



УКРАЇНА

(19) UA (11) 32755 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 39/085

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ ЗА ЗАВАДЯКОМ-ЛАЗОРИКОМ

1

2

(21) u200801194

(22) 31.01.2008

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл.№ 10, 2008 р.

(72) ЗАВАДЯК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA,
ЛАЗОРИК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA, КОСТЮК
МИХАЙЛО ДМИТРОВИЧ, UA, ПЕКАР МИХАЙЛО
ІВАНОВИЧ, UA

(73) УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та хронічного гастродуоденіту, який включає медикаментозні засоби, дієтотерапію, фізіотерапію та підшкірне введення анатоксину стафілококового адсорбованого перший раз в стегна з двох сторін, через 7 днів після першої ін'єкції - в плечі з двох

сторін та третій раз через 7 днів - в підлопатковій ділянці, який відрізняється тим, що додатково спочатку проводять санацію вогнищ хронічної інфекції, потім всім хворим вводять анатоксин стафілококовий адсорбований перший раз по 0,25 мл, другий раз по 0,5 мл, а третій раз по 1,0 мл, хворим з 0 (I) та B (III) групами крові імунізацію проводять лише 2 рази і при цьому перший раз вводять по 0,25 мл препарату в стегна, а другий раз по 0,5 мл в плечі, причому всім хворим через 7-8 місяців проводять реімунізацію введенням 0,5 мл препарату в одну підлопаткову ділянку, а при наявності індивідуальної реакції хворого на введення препарату у вигляді вираженої шкірної алергічної реакції повторне введення здійснюють через 10-14 днів, при цьому дозу препарату зменшують на 50 % від попередньої.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до гастроентерології і може бути використаним для лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та хронічного гастродуоденіту.

Відомі способи лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та хронічного гастродуоденіту медикаментозними препаратами та безмедикаментозними методами (фізіотерапія, бальнеотерапія, дієтотерапія) [3]. Але таке лікування не завжди дає стійкий клінічний ефект і можуть виникнути рецидиви та ускладнення.

Відомий спосіб лікування хронічного гастродуоденіту у дітей введенням під шкіру анатоксину стафілококового адсорбованого через один-два дні в послідовно зростаючих дозах 0,05 - 0,07 - 0,09 - 0,1 - 0,2 - 0,3 - 0,4 мл [1].

Але таким способом пропонують лікувати лише хронічний гастродуоденіт у дітей.

Найближчим до запропонованого способу є введення анатоксину стафілококового адсорбованого в різні ділянки тіла з інтервалом в 7 днів з врахуванням груп крові та резус фактора і індивідуальної реакції організму [2] - прототип.

Але в прототипі рекомендують вводити хворим з 0 (1) та B (III) групами крові препарат

лише двічі, але доза перша вдвічі більша (0,5мл), а повторно вводити 1,0мл.

Введення зразу 0,5мл препарату може викликати серйозні алергічні ускладнення у частини сенсibiliзованих осіб. В той же час при наявності алергічної реакції на повторну дозу препарату рекомендують збільшити на 50%, що є дуже небезпечно.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб лікування виразкової хвороби 12-палої кишки та хронічного гастродуоденіту, враховуючи індивідуальну чутливість до препарату та імунну реакцію на стафілококовий анатоксин. Завдання вирішується таким чином, що у способі лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та хронічного гастродуоденіту, який включає медикаментозні засоби, дієтотерапію, фізіотерапію та підшкірне введення анатоксину стафілококового адсорбованого перший раз в стегна з двох сторін, через 7 днів після першої ін'єкції в плечі з двох сторін та третій раз через 7 днів в підлопатковій ділянці, який відрізняється тим, що додатково спочатку проводять санацію вогнищ хронічної інфекції, потім всім хворим вводять анатоксин стафілококовий адсорбований перший раз по

UA (19) 32755 (11) U (13)

0,25мл, другий раз по 0,5мл, а третій раз по 1,0мл, хворим з 0 (1) та В(III) групами крові імунізацію проводять лише 2 рази і при цьому перший раз вводять по 0,25мл препарату в стегна а другий раз по 0,5мл в плечі, причому всім хворим через 7-8 місяців проводять реімунізацію введенням 0,5мл препарату в одну підлопаткову область, а при наявності індивідуальної реакції хворого на введення препарату у вигляді вираженої шкірної алергічної реакції повторне введення здійснюють через 10-14 днів, при цьому дозу препарату зменшують на 50% від попередньої.

Результатом застосування способу буде зменшення витрат на лікування та втрат днів непрацездатності хворих після лікування.

