 3 рази на день протягом 20 днів і потім по 1 таблетці 3 рази на день протягом 10 днів, мазь солкосерил 2 рази на день протягом 1,5 місяців.

Через 3 місяці після закінчення протирецидивної терапії при повторній госпіталізації хворий ска-

ржився на почервоніння деяких старих осередків, однак свіжих висипань не спостерігалось. Прояви загальнотоксичного синдрому були зменшені.

При огляді в об'єктивному статусі негативних змін не відзначено.

У місці захворювання патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді в ділянці обличчя, волоссяної частини голови, верхньої половини тулуба спостерігалися інфільтративні осередки розміром до 5см, більшість з яких були бурого кольору з невиразною запальною інфільтрацією. У ділянці обличчя, вух осередки у центрі мали одиничні азбестоподібні, щільно сидячі лусочки. При знятті лусочки у пацієнта визначалися позитивні симптоми „відіраного каблука" і Бенъс-Мещерського. У ділянці потилиці спостерігалися осередки атрофії шкіри розміром до 3см. По краю осередки ураження шкіри мали коричневий колір із слабкою запальною інфільтрацією.

У клінічному аналізі крові спостерігалось підвищення ШОЕ (23мм/год).

Клінічний аналіз сечі та біохімічний аналіз крові без особливостей.

LE-клітини не виявлені.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 2,0, денатуровані - 1,95, формалізовані - 2,88 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові спостерігалось зменшення абсолютного вмісту CD3 ($0,88 \times 10^9$ /л), відносної та абсолютної кількості CD8 (15% і $0,13 \times 10^9$ /л відповідно), підвищення імунорегуляторного індексу (3,3).

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дисемінований червоний вовчак, легкий перебіг захворювання.

Хворий був госпіталізований у відділення дерматології для лікування, що відповідало легкому перебігу дисемінованого червоного вовчака.

Для порівняння терапевтичної ефективності розробленого і традиційного методів профілактики рецидивів нами наводиться приклад, коли хворому призначався лише традиційний профілактичний метод із загальними рекомендаціями.

Приклад 3. Хвора К., 57 років, була госпіталізована зі скаргами на висипання в ділянці обличчя і тулуба, почуття болісності та стягування шкіри, слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження апетиту, почуття похолодання кінцівок.

Хворіє протягом трьох місяців. Захворювання ні з чим не пов'язує. Лікувалася амбулаторно з приводу себорейного дерматиту. Стан хворої погіршився. Направлена на обстеження і лікування до Державної установи „Інститут дерматології та венерології АМН України".

Має супутню патологію: жовчокам'яна хвороба.

Стан хворої задовільний. Об'єктивний статус без патологічних змін.

Патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді на обличчі, тулубі спостерігалися округлі осередки розміром до 3см синюшно-бурого кольору із запальною інфільтрацією.

У клінічному аналізі крові привертали увагу підвищення ШОЕ (40мм/год.)

У клінічному аналізі сечі еритроцити 0-1 у полі зору, лейкоцити - 10-15 у полі зору.

У біохімічному аналізі крові спостерігався підвищений вміст аланінамінотрансферази (0,870 ммоль/год·л) та серомукоїдів (0,214 у.о.).

LE-клітини не виявлені, проте зустрічалися одиничні ТАРТ-клітини.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 2,3, денатуровані - 1,9, формалінізовані - 2,55 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові спостерігалось зниження відносного вмісту CD4 (35%), зниження імунорегуляторного індексу (1,75).

При гістологічному дослідженні підтверджено клінічний діагноз.

Хвора консультована ревматологом - системність процесу виключена.

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дисемінований червоний вовчак, тяжкий перебіг захворювання. Супутня патологія: жовчокам'яна хвороба.

Хвора отримала лікування з використанням реосорбілакту, тренталу в ін'єкціях, вітаміну B12, 2,5% тіотриазоліну, делягілу, аскорбінової кислоти. Місцево: крем елоком, фотозахисні креми.

Після проведеного лікування хвора була виписана у стані клінічного покращення.

Рекомендовано: дотримуватися традиційних загальних рекомендацій і через 3 місяці після проведеного лікування прийом курантилу по 1 таблетці 3 рази на день 30 днів та дуовіту по 1 таблетці 2 рази на день 30 днів.

Через 39 днів після закінчення протирецидивної терапії хвора скаржилася на появу свіжих висипань у ділянці тулуба, почервоніння деяких старих осередків, загальну слабкість, розбитість. Загострення захворювання ні з чим не пов'язує.

Патологічний процес на шкірі мав розповсюджений характер. При огляді у ділянці тулубі спостерігалися свіжі округлі осередки розміром до 1,5см бурого кольору з незначною запальною інфільтрацією. У ділянці обличчя декілька осередків набули буруватий колір. Інші осередки мали світло-коричневий колір без запальної інфільтрації.

У клінічному аналізі крові привертало увагу підвищення ШОЕ (30мм/год.)

У клінічному аналізі сечі еритроцити 0-1 у полі зору, лейкоцити - 7-8 у полі зору.

У біохімічному аналізі крові спостерігався підвищений вміст аланінамінотрансферази (0,810ммоль/год·л) та серомукоїдів (0,216 у.о.).

LE-клітини не виявлені, проте зустрічалися одиничні ТАРТ-клітини.

Антитіла до ДНК методом імуноферментного аналізу: нативні - 2,4, денатуровані - 1,8, формалінізовані - 2,3 (норма $\leq 2,0$).

В імунологічному аналізі крові спостерігалось зниження відносного вмісту CD4 (32%), зниження імунорегуляторного індексу (1,62).

Хвора консультована ревматологом - системність процесу виключена.

На підставі скарг, даних анамнезів, об'єктивного і локального статусів встановлено діагноз: дисемінований червоний вовчак, тяжкий перебіг захворювання.

Хвора була госпіталізована у відділення дерматології для лікування, що відповідало тяжкому перебігу дисемінованого червоного вовчака.