



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **12138** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

1

2

(21) u200507813

(22) 05.08.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Паліброда Надія Михайлівна, Федів Олександр Іванович

(73) БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування уражень слизової оболонки шлунка у хворих на цироз печінки шляхом призначення блокаторів протонної помпи, який **відрізняється** тим, що додатково призначають лікарський препарат карведилол у дозі 25мг 1 раз на добу впродовж 1 місяця.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до гастроентерології та може бути використана для комбінованого медикаментозного лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки (ЦП).

Проблема цирозу печінки - одна з найбільш актуальних в сучасній медицині. Наявність портальної гіпертензії відіграє провідну роль у виникненні портальної гастропатії та ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у хворих на цироз печінки. Такі ураження часто перебігають латентно та є резистентними до традиційного лікування, однак нерідко саме вони визначають важкість клінічної картини у даних хворих, оскільки ускладнюються розвитком кровотеч, які проявляють себе або як гострі неварикозогенні кровотечі, або як хронічна залізодофіцитна анемія, та призводять до декомпенсації основного захворювання і летального виходу.

Найближчим до запропонованого є спосіб лікування уражень слизової оболонки шлунка у хворих на ЦП шляхом призначення блокаторів протонної помпи, а саме омепразолу в дозі 40мг/добу [Катаев С.С., Широкова Е.Н. Лечебная тактика при эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки у больных циррозом печени //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -1996. -№3. -С.45-47].

Основним недоліком найближчого аналога є відсутність впливу на наявні у хворих на цироз печінки гемодинамічні порушення, незважаючи на те, що наявність портальної гіпертензії відіграє пряму роль у виникненні уражень гастродуоденальної зони при даній патології.

В основу корисної моделі поставлено завдан-

ня удосконалити спосіб лікування уражень слизової оболонки шлунка в хворих на ЦП шляхом додаткового призначення лікарського препарату карведилолу з метою впливу на ступінь портальної гіпертензії.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування уражень слизової оболонки шлунка у хворих на цироз печінки шляхом призначення блокаторів протонної помпи, згідно до корисної моделі, додатково призначають лікарський препарат карведилол у дозі 25мг 1 раз на добу впродовж 1 місяця.

Спільними ознаками найближчого аналога та способу, що заявляється є призначення для лікування блокаторів протонної помпи. Корисна модель відрізняється тим, що додатково призначають лікарський препарат карведилол.

Теоретичні передумови для застосування способу. Карведилол - препарат класу бета-адреноблокаторів. Результати численних досліджень підтвердили, що при застосуванні в терапевтичних дозах він діє як неселективний бета-адреноблокатор і селективний блокатор постсинаптичних альфа 1-адренорецепторів. На відміну від селективних бета-адреноблокаторів, він не викликає вираженої брадикардії та характерної для вазодилаторів тахікардії, завдяки помірній альфа 1-адреноблокуючій дії не має вираженого судинозвужуючого ефекту, а отже не сприяє ішемізації тканин, в тому числі і слизових оболонок шлунково-кишкового тракту, має безпосередню антиоксидантну дію, уповільнює апоптоз; для препарату характерна також відсутність суттєвих змін в толерантності до глюкози.

Зазначені теоретичні передумови обумовлю-

(19) **UA** (11) **12138** (13) **U**

ють доцільність включення карведілолу в комплекс лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на компенсований та субкомпенсований ЦП.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином.

Проводять клінічне та параклінічне обстеження хворого з метою визначення ступеня компенсації ЦП, стану гемодинаміки, виду ураження слизової оболонки шлунка, наявності Н. рулогу. Після цього проводять базисне лікування ЦП, призначають інгібітор протонної помпи та за наявності Н. рулогу - стандартної протихелікобактерної терапії. Паралельно вводять в схему лікування карведілол в дозі 25мг 1 раз на добу впродовж 1 місяця.

Суть корисної моделі пояснюється конкретними прикладами.

Приклад 1

Хворий Б., 53 роки, медична карта стаціонарного хворого №2099. Діагноз: Цироз печінки, змішаної етіології, малоактивний, субкомпенсований. ГЦН Іст. ПГ Іст. Виражена портальна гастропатія. Гепатогенна виразка вихідного відділу шлунка, Н. рулогу-негативна, вперше виявлена. Ерозивний гастродуоденіт, період загострення. Звернувся в МКЛ №3 зі скаргами на відчуття важкості, розпирання в правому підребер'ї та епігастрії, особливо після прийому їжі, печію, сухість в роті, виражене здуття живота, загальну слабкість. Хворіє впродовж 5 років. Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові оболонки субіктеричні, поодинокі телеангіоектазії на верхній половині тулуба, гомілки пастозні, живіт здутий, помірно болючий в правому підребер'ї та епігастрії, симптоми Менделя, Образцова І слабопозитивні, нижній край печінки щільний, чутливий, виступає на 4-5см з-під реберної дуги по правій серединноключичній лінії, пальпується нижній край селезінки (+ 3см), вільна рідина в черевній порожнині відсутня.

