

Корисна модель відноситься до галузі медицини, зокрема, може бути використана в онкогематології для запобігання інфекційно-запальних ускладнень бактеріальної чи мікотичної етіології у хворих на гостру та хронічну лейкемію.

Відомий спосіб визначення стійкості організму хворих на лейкемію до інфекції за показниками лімфоцитарної ланки імунітету [1]. Недоліком цього способу є те, що при дослідженні вмісту та імунологічних характеристик Т-тотальних лімфоцитів, Т-супресорів та FC^+ -лімфоцитів лише встановлюють зниження стійкості організму до інфекції, але не пропонують запобігання її розвитку.

Також відомий спосіб корекції мікрофлори шлунково-кишкового тракту пацієнтів із використанням ентеросорбентів, пробіотиків, пектинів та антибактеріальних рослинних препаратів [2]. Недоліком цього способу є лише використання комплексу препаратів за прямим призначенням (корекція дисбактеріозу), але не враховується можливість його профілактичної дії щодо інфекційно-запальних ускладнень.

Найбільш близькими до запропонованої корисної моделі є рекомендації протоколу CLL4 щодо застосування супровідної терапії (у тому числі -антибіотиків, антимікотиків тощо) для профілактики інфекційно-запальних ускладнень у хворих на хронічну лейкемію, який передбачає, зокрема, негайне введення антибіотиків широкого спектру дії за перших проявів інфекції або несподіваній гарячки [3]. Недоліком цього аналогу є те, що антибіотики мають негативний вплив щодо рівню імунітету хворих та поглиблюють імунодепресію.

Завданням корисної моделі, яка пропонується, є підвищення імунологічної стійкості організму хворих на лейкемію, що дає змогу позбутися ризику виникнення інфекційно-запальних ускладнень, проводити курси протипухлинної терапії безперервно й у повному обсязі та досягти ефективності лікування основного захворювання.

Поставлене завдання вирішується тим, що хворим на гостру й хронічну лейкемію на фоні загальноприйнятої протипухлинної та супровідної терапії призначають природний імуномодулятор "Спіруліна" та, за умови відсутності стану глибокої нейтропенії, - пробіотичний препарат "Лактовіт білковий", що містить біфідобактерії, лактобактерії та термофільні стрептококи.

Препарати "Спіруліна" та "Лактовіт білковий" призначалися 40 хворим на гостру та хронічну лейкемію, відповідно: перший - 2 рази по 2г на день протягом 21 дня під час їжі, другий - по 2 пігулки тричі на день під час їжі впродовж 4 тижнів.

Наводимо приклади клінічного використання способу.

Приклад 1. Хворий Н., 1981р. н., і. хв. №14933, був госпіталізований 12.02.03р. у 9 Клінічну лікарню м. Києва до гематологічного відділення ІГТ АМНУ. Діагноз: гостра лімфоїдна лейкемія, 1 гострий період. Хворому було проведено комплексне обстеження, у тому числі - гематологічні, імунологічні та мікробіологічні дослідження. Аналіз периферичної крові на фоні лікування: гемоглобін 129г/л; еритроцити $4,5 \cdot 10^{12}$ /л; тромбоцити - $444 \cdot 10^9$ /л; лейкоцити - $3,5 \cdot 10^9$ /л; нейтрофіли: паличкоядерні 3%; сегментоядерні 22%; еозинофіли 3%; моноцити 15%; лімфоцити 56%. Відсутній стан глибокої нейтропенії. Встановлено такі показники лімфоцитарної та фагоцитарної ланок імунітету: кількість Т-лімфоцитів - 40,0%, фагоцитарна активність - 90,0%, фагоцитарне число - 10,3, завершеність фагоцитозу - 77,5%. За мікробіологічним моніторингом на фоні терапії із зіву вилучено ентерококи (2×10^2 КУО/мл), що свідчить про дисбіотичний стан біотопу. Хворому разом з курсом протипухлинної та супровідної терапії (цитарабін, метотрексат, 6-МП, вінкристин, доксорубіцин, дексаметазон, циклофосфан, L-аспарагіназа) було призначено препарати "Спіруліна" (2 рази по 2г на день протягом 21 дня під час їжі) та "Лактовіт білковий" (по 2 пігулки тричі на день під час їжі впродовж 4 тижнів). Після закінчення прийому препарату "Спіруліна" показники імунітету становили: кількість Т-лімфоцитів - 77,0%; фагоцитарна активність - 100,0%; фагоцитарне число - 23,2; завершеність фагоцитозу нейтрофільних гранулоцитів - 88,6%. За мікробіологічним моніторингом понад 2 тижні від початку приймання пробіотика "Лактовіт білковий", із зіву було ізольовано ентерококи ($>10^5$ КУО/мл), але понад 4 тижні від початку у зіві ентерококи були відсутні. Інфекційно-запальні ускладнення у хворого не діагностовані. Пацієнт знаходиться у стані ремісії протягом 4 років.

