

Препарат селективного действия и способ лечения остеоартрозов

Abstract

Комбинированный препарат для лечения остеоартрозов ксимезолон содержит в каждой дозировочной единице, мг: в качестве активных начал - ксимедона 20-30, преднизолона 2,0-3,0, в качестве наполнителей - крахмала 4-5, талька 0,1-0,2. Способ лечения остеоартрозов включает введение лечебной дозы ксимезолона перорально по 4-6 раз в сутки в течение 4-5 дней, а затем по 1-2 раза в сутки с продолжительностью курса лечения 2-3 недели и повторяемостью курсов от одного до трех с перерывом 20-30 дней между курсами. Новый комбинированный препарат расширяет арсенал имеющихся лечебных средств, позволяет снизить частоту возникновения осложнений и побочных явлений при сохранении высокой лечебной эффективности. 2 с.п. ф-лы, 3 табл.

Images (2)

Таблица 1
Вспомогательные вещества комбинированного лекарственного препарата

Наименование дозы активного вещества	Части/единицы
Ксимезолон (ксимедон)	20
Преднизолон (активный компонент)	2,0
Крахмал	4,0
Тальк	0,1

Таблица 2
Сравнительные результаты действия на гемодинамические и барометрические показатели у больных остеоартрозом в предлежании (руки)

Показатели	Контроль		Средняя	
	до	после	до	после
Систолическое АД, мм рт.ст.	122	119	122	124
Диастолическое АД, мм рт.ст.	7,6	6,9	6,9	6,8
ССО, мл/мин	24	28	22	18
Тробоциты, тыс. × 10 ⁹ /л	380	301	340	420,9
Время свертывания по Ли-Тейбу, мин	6,2	4,8	6,8	6,5
Свекл. мочевина	5,4	6,5	6,2	7,5
Среднее АД, мм рт.ст.	82	80,1	86,5	74,8
Вискозность крови	10,7	16,3	18,0	10,4
Мочевина, ммоль/л	7,6	12,6	18,5	7,8
Мочевая кислота, ммоль/л	58	54,9	58,9	56,6
Среднее значение, мм рт.ст.	2,228	8,220	2,258	2,115
Среднее значение, мм рт.ст.	14	14	14	11
Гемоглобиновый индекс, %	98	102	97	92
Выборочный анализ, мм рт.ст.	3,7	4,8	3,9	4,0

RU2211037C1

RU Grant

Find Prior Art

Application number:

RU2001136017A

Other languages: [English](#)

Inventor: [С.Г. Измайлов](#), [Г.А. Измайлов](#), [В.С. Резник](#), [А.Г. Измайлов](#), [В.В. Бесчастнов](#), [В.М. Лазарев](#), [М.Ю. Гусев](#), [Б.В. Зельдин](#), [М.А. Карпов](#), [И.В. Подушкина](#), [В.В. Паршиков](#), [Е.Н. Бархатова](#)

Original Assignee: [Институт органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского научного центра РАН](#)

Priority date: [2001-12-29](#)

Filing date: [2001-12-29](#)

Publication date: [2003-08-27](#)

Grant date: [2003-08-27](#)

Info: [Non-patent citations \(1\)](#), [Cited by \(3\)](#), [Legal events](#), [Similar documents](#)

External links: [Espacenet](#), [Global Dossier](#), [Discuss](#)

Claims (1)

1. Препарат селективного действия для лечения остеоартрозов, содержащий активное начало и фармакологический наполнитель, отличающийся тем, что в качестве активного

начала он содержит N(1-β-оксиэтил-4,6-диметил-1,2-дигидро-2-оксипиримидин)-ксимедон и преднизолон, а в качестве фармакологического наполнителя - крахмал и тальк при следующем соотношении компонентов в каждой дозировочной единице в дозе, мг:

Ксимедон - 20-30

Преднизолон - 2,0-3,0

Крахмал - 4-5

Тальк - 0,1-0,2

2. Способ лечения остеоартрозов, включающий введение в организм лекарственных средств, отличающийся тем, что в качестве лекарственного средства используют лечебную дозу препарата по п. 1 перорально от 4 до 6 раз в сутки в течение 4-5 дней до достижения первого терапевтического эффекта, а затем по 1-2 раза в сутки с продолжительностью курса лечения от 2 до 3 недель и повторяемостью курсов от одного до трех с перерывом 15-20 дней между курсами.

