



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100229** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
G01N 33/00
A61P 25/00
A61P 37/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 02142	(72) Винахідник(и): Паламарчук Оксана Олександрівна (UA), Паращук Валентин Юрійович (UA), Паламарчук Валерій Владиславович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.03.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.07.2015	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.07.2015, Бюл.№ 13	(74) Представник: Свтушенко Тамара Григорівна

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ІМУНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ САЛЬПІНГООФОРИТИ**(57) Реферат:**

Спосіб корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити, який включає комплексну терапію з використанням імунотулюючих фізичних факторів. Хворій призначають гіпербаричну оксигенацію в режимі ізопресії 0,3-0,5 атмосфер, експозиція 30 хвилин, компресія 10 хвилин, декомпресія 10 хвилин при t° 20-23° С, відносній вологості 65-85 %, кількість сеансів 10; локальну піхвову гіпотермію з температурою наконечника +7°-+10 °С, тривалістю сеансу 20 хвилин, щоденно, протягом 10 днів. Інфрачервоне випромінювання 850-890 нм, тривалістю 5 хвилин, щоденно, курсом лікування 10 днів та одночасно неогемодез по 200,0 мл внутрішньовенно, крапельно, через 2 доби, 5 разів; хлорофіліпт 0,25 % спиртовий розчин по 2,0 мл, розведений на 38,0 мл 0,9 % натрію хлориду, внутрішньовенно, щоденно, 15 діб. Натрію тіосульфат 30 %-розчин по 10,0 мл, внутрішньовенно, щоденно, 12 діб; прозерин 0,05 % по 1,0 мл, підшкірно, щоденно, 10 діб; Ново-Пасит по 5 мл, 3 рази на добу, 10 діб. Відвар ромашки по 200,0 мл, внутрішньо, 2 рази на добу, 20 діб.

UA 100229 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до гінекології, та може бути використаною для корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити.

Лікування хронічного сальпінгоофориту в стадії ремісії проводять, як правило, без призначення антибактеріальних засобів, з використанням імунокоректорів, біостимуляторів, нестероїдних протизапальних препаратів, вітамінів, ензимів. Широко використовують локальну розсмоктуючу терапію, фітотерапію, дію фізичних факторів тощо.

Так, наприклад, відомо використання в комплексній фармакотерапії пацієнток з хронічним сальпінгоофоритом імунокорегуючих препаратів гепона і лонгідази. Використання лонгідази у вигляді свічок надає коригуючий і нормалізуючий вплив на порушені показники імунітету пацієнток з хронічним сальпінгоофоритом переважно на місцевому рівні, тоді як призначення ін'єкційної форми даного препарату нормалізує параметри імунного та оксидантного статусу на системному рівні [Эффективность иммуномодуляторов при лечении хронического сальпингоофорита в стадии обострения / С.Н. Абрамова, Г.А. Лазарева, А.А. Конопля, Ж.По. Омашарифа // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2013. - Т. 12, № 4.-С. 972-975].

В комплексному лікуванні хронічного сальпінгоофориту визначена клініко-імунологічна ефективність використання імуномодуляторів (рідостин, деринат, феровір, імунофан, поліоксидоній і лонгідаза) [Конопля А.А. Применение иммуномодуляторов в комплексном лечении хронического сальпингоофорита / А.А. Конопля, М.Г. Газазян, А.В. Караулов // Акушерство и гинекология.-2010. - № 4. - С. 75-78].

Відомий спосіб лікування хронічних сальпінгоофоритів, який включає здійснення бальнеопроцедур на рефлексогенні точки інформаційно-хвильової терапії по 10 хвилин щодня, змінюючи через день точки впливу. На курс 10 процедур. Йодобромну бальнеотерапію у вигляді вагінальних зрошень і загальних ванн проводять через день або два дні поспіль з днем перерви, курсом по 8 процедур. Спосіб дозволяє скоротити терміни лікування і подовжити ремісію за рахунок активації адаптивних можливостей організму, поліпшення кровонаповнення тазових органів, нормалізації показників клітинного та гуморального імунітету, показників перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту [Пат. № 2238098, Россия, МПК А61К35/08, А61Н35/00, А61Н33/00, А61Н39/00, А61Н5/02. Способ лечения хронического сальпингоофорита / Куртаев О.Ш., Мельникова Т.В., Караева Д.Р., Гордон К.В.; Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации Черноморского зонального управления специализированных санаториев.-З. № 2002113949/14; заявл. 28.05.2002; опубл. 20.10.2004].

Даний спосіб корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю і результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано за прототип.