Причинно-наслідковий зв'язок між виразковою хворобою 12-палої кишки та хронічним гастродуоденітом і запропонованим способом лікування та профілактикою цих захворювань санацією вогнищ хронічної інфекції разом з введенням анатоксину стафілококового адсорбованого зв'язаний з тим, що при цих захворюваннях наявні хронічні вогнища стафілококової інфекції [4, 5], які різко знижують рівень імунітету. Це вимагає підвищення імунітету шляхом стимуляції продукції протистафілококових антитоксинів. Оскільки для утворення антитоксину у відповідь на введення анатоксину необхідно не один-два дні, а мінімум сім, то вводити анатоксин слід через більший проміжок часу. Введення анатоксину в одну ділянку тіла веде до переважання цього відділу тіла і ділянки лімфатичної системи, неадекватної реакції та гальмування антитоксинутворення. Для того, щоб втягнути в процес імунізації весь організм, антитоксин вводять послідовно в різні ділянки. Існує генетично детермінована слабка імунна відповідь у хворих з окремими групами крові на стафілококовий антиген внаслідок антигенної схожості стафілокока та групоспецифічного фактора А(II) та АВ (IV) груп крові людини і Rh(-) фактора [6, 7]. Вводити зразу пацієнту дозу препарату 0,5мл є небезпечно, тому рекомендується введення половини цієї дози всім хворим. В той же час повторне введення препарату при наявності виражених алергічних проявів через 10-14 днів в дозі на 50% є дуже небезпечним, тому рекомендовано зменшити цю дозу наполовину. Цим буде забезпечено захист гіперсенситивізованих пацієнтів від імовірних ускладнень, попередивши рецидиви гастродуоденіту здійсненню лікування в стаціонарі медичної документації.

Приклад 1. Хвора В.М.С., 1956 року народження. Клінічний діагноз: Хронічний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією шлунку, фаза нестійкої ремісії. Хронічний тонзиліт. Лікувалася в санаторії «Сонячне Закарпаття» з 05.04 до 28.04. 1991.

Хворіє з 1976 року. Лікувалася в стаціонарних умовах та різних санаторіях, в т.ч. і в «Сонячному Закарпатті». Але відмічала весною загострення. До приїзду в санаторій лікувалася в стаціонарі.

При обстеженні в піднебінних мигдаликах вогнище хронічної інфекції (тонзиліт). Група крові А (2), Rh (+).

Лікування: Дієта №1; мінеральна вода «Поляна Квасова» для пиття за 1 годину 15 хвилин до їжі по 150мл і після їжі через 1год по 100мл температурою 45°C; хвойні загальні ванни по 8-15хв температурою 36-35°C через день №6; аплікації озокериту; ультразвук і УВЧ на ділянку піднебінних мигдаликів через день по 10 процедур. Анатоксин стафілококовий адсорбований введено 11.04.1991. по 0,25 підшкірно в обидва стегна симетрично. 14.04. введено в плече зліва і справа по 0,5мл препарату, а 22.04 під лопатку з обох сторін введено по 1,0мл препарату. Реімунізація проведена в грудні 1991р.

За даними анкети, заповненої хворою в червні 1992р., загострень захворювання не було, протягом строку спостереження до медпрацівників не звертався, працездатність не втрачала.

Висновок: комплексне лікування дієтотерапією, бальнеотерапією, вогнищ хронічної інфекції разом з імунізацією анатоксином стафілококовим адсорбованим запобігло черговому загостренню хвороби і втрату працездатності. Хворий М.А.В., 1951 року народження. Клінічний діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею в 1979р., фаза нестійкої ремісії. Хронічний тонзиліт. Лікувалася в санаторії «Сонячне Закарпаття» з 05.03 до 28.03. 1990.

Хворіє з 1972 року, в 1979р - кровотеча. Неодноразово лікувалася в різних санаторіях, «Сонячному Закарпатті». Але і після санаторного лікування щорічно весною - на початку літа спостерігалися загострення. До приїзду в санаторій лікувалася в стаціонарі, 45 днів був непрацездатним.

При обстеженні в піднебінних мигдаликах вогнище хронічної інфекції (тонзиліт), катаральний фарингіт. Виявлено позитивний симптом Менделя. Група крові 0 (1), Rh (+).

Одержав лікування: Дієта №1; мінеральна вода «Поляна Квасова» для пиття за 1 годину 15 хвилин до їжі по 150мл і після їжі через 1год по 100мл температурою 45°C; хвойні загальні ванни по 8-15хв температурою 36-35°C через день №6; аплікації озокериту; ультразвук і УВЧ на ділянку піднебінних мигдаликів через день по 10 процедур. Анатоксин стафілококовий адсорбований введено 07.03.1990. по 0,25 підшкірно в обидва стегна симетрично. Мала місце надмірна місцева реакція (болочість, гіперемія шкіри, асептичний інфільтрат діаметром до 6см). У зв'язку з цим повторні введення зроблено не через 7 днів, а через 10 (17.03.1990р.) в дозі по 0,3мл в плече справа і зліва. Реімунізація проведена в жовтні 1990р.

За даними анкети, заповненої хворим в травні 1991р., загострень захворювання не було, протягом строку спостереження (14 місяців) до медпрацівників не звертався, працездатність не втрачала.

Висновок: комплексне лікування дієтотерапією, бальнеотерапією, вогнищ хронічної інфекції разом з імунізацією анатоксином стафілококовим адсорбованим з врахуванням

індивідуальної чутливості до препарату запобігло черговому загостренню хвороби і втрату працездатності.