Description

Изобретение относится к медицине, в частности к фармакологическим средствам и способу лечения суставов

Многовековой врачебный опыт свидетельствует, что практически каждый человек периодически испытывает боли в спине и суставах конечностей (Нордемар Р. Боль в спине. - М.: Медицина, 1988 - 144 с). Поражаемость ревматоидным артритом - наиболее тяжелой формой воспалительного заболевания суставов составляет 3%, а невоспалительными (дегенеративными) изменениями (артрозом) около 10% населения планеты (Кессель В.П. Когда болят суставы, - М.: Знание, 1979. - 96 с.).

В настоящее время для лечения суставных болезней применяют различные медикаментозные средства (уродан, аспирин, реопирин диклофенак, анальгин, антибиотики и др.), которые малоэффективны. Известно более 100 неспецифических фармакологических средств для терапии болезней суставов, но пока еще рано говорить о лекарственной инфляции, так как данная проблема далека от своего разрешения ввиду недостаточной лечебной эффективности, неудовлетворительности отдаленными последствиями.

В последние годы обнадеживающие результаты получены от способов лечения с использованием гормонов и гормональных препаратов, взятых нами за прототип (Вогралик В.Г. Гормоны и гормональные препараты в клинике внутренних болезней М. : Медицина, 1974. - 200 с.). Путем способов лечения, в которых в качестве препаратов используют глюкокортикоиды, возможно затормозить экссудативные процессы различного генеза (асептического, инфекционного) при воспалительных поражениях костно-суставной системы, сократить сроки лечения и снизить частоту осложнений (анкилозов, контрактур).

При острых травматических асептических процессах или торпидно протекающих воспалительных заболеваниях суставов и параартикулярных поражениях (синовиты, бурситы, эпикондилиты, тендовагиниты, периартриты и др.) получен хороший эффект от энтерального и парентерального, особенно интраартикулярного способа лечения глюкокортикоидами (Гнилорыбов Т.Е., Гришин И.Н. Кортикостероиды при лечении хирургических воспалительных заболеваний. - М.: Медицина, 1968. - 132 с.).

Недостатком способа лечения путем внутрисуставных инъекций является травматичность, трудность осуществления в амбулаторных условиях и главное развитие таких грозных

осложнений, как абсцессы, гнойные артриты и бурситы, параартикулярные флегмоны и т. д. Внутрисуставные инъекции гидрокортизона чреваты повреждением близлежащих сосудов и нервных стволов, поэтому многие врачи, в том числе и хирурги, предпочитают способы лечения пероральным применением гормональных препаратов, особенно при множественных поражениях суставов (полиартритах).

Известен способ лечения неспецифических заболеваний костно-суставной системы преднизолоном *per se* внутрь, в дозе 30-40 мг в день в течение 8-12 суток с переходом на поддерживающие дозы (5-10 мг в день) (Гнилорыбов Т.Е., Гришин И. Н. Кортикостероиды при лечении хирургических воспалительных заболеваний. - М.: Медицина, 1968. - 132 с.).

Преднизолон применяют также в виде пресоцила: преднизолон - 0,75 мг, хлорохина фосфат - 40 мг, кислота ацетилсалициловая - 0,2 мг (на одну таблетку) внутрь по 2 таблетки 3 раза в день до получения терапевтического эффекта в течение 1-2 недель (Дарабан В.В. Готовые лекарственные средства. - Киев.: Изд-во "Здоровье", 1976. - 191 с.).

Аналогичный препарат, выпускаемый в Венгрии, реозолон, фасованный в таблетки, содержащие 0,02 г (2 мг) преднизолона и 0,15 мг бутадиона и общепринятые наполнители, например тальк и др. При лечении им в сутки назначают до 6 таблеток. Такая комбинация взаимно усиливает действие обоих компонентов (Вогралик В.Г. Гормоны и гормональные препараты в клинике внутренних болезней. -М: Медицина, 1974. - 200 с.).