В основу корисної моделі поставлена задача розширення арсеналу способів корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити, який включає комплексну терапію з використанням імуномодуючих фізичних факторів, згідно з корисною моделлю, хворій призначають гіпербаричну оксигенацію в режимі ізопресії 0,3-0,5 атмосфер, експозиція 30 хвилин, компресія 10 хвилин, декомпресія 10 хвилин, при t° 20-23 $^{\circ}$ С, відносній вологості 65-85 %, кількість сеансів 10; локальну піхвову гіпотермію з температурою наконечника +7 $^{\circ}$ -+10 $^{\circ}$ С, тривалістю сеансу 20 хвилин, щоденно, протягом 10 днів; інфрачервоне випромінювання 850-890 нм, тривалістю 5 хвилин, щоденно, курсом лікування 10 днів, та одночасно неогемодез по 200,0 мл внутрішньовенно, крапельно, через 2 доби, 5 разів; хлорофіліпт 0,25 % спиртовий розчин по 2,0 мл, розведений на 38,0 мл 0,9 % натрію хлориду, внутрішньовенно, щоденно, 15 діб; натрію тіосульфат 30 %-розчин по 10,0 мл, внутрішньовенно, щоденно, 12 діб; прозерин 0,05 % по 1,0 мл, підшкірно, щоденно, 10 діб; Ново-Пасит по 5 мл, 3 рази на добу, 10 діб; відвар ромашки по 200,0 мл, внутрішньо, 2 рази на добу, 20 діб.

Технічний ефект корисної моделі, а саме розширення арсеналу способів корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгоофорити, обумовлений синергізмом заходів, які заявляються, та засобів, які були використані при цьому.

Спосіб виконують наступним чином: хворій призначають гіпербаричну оксигенацію в режимі ізопресії 0,3-0,5 атмосфер, експозиція 30 хвилин, компресія 10 хвилин, декомпресія 10 хвилин при t° 20-23 $^{\circ}$ С, відносній вологості 65-85 %, кількість сеансів 10; локальну піхвову гіпотермію з температурою наконечника +7 $^{\circ}$ -+10 $^{\circ}$ С, тривалістю сеансу 20 хвилин, щоденно, протягом 10 днів; інфрачервоне випромінювання 850-890 нм, тривалістю 5 хвилин, щоденно, курсом лікування 10 днів та одночасно неогемодез по 200,0 мл внутрішньовенно, крапельно, через 2 доби, 5 разів; хлорофіліпт 0,25 % спиртовий розчин по 2,0 мл, розведений на 38,0 мл 0,9 %

натрію хлориду, внутрішньовенно, щоденно, 15 діб; натрію тіосульфат 30 %-розчин по 10,0 мл, внутрішньовенно, щоденно, 12 діб; прозерин 0,05 % по 1,0 мл, підшкірно, щоденно, 10 діб; Ново-Пасит по 5 мл, 3 рази на добу, 10 діб; відвар ромашки по 200,0 мл, внутрішньо, 2 рази на добу, 20 діб.

5 Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями.

В досліді брали участь 125 хворих на сальпінгоофорит. Залежно від методів лікування хворі були розподілені на 4 клінічні групи: першу групу склали хворі (31), які отримували традиційну терапію; другу групу склали жінки (31), які отримували тільки фізіотерапевтичне лікування (гіпербарична оксигенація, локальна гіпотермія та піхвова лазерна терапія); третя група жінок (31) отримувала комбіноване лікування (фізіотерапія в сполученні з фітотерапією); Четверта група жінок (32) отримувала медикаментозне лікування за розробленою нами схемою, яка включає неогемодез, 30 % розчин натрію тіосульфату, 0,25 % спиртовий розчин хлорофіліпту, 0,05 % прозерин, відвар ромашки, Ново-Пасит у сполученні з фізіотерапією - гіпербарична оксигенація, локальна гіпотермія, піхвова лазеротерапія.

15 Гіпербарична оксигенація хворим на хронічний неспецифічний сальпінгоофорит виконувалась на одномісному апараті БЛКС-3-01. Режим ізопресії 0,3-0,5 атмосфер, експозиція 30 хвилин, компресія 10 хвилин, декомпресія 10 хвилин при температурі 20-23 °С та відносній вологості 65-85 %, кількість сеансів - 10.

20 Локальна піхвова гіпотермія виконувалась за допомогою апарата "Север-01", з температурою наконечника +7 - +10 °С. Тривалість сеансу 20 хвилин, щоденно, протягом 10 днів.

Дія на придатки матки виконувалась за допомогою напівпровідникового інфрачервоного лазерного зонда "БАРВА" з довжиною хвилі випромінювання 850-890 нм. Вплив променя на стінки піхви тривав 5 хвилин щоденно. Курс лікування - 10 днів.

