



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71195 (13) A

(51) 7 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КОМПЕНСОВАНОГО КРУПУ У ДІТЕЙ

1

2

(21) 2003119926

(22) 04.11.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Станіславчук Лариса Михайлівна

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування компенсованого крупу у дітей, що включає симптоматичну і етіотропну терапію, який **відрізняється** тим, що хворому призначають німесулід з розрахунку 5мг/кг на добу в 3 прийоми всередину до повного зникнення ознак стенозу гортані.

Винахід належить до медицини, зокрема до педіатрії та дитячої інфектології і стосується способів лікування компенсованого крупу.

Синдром крупу є одним з найпоширеніших в педіатричній практиці. У 15,5% дітей віком від 5 до 8 років в анамнезі спостерігався круп, а у 5% - рецидивуючий. Основна роль у виникненні захворювання належить вірусам парагрипу, грипу, аденовірусній інфекції, респіраторно-синцитіальній інфекції. Іноді причиною захворювання можуть бути хламідії, мікоплазми, бактерії. Факторами, що сприяють розвитку цього синдрому є вік (від 6 місяців до 5 років), чоловіча стать, ексудативно-катаральний чи тиміко-лімфатичний діатези, попередня алергізація, обтяжений акушерський анамнез та несприятливий перебіг періоду новонародженості. В останні роки спостерігається зростання випадків крупу у дітей, у тому числі і рецидивуючого, який деякі автори розглядають як стан передасми. Показник летальності коливається від 0,4% до 1,7% при компенсованому купі і від 3% до 33% при декомпенсованому. Ось чому проблема крупу є однією з найбільш актуальних в педіатрії і потребує нових підходів щодо її вирішення.

Відомий спосіб лікування компенсованого крупу (Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. - М.: "ГЭОТАР", Медицина, 1999, С.191) включає лужно-масляні інгаляції, тепле пиття, седативні та десенсибілізуючі засоби, бронходилататори, відволакаючі процедури, етіотропні препарати. Глюкокортикоїди при компенсованому крупі не використовуються. Недоліком способу слід вважати відсутність протизапальних засобів, оскільки основою терапії хворих з крупом є ліквідація запального процесу.

В основу винаходу "Спосіб лікування компенсованого крупу у дітей" поставлене завдання шляхом застосування фармакологічних засобів, які безпосередньо впливають на патогенетичні механізми захворювання, підвищити ефективність лікування і попередити прогресування процесу.

Враховуючи роль простагландинів та гістаміну в патогенезі крупу в комплексному лікуванні хворих з компенсованим крупом застосовували нестероїдний протизапальний препарат (НПЗП) із класу сульфонанлідів -німесулід - селективний інгібітор циклооксигенази-2 (ЦОГ-2). Німесулід призначали з розрахунку 5мг/кг на добу в 3 прийоми всередину до повного зникнення ознак стенозу гортані. Препарат має виражений протизапальний, жарознижувачий та знеболюючий ефекти. На перевагу від інших класичних НПЗП німесулід має менше побічних ефектів, оскільки не пригнічує ЦОГ-1 і тому не гальмує утворення простагландинів з бронходилататорними властивостями, менш алергенний, справляє антигістамінний ефект. Крім того у німесуліді показник рН6,5, тобто його активна речовина має нейтральну реакцію, і тому препарат не пошкоджує слизову оболонку шлунка.

Спосіб здійснюється таким чином.

До комплексної терапії включали німесулід в дозі 5мг/кг на добу в 3 прийоми всередину. В залежності від віку препарат призначали у вигляді сиропу чи в таблетованій формі. Терапія проводилась до повного зникнення ознак стенозу гортані, в середньому 3-4 дні. Препарат добре переноситься, побічні дії не спостерігались.

Застосування німесуліді в комплексному лікуванні крупу сприяло більш швидкому регресу основних симптомів захворювання, попереджало прогресування процесу і приєднання ускладнень,

(13) A

(11) 71195

(19) UA

зменшувало строки перебування хворих в стаціонарі.

Приклад.

Хвора Д., 5 років, поступила в дитячу інфекційну лікарню на другий день з моменту захворювання зі скаргами на утруднене дихання, сиплий голос, сухий "гавкаючий" кашель, слизові виділення з носа, підвищення температури тіла до 38°C, знижений апетит.

При госпіталізації стан дитини середньої важкості. Дихання стенотичне, в спокійному стані видимі роботи дихальних м'язів немає, при неспокійній поведінці спостерігається невелике втягування міжребрових проміжків. Ознак дихальної недостатності немає. Шкіра чиста, блідо-рожева. Слизова ротоглотки гіперемійована, чиста. Тони серця ритмічні, звучні, ЧСС 108 за хвили-

ну. При перкусії легенів - ясний легеневий звук, при аускультатії - стенотичне дихання, ЧД 26 за хвилину. В мазках із слизової носа імунофлюоресцентним методом виявлено аденовірус.

Клінічний діагноз. Аденовірусна інфекція, компенсований круп, ринофарингіт, середньоважка форма.

До базисної терапії з першого дня лікування в стаціонарі був включений німесулід з розрахунку 5мг/кг на добу в 3 прийоми всередину. Дихання стало вільним до кінця першої доби, на другу добу нормалізувалась температура тіла, зникла осиплість голосу, кашель став продуктивним, покращився апетит. На третій день дівчинка виписана із стаціонару для подальшого спостереження дільничним педіатром.