Наряду с неспецифическим противовоспалительным действием - при коротких курсах лечения прототип имеет целый ряд существенных недостатков (Вогралик В. Г. Гормоны и гормональные препараты в клинике внутренних болезней. - М.: Медицина, 1974. - 200 с.):

- яркий синергизм составляющих препарата - пресоцила (совместное применение преднизолона с салицилатами) резко усиливает его ульцерогенный побочный эффект, что в подавляющем большинстве случаев проявляется сильными болями, изжогами в эпигастрии и отказом больных в приеме лекарства. В 0,1-0,2% наблюдений происходит образование острых пептических язв желудка, которые у некоторых больных образуются даже после двух-трехдневного лечения, что подтверждается и литературными сведениями (Муравьев И.А., Козьмин В.Д., Кудрин А.Н. Несовместимость лекарственных веществ. -М.: Медицина, 1978. - 240 с.);

- генезу язв желудочно-кишечного тракта способствует, если это даже не одна из основных причин, резкое повышение секреции соляной кислоты и усиление пепсинообразования, что подтверждают наши наблюдения;

- в то же время, одновременное использование преднизолона с бутадионом (реозолон) вызывает антогонизм, значительно снижая активность глюкокортикостероидов, ослабляя их противовоспалительное действие (Муравьев И.А, Козьмин В. Д. Кудрин А.Н Несовместимость лекарственных веществ. М.: Медицина, 1978. - 240 С.);

- наряду с выраженным противовоспалительным действием не только не происходит восстановление разрушенной костной и хрящевой ткани, а возможно даже усугубление деструктивных процессов, особенно в случаях интрасиновиального введения гормональных средств в форме суспензии;

- сокращается разрыв между лечебной дозой и дозой, вызывающей заметное побочное действие;

- глюкокортикостероиды как *per se*, так и в таком сочетании (с хлорохин фосфатом и кислотой ацетилсалициловой), оказывая положительное, антифлогестивное, десенсибилизирующее и противоаллергическое действие, обладают также иммунодепрессивной активностью, что сдерживает их использование при гнойных заболеваниях;

- возможность изъязвления пищеварительного тракта, генеза геморрагического панкреатита, гипергликемии, остеопороза, повышение свертываемости крови, лейкопении (5) резко сужает показания к их клиническому применению, особенно в амбулаторной практике, при невозможности осуществления динамического перманентного контроля за ходом лечения;
- уменьшение содержания преднизолона в комбинированном препарате снижает терапевтический эффект, что вызывает необходимость увеличивать его суточную дозу, повышая тем самым риск развития осложнений - (внутри по 2 таблетки 3-4 раза в день);
- отмечается нестабильность отдаленных результатов, рецидив заболевания возникает в 40-60% случаев с короткими сроками ремиссии - от 2 до 3 месяцев.

В итоге, следует сделать акцент - наряду с высоким лечебным эффектом при гормональной терапии возможен генез многочисленных осложнений, которые по тяжести нередко более выраженнее и опаснее, чем само основное заболевание, по поводу которого использовался кортикостероид.

Известно в качестве лечебного средства при гнойно-воспалительных заболеваниях (остеомиелит и др.) применение ксимедона - (N(1-β-оксиэтил-4,6-диметил-1,2-дигидро-2-оксипиримидин). Ксимедон утвержден фармакологическим комитетом Минздрава СССР от 26.12.1986 г., протокол 22, и рекомендован для клинического применения в качестве противоожогового препарата и его промышленный выпуск в лекарственной форме таблетки по 0,25 г. Приказом Минздрава РФ 287 от 07.12.1993 г. внесен в государственный Реестр лекарственных средств, разрешенных для применения в фармакологической практике. Препарат назначают внутрь по 0,5 г 3-4 раза в сутки за 0,5 часов до еды (Патент РФ 2073514, МКИ А 61 К 37/71. Способ лечения больных с хроническим остеомиелитом (В.В.Терещенко, Е.Н.Габбасов, Г.А.Измайлов и др. Оpubл. 20.02.97// Изобретения. - 1997. - 5).

Такой препарат обладает анаболической и антикатаболической активностью, стимулирует клеточные и аморальные факторы защиты, т.е. обеспечивает усиление защитных сил организма к инфекции и не обеспечивает заметного противовоспалительного действия при хронических ревматических процессах (полиартрит, спондилит, артроз, мышечный ревматизм) и асептических воспалительных процессах опорно-двигательного аппарата (подагрический полиартрит, артрозо-артрит и др.). Имеются данные по эффективности ксимедона при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и при хроническом гастрите (Ксимедон / Под ред. Г.Л.Измайлова. Казань: ИОФХ им. А.Е.Арбузова, 1986. - 114 с.).