25 Ефективність комплексної терапії порівняно з традиційним лікуванням оцінювалась за інтегральними показниками стану неспецифічної імунорезистентності та завершеності фагоцитозу.

30 У жінок, що лікувалися традиційним методом, порівняно з періодом до лікування у лейкограмі периферичної крові мало місце зниження загальної кількості лейкоцитів, зменшення відсоткового вмісту еозинофілів, паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів з одночасним ростом кількості лімфоцитів та моноцитів. Усі відмічені зсуви показників лейкограми знаходились у межах фізіологічної норми, що характеризує відновлюючий період у системі гемопоезу.

35 У системі неспецифічної резистентності після проведеного лікування спостерігалась активація захисної функції клітинних та зменшення напруги гуморальних факторів. Однак, рівень цих змін не характеризував відновлення їх захисних властивостей у межах фізіологічних нормативів. Це й обумовило зниження рівня фагоцитозу та елімінації аутоантигенів. Вміст циркулюючих імунних комплексів був зменшеним.

40 Усі відмічені зміни в системі імунорезистентності сприяли зниженню рівня інтегрального показника неспецифічної резистентності (ПНР) та підвищенню напруги імуногенезу - інтегрального показника рівня напруги процесу модуляції захисної реакції (ПН) при модулюванні реакції антиген-антитіло.

45 Враховуючи кореляційну залежність вказаних факторів, які складають імунну реакцію, можна вважати, що традиційна терапія не сприяє повноцінному формуванню репаративної стадії захворювання, а викликає підвищення напруженості реакції антиген-антитіло, що в кінцевому результаті спричиняє аутоалергізацію (низький рівень ПЗ - інтегральний показник завершеності імунної реакції при формуванні остаточної репаративної стадії одужання) організму.

50 У жінок 2-ї та 3-ї груп, які отримували тільки фізіотерапію у сполученні з фітотерапією порівняно з періодом до лікування у лейкограмі периферичної крові відмічалось зниження загальної кількості лейкоцитів, зменшення відсоткового вмісту еозинофілів, паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів з одночасним збільшенням кількості лімфоцитів та моноцитів.

55 У системі неспецифічної резистентності після проведеного лікування спостерігався високий рівень активності процесів фагоцитозу та елімінації з організму продуктів розпаду (нормальний рівень ПНР).

Проведена комбінована терапія викликала напругу імуногенезу, підвищення кількості імуноглобулінів класу М і тим самим підвищила рівень формування реакції антиген-антитіло (достатньо високий вміст циркулюючих імунних комплексів), що і викликало аутоалергізацію організму (знижений рівень ПЗ) у заключній стадії формування імунної реакції.

У хворих на хронічний неспецифічний сальпінгофорит 4-ї основної групи, яким проводилось комплексне лікування: гіпербарична оксигенація, локальна гіпотермія, піхвова лазеротерапія, неогемодез, 30 % розчин натрію тіосульфату, 0,25 % розчин хлорофіліпту, 0,05 % прозерин, відвар ромашки порівняно з періодом до лікування (таблиця 1) у лейкограмі периферичної крові відмічалось зниження загального числа лейкоцитів, зменшення відсоткового вмісту еозинофілів, паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів з одночасним збільшенням кількості лімфоцитів та моноцитів. Усі відмічені зсуви параметрів лейкограми знаходились у фізіологічних межах, що характерно для відновлюючого періоду у системі гемопоезу.

Таблиця 1

Показники неспецифічної резистентності жінок 4-ї основної групи (комплексна терапія: фізіотерапія, фітотерапія, медикаментозна терапія) до лікування та після його закінчення ($M \pm m$)

№ п/п	Групи обстеження	n	Лейкоц. г/л	Лейкоформула, %					Гумор, ланка неспец. резистентне ті		Ф.Ч., %	Ф.І., абс.ч.
				Еозин	П/я.н.	С/я.н.	Лім фоц.	Моноцит.	Титр аглют	Акт. лізоц., %		
1	4-а основна до лікування	32	8,2 $\pm 0,08$	6,0 $\pm 0,22$	5,0 $\pm 0,4$	69,0 $\pm 0,21$	18,0 $\pm 0,96$	2,0 $\pm 0,08$	619,0 $\pm 35,0$	41,0 $\pm 0,75$	39,0 $\pm 2,4$	1,3 $\pm 0,8$
2	4-а основна після лікування	32	6,8 $\pm 0,26$	4,0 $\pm 0,08$	3,0 $\pm 0,08$	58,0 $\pm 0,25$	30,0 $\pm 0,24$	5,0 $\pm 0,09$	256,0 $\pm 12,0$	78,9 $\pm 0,5$	82,0 $\pm 2,55$	2,8 $\pm 0,06$
3	Критерій дост.	P	<0,05	<0,05	<0,05	0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05