Приклад 2. Хвора Л., 1958р. н., і. хв. №3257, була госпіталізована 03.03.05р. у 9 Клінічну лікарню м. Києва до гематологічного відділення ІГТ АМНУ. Діагноз: хронічна мієлоїдна лейкемія, бластний криз. Проведено комплексне обстеження хворої, у тому числі - гематологічні, імунологічні і мікробіологічні дослідження. Аналіз периферичної крові: гемоглобін 56г/л; еритроцити $2,06 \cdot 10^{12}$ /л; тромбоцити - $386 \cdot 10^9$ /л; лейкоцити - $6,1 \cdot 10^9$ /л; нейтрофіли: бласти 36%, мієлоцити 21%, юні 1%, сегментоядерні 8%; лімфоцити 30%; моноцити 2%; базофіли 2%. Відсутній стан глибокої нейтропенії. Встановлено такі показники лімфоцитарної і фагоцитарної ланок імунітету: кількість Т-лімфоцитів - 26,0%, фагоцитарна активність - 100,0%, фагоцитарне число - 28,8, завершеність фагоцитозу - 56,7%. Визначено дисбіотичні порушення нормофлори у біотопах носової порожнини й зіву: наявність ентерококів у носовій порожнині - в кількості 7×10^3 КУО/мл, у зіві - 1×10^3 КУО/мл. Хворій разом з курсом протипухлинної терапії (за схемою "7+3") було призначено імуномодулятор "Спіруліна" (по 2г 2 рази на день під час їжі впродовж 21 дня) та пробіотичний препарат "Лактовіт білковий" (по 2 пігулки тричі на день під час їжі впродовж 4 тижнів). Після закінчення курсу препарату "Спіруліна": кількість Т-лімфоцитів - 70,0%; завершеність фагоцитозу - 83,1%; фагоцитарне число - 38,1; фагоцитарна активність нейтрофільних гранулоцитів - 100,0%. За бактеріологічними дослідженнями понад 2 тижні від початку прийому препарату "Лактовіт білковий" у біотопах носової порожнини та зіву визначено ентерококи у кількості 1×10^3 КУО/мл, понад 4 тижні вони були відсутні. Інфекційно-запальні ускладнення у хворої не виникали.

Приклад 3. Хворий Т., 1960р. н., і. хв. №15261, був госпіталізований 11.11.03р. у 9 Клінічну лікарню м. Києва до гематологічного відділення ІГТ АМНУ. Діагноз: гостра лімфоїдна лейкемія, 1 гострий період. Проведено комплексне обстеження хворого, у тому числі - гематологічні, імунологічні і мікробіологічні дослідження. Аналіз периферичної крові: гемоглобін 37,5г/л; еритроцити $1,12 \cdot 10^{12}$ /л; тромбоцити - $3,3 \cdot 10^9$ /л; лейкоцити - $1,4 \cdot 10^9$ /л; нейтрофіли: бласти 68%, мієлоцити 21%, сегментоядерні 3%; лімфоцити 19%; моноцити 9%; базофіли 1%. Встановлено стан глибокої нейтропенії (кількість нейтрофільних гранулоцитів становила $<0,5 \cdot 10^9$ /л). Показники лімфоцитарної і фагоцитарної ланок імунітету: кількість Т-лімфоцитів - 26,0%, фагоцитарна активність - 100,0%, фагоцитарне число - 28,8, завершеність фагоцитозу - 56,7%. Хворому було призначено протипухлинну терапію за схемою "7+3". Імуномодулятор "Спіруліна" та пробіотик "Лактовіт білковий" не призначали. У хворого діагностовано пневмонію.

За результатами використання корисної моделі у 40 хворих на гостру і хронічну лейкемію встановлено, що призначення імуномодулятора «Спіруліна» та бактеріального препарату «Лактовіт білковий» у комплексі із протипухлинною і супровідною терапією відновлює резидентну мікрофлору біотопу кишечника, підвищує імунітет, сприяє елімінації дріжджів із зіву у 25,0% пацієнтів, ентерококів - представників кишкової мікрофлори з носової порожнини та зіву у 35,7%. Це надало можливості уникнути інфекційно-запальних ускладнень у 50% випадків та провести курси лікування основного захворювання безперервно та у повному обсязі.

Література:

1. Патент №2063041 G01N33/53 //Гусєва С.А. Заявка №5048814/14. Заявл. 22.06.92. Способ определения снижения устойчивости организма больных лейкозами к инфекции.

2. Патент №2217156 7 A61K35/78, 35/74, A61P1/00 18.12.2000 //Погорельская Л.В., Шапошникова Л.И., Баулина О.В. Способ коррекции микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

3. Хронічна лімфоцитарна лейкемія. Рандомізовані дослідження ефективності хлорамбуцилу, флударабіну і комбінації флударабіну з циклофосфамідом у порівнянні (Переклад українською мовою протоколу CLL4): Львів. - 2003. - 33с.