Целью изобретения является новый комбинированный препарат - ксимезолон для лечения остеоартрозов, расширяющий арсенал имеющихся лечебных средств, предупреждающий развитие осложнений и побочных явлений, повышающий эффективность лечения, расширяющий показания к применению и способ лечения остеоартрозов.

Цель достигается комбинированным препаратом, содержащим в своем составе действующие вещества и фармакологический наполнитель, где в качестве действующих веществ используют ксимедон и преднизолон, а в качестве фармакологического наполнителя - крахмал и тальк при следующем соотношении компонентов в каждой дозировочной единице в дозе, мг:

Ксимедон - 20-30

Преднизолон - 2,0-3,0

Крахмал - 4,0-5,0

Тальк - 0,1-0,2

Лекарственная доза в виде таблетки или порошка, изготовленных путем смешения компонентов.

Способ лечения остеоартрозов, заключающийся в приеме ксимезолона в виде порошка или таблеток перорально от 4 до 6 раз в сутки в течение 4-5 суток до достижения первого терапевтического эффекта, а затем по 1-2 таблетки или порошка в сутки с продолжительностью курса 2-3 недели и повторяемостью курса от одного до трех с перерывом 15-20 дней между курсами и далее при необходимости один раз в 4-6 месяца. Оба действующих начала ксимезолона (активный стероид и пиримидиновое производное) являются хорошо всасываемыми пероральными ингредиентами, поэтому предлагаемый комбинированный препарат в течение 1-2 часов достигает своей максимальной концентрации в плазме. Введение в состав препарата крахмала и талька - наполнителя необходимо как связующих в количестве: крахмал - 4-5 мг, тальк - 0,1-0,2 мг.

Ксимезолон относительно быстро выводится из организма. В соответствии с фармакологическими свойствами составных частей препарата его действие на организм проявляется в усилении неспецифической резистентности организма, протекторной способности слизистой желудочно-кишечного тракта, физиологической регенерации и репарации костной и хрящевой ткани с сохранением противовоспалительной, десенсибилизирующей и антиаллергической активности.

Предложенный оригинальный комбинированный препарат - ксимезолон для перорального применения, обладающий выраженным поливалентным действием, и способ лечения был применен в лечении 120 больных (20 женщин и 18 мужчин в возрасте старше 40 лет) с заболеваниями костно-суставной системы при различных локализациях воспалительного процесса (табл.1).

Почти все больные до обращения ранее прошли общепринятые курсы лечения: нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, физиопроцедуры, массаж, пребывание в санатории, интра- и параартикулярные новокаиновые-гормональные блокады. Эффект от этих мероприятий был временный. Сроки заболевания колебались от двух до тридцати лет. Лишь в шести случаях отмечалась связь воспалительного процесса с травмой, у остальных больных причина заболевания была неизвестна.

Большинству больных нами проведено лечение в амбулаторных условиях. Контрольную группу составили 46 пациентов с аналогичными заболеваниями, леченных известными препаратами и способом.

Во всех случаях осуществлялось детальное клиническое и параклиническое обследование больных до и после лечения, включая обязательное рентгенологическое исследование суставов, реовазографию конечностей, биохимические анализы (мочевая кислота, сахар, сиаловые кислоты, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, общий белок и его фракции). Как правило (47), поражение суставов носило множественный характер - больные, исключая случаи травмы, жаловались на боли разной интенсивности во многих суставах, делая акцент на одном из них. Критерием эффективности проводимого лечения также служили купирование болей в пораженной области, восстановление функции, исчезновение или снижение воспалительных реакций: уменьшение отека и кожной гиперемии, нормализация общей и местной температуры тела. Особое внимание обращалось на выявление возможных побочных эффектов с последующим возникновением грозных осложнений, стойкость полученных результатов, продолжительность периодов ремиссии и частоту рецидива заболевания.

Методика лечения заключалась в следующем. Пациентам рекомендовали относительный физиологический покой с ограничением ходьбы, исключение ношения тяжестей, тугое

бинтование сустава. При отсутствии противопоказаний в комплекс терапевтических мероприятий включали прием ксимезолона по предложенной схеме. Пункционный метод лечения применяли только у больных (9) с наличием гнойно-воспалительного процесса, при этом производили прокол толстой иглой, эвакуировали экссудат, полость промывали фурацилином с последующим введением антибиотиков. При необходимости пункции повторяли.