Приклад 3. Хворий Л.С.А., 1958 року народження. Клінічний діагноз: Виразкова хвороба 12-палої кишки (рубець на передній стінці). Хронічний гастродуоденіт з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунку, фаза нестійкої ремісії. Дуодено-гастральний рефлюкс. Хронічний тонзиліт. Лікувався в санаторії «Сонячне Закарпаття» з 19.06. до 12.07.1988.

Хворіє з 1978 року. Загострення хвороби повторювалися восени. Щорічно лікувався в стаціонарі, останній раз в листопаді-грудні 1987р. Група крові -0(1), Rh(+).

Під час ФГДС 22.06.1988р виявлено рубець на передній стінці 12-палої кишки, явища хронічного гастродуоденіту та дуодено-гастральний рефлюкс.

Одержав лікування: Дієта №1; мінеральна вода «Поляна Квасова» для пиття за 1 годину до їжі по 150-200мл і після їжі через 1год по 70мл температурою 45°C; вуглекислі мінеральні загальні ванни по 8-12хв температурою 36-35°C через день №6; УВЧ на ділянку піднебінних

мигдаликів в день ванни №8; озокеритові апплікації на черево, попереку, ділянку піднебінних мигдаликів температурою 45°C-50°C по 30хв через день №6; інгаляції мінеральної води і настою шалфії лікарської №9. Проведено імунізацію анатоксином стафілококовим адсорбованим підшкірно по 0,25мл в обидва стегна симетрично (3.07.1988), по 0,5мл в обидва плеча (10.07.1988) Реімунізація дома проведена в лютому 1989 (анкета від 27.06.1990р.).

Виписаний із санаторію без скарг з покращенням. За даними анкети вдалося попередити осіннє загострення в 1988 та 1989 році, не лікувався ні разу після виписки з санаторію. Проведене лікування дало позитивний ефект, попередило осіннє загострення і 2 роки підряд не лікувався.

З метою перевірки запропонованого способу лікування проведено анкетне опитування пролікованих хворих.

На 125 надісланих хворим анкет відповіло 50 хворих. Результати анкетування наведено в табл.1.

Таблиця 1

Втрати днів працездатності до і після лікування традиційним та запропонованим способом.

Діагноз та лікування	Кількість хворих	Хворіли в році днів	
		до лікування	після лікування
	n	M+m	M+m
Виразкова хвороба			
Звичайне лікування	11	23.09+4.54	6.90+3.19*
пропонований спосіб	14	24.70+5.91	3.85+2.32**
хрон. гастродуоденіт			
звичайне лікування	12	10.16+3.73	3.00+1.58*
пропонований спосіб	13	18.76+6.57	0.23+0.23**

Примітка: * - достовірність між результатами до та після лікування

- достовірність між результатами різних способів лікування

Оскільки працездатність є найбільш об'єктивним сумарним показником стану здоров'я, то зменшення втрат днів непрацездатності підтверджує переваги та ефективність запропонованого способу лікування при виразковій хворобі та хронічному гастродуоденіті.

Запропонований спосіб лікування виразкової хвороби та хронічного гастродуоденіту доступний, простий, дешевий і ефективний. Тому спосіб може бути використаний лікарями-гастроентерологами та дільничними терапевтами для лікування хворих.

Джерела інформації.

1. А.с. СРСР №1391654, МКП⁵ А61К39/085, Бюл. №16, 1988. Автори Мошч П.С., Борисенко М.И., Малахова С.Н.

2. П. UA №42500 А. 7 А61 К3085. Заявка №2001031806.Опубл. Бюл. №9, 2001. Автори Завадяк М.И., Лазорик М.И. – прототип.

3. Руководство по гастроэнтерологии. М. «Медицина». 1995. -Т.1.-С.400-534.

4. Завадяк М.И., Сочка А..А. О связи язвенной болезни и гастродуоденита с хроническим тонзиллитом. //Врачебное дело.-1985.-№ 1.-С.9 - 12.

5. Завадяк М.И. Этиопатогенетические связи язвенной болезни и хронического гастродуоденита с хронической стафилококковой инфекцией. В кн: Актуальные вопросы санаторно-курортного лечения: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 25-летию базового санатория «Солнечное Закарпатье» и 45-летию Ужгородского государственного университета. - Ужгород. 1990. -С.454-48.

6. Давыдов С.И. Иммуныи ответ на стафилококковые антигены в норме и при хроническом остеомиелите у человека. В кн.: Стафилокок (биологически активные субстанции, иммуныи ответ на антигены). Киев «Наукова думка». -1988. -С.147-175.

7. Смирнова А.М.К вопросу о носительстве золотистых стафилококков и их эпидемиологической значимости. В кн.: Актуальные вопросы стафилококковых и

кишечных инфекций. Материалы научн. конфер. и Пленума Всесоюзной проблемной комиссии «Эпидемиология, клиника, диагностика и профилактика инфекционных заболеваний». Алма-Ата. -1980. -С.37-38.