Хворому було проведено ряд обстежень, що включав загальні клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові, УЗД органів черевної порожнини з доплерографією судин (вертикальний розмір правої частки печінки 187мм, лівої частки 79мм, довжинник селезінки 186мм, поперечник - 79мм; діаметр ворітної вени 23мм, лінійна швидкість кровотоку у ворітній вені 8,34см/с, об'ємна швидкість кровотоку у ворітній вені 1064мл/хв, індекс обструкції 0,49, діаметр селезінкової вени 15мм), ФЕГДС з біопсією (Виражена портальна гастропатія. Виразка вихідного відділу шлунка розміром 10мм, ерозивний гастродуоденіт, ізольоване варикозне розширення вен нижньої третини стравоходу), морфологічний тест на виявлення Н. Рулогу - негативний.

Хворому було призначено базову терапію цирозу печінки, омепразол та карведілол по 25мг 1 раз на день протягом 1 місяця.

Після проведеного лікування стан хворого покращився: зменшилось відчуття важкості в правому підребер'ї, епігастрії, не турбують печія, сухість в роті, зменшилась вираженість метеоризму та прояви астено-вегетативного синдрому. Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, набряків немає, живіт при пальпації м'який, не болючий, симптоми Менделя, Образцо-

ва І негативні, нижній край печінки щільний, виступає на 2-3см з-під реберної дуги по правій серединно-ключичній лінії, селезінка не пальпується, вільна рідина в черевній порожнині відсутня. При проведенні УЗД органів черевної порожнини з доплерографією судин виявлена позитивна динаміка: вертикальний розмір правої частки печінки 158мм, лівої частки 56мм, довжинник селезінки 155мм, поперечник - 75мм; діаметр ворітної вени 14мм, лінійна швидкість кровотоку у ворітній вені 11,28см/с, об'ємна швидкість кровотоку у ворітній вені 1015мл/хв, індекс обструкції 0,13, діаметр селезінкової вени 12мм. ФЕГДС: Помірна портальна гастропатія, гастродуоденіт, ізольоване варикозне розширення вен нижньої третини стравоходу, рубцево-виразкова деформація вихідного відділу шлунка.

Приклад 2

Хворий М., 59 років, медична карта стаціонарного хворого №2224. Діагноз: Цироз печінки, змішаної етіології, малоактивний, субкомпенсований. ГЦН Іст. ПГ Іст. Виражена портальна гастропатія. Ерозивний гастрит, фаза загострення. Залізодефіцитна анемія, помірного ступеня. Звернувся в ЛШМД зі скаргами на відчуття важкості, розпирання в правому підребер'ї та епігастрії, особливо після прийому їжі, помірний ниючий біль в надчревній ділянці, зниження апетиту, постійне здуття живота, виражену загальну слабкість, головокружіння. Хворіє впродовж 2 років. Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, поодинокі телеангіоектазії на верхній половині тулуба, язик обкладений білим нашаруванням, живіт здутий, м'який, чутливий при пальпації в правому підребер'ї та епігастрії, симптоми Менделя, Образцова І слабо позитивні, нижній край печінки щільний, чутливий, виступає на 4см з-під реберної дуги по правій серединно-ключичній лінії, пальпується нижній край селезінки (+ 3-4см), вільна рідина в черевній порожнині відсутня.

Хворому було проведено ряд обстежень, що включав загальні клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові, УЗД органів черевної порожнини з доплерографією судин (вертикальний розмір правої частки печінки 161мм, лівої частки 66мм, довжинник селезінки 172мм, поперечник - 92мм; діаметр ворітної вени 15мм, лінійна швидкість кровотоку у ворітній вені 9см/с, об'ємна швидкість кровотоку у ворітній вені 950,4мл/хв, індекс обструкції 0,2; діаметр селезінкової вени 14мм), ФЕГДС з біопсією (Ерозивний гастрит тіла шлунка, виражена портальна гастропатія, варикозне розширення вен середньої та нижньої третини стравоходу з переходом на тіло шлунка). Морфологічний тест на виявлення Н. рулогу - негативний.

Хворому було призначено базову терапію цирозу печінки, омепразол (згідно найближчого аналога) та карведілол по 25мг 1 раз на день протягом 1 місяця.

Після проведеного лікування стан хворого покращився: зникли болі в надчревній ділянці, зменшились відчуття важкості в правому підребер'ї, епігастрії, вираженість метеоризму та прояви астено-вегетативного синдрому, нормалізувався апетит. Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, набряків немає, живіт при па-

льпації м'який, не болючий, симптоми Менделя, Образцова I негативні, нижній край печінки щільний, виступає на 2-3см з-під реберної дуги по правій серединно-ключичній лінії, пальпується нижній край селезінки (+ 1,5см), вільна рідина в черевній порожнині відсутня. При проведенні УЗД органів черевної порожнини з доплерографією судин виявлена позитивна динаміка: вертикальний розмір правої частки печінки 147мм, лівої частки 57мм, довжинник селезінки 142мм, поперечник - 57мм; діаметр ворітної вени 11,2мм, лінійна швидкість кровотоку у ворітній вені 21см/с, об'ємна швидкість

кровотоку у ворітній вені 1234мл/хв, індекс обструкції 0,05, діаметр селезінкової вени 9мм. ФЕГДС: Гастродуоденіт, виражена портальна гастропатія, варикозне розширення вен середньої та нижньої третини стравоходу.

З наведених результатів дослідження ефективності застосування карведілолу та клінічних прикладів можна вважати, що запропонований спосіб лікування у хворих з синдромом портальної гіпертензії дозволяє зменшити ступінь гемодинамічних порушень з наступним покращанням кровообігу в слизовій оболонці шлунка.