Уже к 4-5 суткам у больных отмечалось значительное улучшение общего состояния, нормализация сна и аппетита, повышение двигательной активности. Констатировалось полное исчезновение (60) или ослабление локальных болей с параллельным увеличением объема безболезненных активных и пассивных движений в пораженном регионе. На 6-8 день происходил спад отечности, гиперемии и температура тела. К концу 2-й недели около 90% больных практически считали себя здоровыми, хотя у них и сохранялись некоторые признаки (деформация, умеренная отечность) заболевания. Более быстрое приостанавливание воспаления с обратным развитием патологического процесса происходило у лиц с острыми воспалениями (стилоидит), остеоит, кондилит, синовит и др.). Несколько хуже итоги терапии больных с деформирующим артрозом с реактивными вторичными бурситами, хотя и у них, но несколько позже (к концу 3-й недели), достигался регресс неспецифического воспаления в тканях, прилежащих к артротическим костным и солевым образованиям. Для иллюстрации приводим одни из примеров.

Больной Ш., 62 лет, поступил в гнойно-септическое хирургическое отделение 20.07.1997 г. с выраженными болями в коленных суставах. Болен около 10 лет. Неоднократно по поводу заболевания суставов лечился стационарно и санаторно. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет II типа. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, АД 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Температура тела 37,8°C. Коленные суставы отечные, резкая болезненность справа. Надколенник баллотирует. 112 г/л, Эр. $5,2 \cdot 10^{12}$ л, L $10 \cdot 10^9$ л, СОЭ 30 мм/г; общий белок 70 г, сахар 5,5 ммоль/л, мочевая кислота 56 мг/л. Произведена пункция правого коленного сустава, получен мутный экссудат (120 мл) с последующим введением 500 000 ЕД пенициллина. Назначена комплексная традиционная терапия и внутрь ксимезолон в прописи: ксимедон - 25 мг, преднизолон - 2,5 мг, крахмал - 4,85 мг, тальк - 0,15 мг по предложенной схеме. На 4-й день пункция повторена, при которой получено около 5 мл прозрачного содержимого. Состояние больного постепенно улучшилось, на 19-е сутки периофокальные воспалительные явления прошли. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через месяц, отмечает боли после ходьбы, отечность. Проведен второй курс лечения ксимезолоном в амбулаторных условиях, после чего у больного наступило более стойкое выздоровление. При клинических исследованиях крови и мочи обнаружено улучшение их показателей в процессе курсового лечения ксимезолоном. Какого-либо побочного действия препарата не зарегистрировано.

По результатам изучения препарата, при назначении его лицам с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, колит и др.), гипертонией I-II стадии и вегетативно-сосудистой дистонией, сахарным диабетом переносимость ксимезолона была хорошей. Полученные данные свидетельствуют о нормализующем действии на многие гематологические показатели, функции жизненно важных органов, а также при пониженной общей сопротивляемости организма.

В меньшей степени терапевтическое воздействие ксимезолона проявлялось при уменьшении содержания ксимедона (до 20 мг и ниже) и преднизолона (до 2 мг и ниже).

Так, больная И., 57 лет, обратилась в поликлинику 03.04.1998 г. с жалобами на сильные боли в суставах, преимущественно в левом тазобедренном и коленном. Последний деформирован, отечен, движения в нем ограничены и резко болезненные. Периодически проводилось общепринятое стационарное и амбулаторное лечение. На рентгенограмме признаки кокс - и гонартроза. Начато комплексное лечение с приемом ксимезолона с сниженным содержанием ингредиентов ниже нижних граничных концентраций. При этом обнаружена неотчетливая противовоспалительная активность препарата с медленным неэффективным ослаблением симптомов заболевания. Через 2,5 недели назначен ксимезолон с повышенной дозой ингредиентов: (ксимедон - 2 мг, преднизолон - 2,5 мг), что незамедлительно дало положительный клинический эффект.

В тоже время, хотя и парадоксально, но увеличение содержания активных ингредиентов (ксимедона более до 30,0 мг, преднизолона до 3,0 мг) комбинированного препарата - ксимезолона не приводило к фармакологической его интенсивности и не выявлено преимуществ перед предложенным содержанием. Более того, у пациентов, принимавших препарат с повышенным содержанием ингредиентов, довольно часто (50%) обнаруживались явно выраженные нежелательные побочные явления, идентичные и характерные для лечения прототипом. Наиболее частым побочным действием было развитие диспепсических проявлений. Приводим один из примеров.