Продовження таблиці 1

№ п/п	Групи обстеження	n	КЗФ	Імуноглобуліни			Лімфоцити		ЦІК	ПНР	ПН	ПЗ
				A	M	G	T	B				
1	4-а основна до лікування	32	0,62 $\pm 0,02$	2,02 $\pm 0,14$	1,94 $\pm 0,30$	12,7 $\pm 0,9$	54,0 $\pm 0,7$	26,8 $\pm 0,04$	92,2 $\pm 3,0$	87,0 $\pm 8,90$	0,68 $\pm 0,04$	0,080 $\pm 0,002$
2	4-а основна після лікування	32	0,8 $\pm 0,005$	4,8 $\pm 0,31$	1,4 $\pm 0,088$	10,1 $\pm 0,283$	62,9 $\pm 2,8$	34,0 $\pm 0,69$	54,3 $\pm 0,46$	148,4 $\pm 7,4$	0,49 $\pm 0,003$	0,050 $\pm 0,004$
3	Критерій дост.	P	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05

У системі неспецифічної резистентності після проведеного лікування спостерігалась активація захисної функції клітинних та гуморальних факторів, котрі зумовили високий рівень активності процесів фагоцитозу та елімінації з організму продуктів розпаду (нормальний рівень ПНР).

Відмічені зміни, що характеризують фагоцитарну здатність лейкоцитів-фагоцитів, сприяли відновленню та нормалізації процесу антитілоутворення в імунній системі (нормальний рівень ПН) і, крім того, зняли перенапругу процесів імуногенезу (знижений до норми рівень імуноглобуліну класу М). Підтвердженням всьому викладеному є стабільний інтегральний показник завершеності імунної реакції (ПЗ) при формуванні остаточної репаративної стадії одужання.

Після проведеного комплексного курсу лікування хворих на хронічний сальпінгофорит за нашою схемою рецидивів захворювання протягом 6 місяців не спостерігалось.

Статистичне порівняння рівнів інтегральних показників та стану імунорезистентності (таблиця 2), дозволило встановити, що у жінок, які отримали традиційне лікування, порівняно з комплексною терапією спостерігався знижений рівень активності загального неспецифічного опору (ПН), напруженість модуляції імунної відповіді (високий рівень ПН) і активна реакція аутоалергізації (ПЗ низький рівень).

Таблиця 2

Ефективність комплексної терапії порівняно з традиційним лікуванням за інтегральними показниками стану неспецифічної імунорезистентності ($M \pm m$)

Показники	Методи лікування		Критерії вірогідності
	традиційний	комплексний	
ПНР	101,3±6,3	148,4±7,4	P<0,05
ПН	0,86±0,02	0,49±0,03	P<0,05
ПЗ	0,012±0,005	0,050±0,004	P<0,05

При комплексному лікуванні всі вищевказані інтегральні показники знаходились у межах фізіологічної норми.

Показник завершеності імунної реакції (ПЗ) у репаративній стадії характеризував одужання хворої.

Таким чином, найбільш ефективним методом лікування хворих на хронічний неспецифічний сальпінгофорит з больовим синдромом порівняно з традиційним є розроблена нами комплексна терапія.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб корекції імунорезистентності організму хворих на хронічні сальпінгофорити, який включає комплексну терапію з використанням імуномодуючих фізичних факторів, який **відрізняється** тим, що хворій призначають гіпербаричну оксигенацію в режимі ізопресії 0,3-0,5 атмосфер, експозиція 30 хвилин, компресія 10 хвилин, декомпресія 10 хвилин при t° 20-23° С, відносній вологості 65-85 %, кількість сеансів 10; локальну піхвову гіпотермію з температурою наконечника +7°-+10 °С, тривалістю сеансу 20 хвилин, щоденно, протягом 10 днів; інфрачервоне випромінювання 850-890 нм, тривалістю 5 хвилин, щоденно, курсом лікування 10 днів та одночасно неогемодез по 200,0 мл внутрішньовенно, крапельно, через 2 доби, 5 разів; хлорофіліпт 0,25 % спиртовий розчин по 2,0 мл, розведений на 38,0 мл 0,9 % натрію хлориду, внутрішньовенно, щоденно, 15 діб; натрію тіосульфат 30 %-розчин по 10,0 мл, внутрішньовенно, щоденно, 12 діб; прозерин 0,05 % по 1,0 мл, підшкірно, щоденно, 10 діб; Ново-Пасит по 5 мл, 3 рази на добу, 10 діб; відвар ромашки по 200,0 мл, внутрішньо, 2 рази на добу, 20 діб.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601