Больная Г., 48 лет, обратилась в поликлинику 10.01.2000 г. с жалобами на боли в правом плечевом и локтевом суставах. С огромным трудом передевается из-за невозможности подъема и отведения руки. Боли усиливаются в холодное время. Рентгенологически выявлены признаки лопаточно-плечевого периартрита. Кровь и моча в пределах нормы. Назначена терапия ксимезолоном с содержанием ксимедона - 30 мг, преднизолона - 3 мг по предложенной схеме. Наступило клиническое улучшение, но на 4-е сутки появились боли в эпигастрии, изжоги, что послужило причиной отмены препарата в такой дозировке. После стихания болей на 7-й день лечение ксимезолоном продолжено в рекомендуемой нами дозировке. Достигнут положительный лечебный эффект без рецидива эпигастральных болей и изжоги.

Применение ксимезолона позволило достоверно снизить частоту возникновения побочных явлений при сохранении высокой лечебной эффективности (табл.2). Предложенный препарат переносится хорошо. Из побочных явлений у 7% больных на 2-3 день лечения отмечался лишь желудочный дискомфорт, который без прерывания терапевтического курса спонтанно прекращался через 3-4 дня. Медикаментозная цитопения не наблюдалась ни в одном случае. Периоды ремиссии заболевания у 70% леченных ксимезолоном превышали 1,5 года и более.

В большинстве случаев (33) у больных ранней стадией деформирующего остеоартроза отмечалась значительная положительная динамика. Полностью исчезали или резко уменьшались характерные клинические признаки заболевания - они избавлялись от хруста, блокады, ощущений скованности в суставах, отеков, спазма регионарных мышц. На рентгенограммах исчезла угловатость контуров кости, намечалась тенденция к умеренному увеличению высоты суставной щели и уменьшению краевых разрастаний. В поздней стадии болезни с значительными костными изменениями с деформацией органа имело место восстановление участков разрушения и соответствия друг другу суставных поверхностей, хрящевая поверхность становилась более гладкой, уродливые костные разрастания становились менее выраженными.

О высокоэффективности ксимезолона свидетельствуют положительные гематологические и биохимические сдвиги.

Препарат способствовал нормализации гематологических и биохимических показателей крови (табл.3) Внезапная отмена ксимезолоновой терапии не приводила к наступлению обострения или рецидива того заболевания, по поводу которого проводилось это лечение. При осуществлении оперативных вмешательств (7) препарат не оказывает тормозящего действия на заживление ран.

Сравнительные данные клинического применения прототипа и ксимезолона убедительно показали значительные преимущества предложенного оригинального препарата, обладающего выраженными ранее неизвестными фармакологическими неочевидными свойствами направленного неспецифического противовоспалительного и регенераторного действия перед прототипом.

Комбинированный препарат для перорального применения, обладающий выраженным противовоспалительным действием, ускоряет репарацию и регенерацию хрящевой ткани:

- предложенная лекарственная композиция активных компонентов позволяет повысить терапевтическую эффективность, придав ей не только выраженное антифлогестивное действие, но и свойство, усиливающее регенерацию хрящевой ткани;
- препарат оказывает минимальное побочное действие (см. табл. 2) без снижения иммуннозащитной реакции организма против инфекции;
- не обладает ulcerогенной способностью;
- не оказывает отрицательного воздействия на гематологические, гемодинамические и функции других жизненно важных органов,
- не вызывает усугубления и обострения сопутствующих заболеваний (генерализация туберкулезного процесса и локализованной неспецифической инфекции и т.д.):
- позволяет добиваться более стойких терапевтических ближайших и отдаленных результатов, удлиняя при этом периоды ремиссии заболевания и резко снижая частоту рецидива при заболеваниях остеоартрозами.

Применение ксимезолона возможно как в моно-, так и в комплексной терапии, включая физиовоздействие и оперативное вмешательство.

Итак, предложенный комбинированный препарат является эффективным, при лечении остеоартрозов снижает побочное действие лекарственных средств и частоту грозных осложнений. Позволяет получать более стойкие хорошие ближайшие и отдаленные последствия. Полученный терапевтический эффект был неочевиден и не является суммой эффектов активных компонентов, что убедительно показано в ходе клинических испытаний.

Ксимезолон можно рекомендовать для широкого клинического использования в хирургии, травматологии, ортопедии и терапии перорально по 4-6 лечебных доз в сутки до достижения первого терапевтического эффекта, а затем по 1-2 лечебной дозы в сутки с продолжительностью курса лечения 2-3 недели и повторяемостью курсов от одного до трех с перерывом 15-20 дней между курсами.

Non-Patent Citations (1)

Title
БОРГАЛИК В.Г. Гормоны и гормональные препараты в клинике внутренних болезней. - М.: Медицина,

1974, с.200. Ксимедон / Научный сборник материалов эксперимент. и клинич. испытаний, ИОФХ Казанского филиала АН СССР. - Казань, Казанский медицинский институт. 1984, с.11. *

* Cited by examiner, † Cited by third party

Cited By (3)

Search Within Citing Patents ▲

Publication number	Priority date	Publication date	Assignee	Title
RU2454999C2 *	2005-11-15	2012-07-10	Энтресс Аб	Лекарственное средство, применяющееся при поражениях хряща
CN103751305A *	2013-12-11	2014-04-30	内蒙古元和药业股份有限公司	一种治疗类风湿关节炎的药物及其制备方法
CN103751305B *	2013-12-11	2016-03-30	内蒙古元和药业股份有限公司	一种治疗类风湿关节炎的药物及其制备方法

* Cited by examiner, † Cited by third party

Similar Documents

Publication	Publication Date	Title
Blitz et al.	1963	Aloe vera gel in peptic ulcer therapy; Preliminary report
US4945084A	1990-07-31	Method and composition for topically treating anorectal or other dermal wounds
US5478814A	1995-12-26	Hemorrhoidal, other compositions and methods of treatment
Barth et al.	1968	Septic arthritis due to Pasteurella multocida complicating rheumatoid arthritis
Borten et al.	1983	Recurrent anaphylactic reaction to intraperitoneal dextran 75 used for prevention of postsurgical adhesions.
US5834443A	1998-11-10	Composition and method for treating herpes simplex
US5407924A	1995-04-18	Method of treating pain using inositol triphosphate
US5576329A	1996-11-19	Method for treating tendon or joint inflammation with papaverine HCL
Zigler et al.	1987	Pyogenic osteomyelitis of the occiput, the atlas, and the axis. A report of five cases.
US20040147445A1	2004-07-29	Methods and compositions for treatment of inflammatory disease

WO1992003135A1	1992-03-05	Pharmaceutical compositions containing 5-difluoromethoxy-2-[(3,4-dimethoxy-2-pyridyl) methylsulfinyl] benzimidazole and an anti-helicobacter agent for the treatment of gastrointestinal disorders
JPH08291077A	1996-11-05	骨萎縮改善剤
US5789445A	1998-08-04	Method for topical treatment of scar tissue and related tissue reaction to trauma
RU2180591C2	2002-03-20	Средство для лечения сексуальных дисфункций у мужчин
Shackel et al.	1997	A copper-salicylate gel for pain relief in osteoarthritis: a randomised controlled trial
RU2146139C1	2000-03-10	Лечение состояний и заболеваний, комбинации и композиции, предназначенные для лечения, способ повышения активности макрофагов и комбинации для его осуществления
Karpman et al.	1980	Tendon rupture following local steroid injection: report of four cases
Lockie	1968	How to Recognize and Treat Gout
Seegmiller	1961	The present-day treatment of gout
Davies et al.	1981	Pyoderma gangrenosum: successful treatment with minocycline
Baum et al.	1973	Treatment of psoriatic arthritis with 6-mercaptopurine
Levitt et al.	1980	Sulindac-Induced Stevens-Johnson Toxic Epidermal Necrolysis Syndrome
EP0015334B1	1982-05-19	Carminative preparations containing peppermint oil or its active components
Dreiser et al.	1993	A double-blind study of the efficacy of nimesulide in the treatment of ankle sprain in comparison with placebo
Malekzadeh et al.	1990	Chronic, recurrent osteomyelitis caused by Scedosporium inflatum.

Legal Events

Date	Code	Title	Description
2008-01-20	MM4A	The patent is invalid due to non-payment of fees	Effective date: 20061230

