



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **24738** (13) **U**  
(51) **МПК (2006)**  
**A61K 31/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕШПИТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

1

2

(21) u200702836

(22) 19.03.2007

(24) 10.07.2007

(46) 10.07.2007, Бюл. № 10, 2007 р.

(72) Роздільська Ольга Миколаївна, Гуржий Олена Ігорівна

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування нешпитальної пневмонії у хворих із супутньою патологією серцево-судинної системи, що включає інгаляційне введення препарату, який **відрізняється** тим, що в інгаляціях уводять курантил з паравертебральним озвученням задньої поверхні грудної клітки паравертебрально з обох боків Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub>, інтенсивністю 0,2-0,4Вт/см<sup>2</sup>, по 3 хвилини двічі до та після інгаляції.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до фізіотерапії.

Основна проблема медикаментозного лікування пневмонії - частий перехід в затяжну форму через неефективність або розвиток побічних реакцій медикаментозного лікування, особливо в осіб з супутньою серцево-судинною патологією та літніх пацієнтів.

У лікуванні даної категорії хворих використовують антибактеріальні препарати, відхаркувальні, десенсибілізуючі препарати, імунomodulators та ін., в тому числі, у вигляді інгаляцій.

Відомим і одним з найбільш поширених є спосіб лікування пневмонії шляхом проведення медикаментозної терапії, з використанням антибіотиків. У зв'язку з тривалістю такого лікування часто виникають негативні реакції з боку організму хворого. Тому зараз поряд з антибіотиками, лікування включає імуностимулятори [Бербенцев Э.П. Пособие по пульмонологии: Иммунология, клиника, диагностика и лечение вирусных, бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов, легких. - М.: Редакция журнала "Успехи физических наук", 1998].

Використання імуноглобуліну часто не призводить до бажаного ефекту. Лікування тривале і не враховує поєднання пневмонії з серцево - судинними захворюваннями. Під час лікування не відбувається впливу на поліпшення легеневого кровотоку та мікроциркуляцію, що являється однією з важливіших задач при лікуванні пневмонії.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб лікування пневмонії, який передбачає поряд з традиційним медикаментозним лікуванням за-

стосовувати інгаляційне введення препарату есенціле-форте [А.с. №14491518]. Спосіб поліпшує функцію зовнішнього дихання за рахунок нормалізації сурфактантної системи легень.

Недоліки способу пов'язані з тривалістю лікування та малою ефективністю при серцево-судинних захворюваннях.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування нешпитальної пневмонії в осіб із супутньою патологією серцево-судинної системи, в якому за рахунок зміни характеру лікування, досягається поліпшення вентиляційно-перфузійних взаємодій у дихальній системі, а саме поліпшення функціонального стану бронхолегеневого апарату та мікроциркуляції.

Поставлена задача вирішується в способі лікування нешпитальної пневмонії в осіб із супутньою патологією серцево - судинної системи шляхом інгаляційного введення препарату, згідно з корисною моделлю, в інгаляціях уводять курантил з паравертебральним озвученням задньої поверхні грудної клітки паравертебрально з обох боків Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub>, інтенсивністю 0,2-0,4Вт/см<sup>2</sup>, по 3 хвилини двічі - до та після інгаляції.

Одна з важливих задач лікування пневмонії - поліпшення легеневого кровотоку та мікроциркуляції. Саме порушення реологічних властивостей крові лежать в основі локальних (легеневих) та системних порушень мікроциркуляції. Ця ж задача стоїть і перед кардіологами в плані лікування різної органічної патології серцево-судинної системи (у тому числі ІХС, АТ). Одним з найбільш ефективних засобів для поліпшення мікроциркуляції за рахунок його впливу на реологічні властивості

(13) **U**

(11) **24738**

(19) **UA**

крові є курантил (дипіридамон). В результаті лікування досягається поліпшення вентиляційно-перфузійних взаємодій у дихальній системі, а саме поліпшення функціонального стану бронхолегеневого апарату. Вентиляцію поліпшує ультразвуковий вплив, який проводять не торкаючи передньої поверхні грудної клітки (область серця); перфузію - інгаляції курантилу. Поряд з цим (у порівнянні з контролем), поліпшується функціональний стан серцево-судинної системи - поліпшується скорочувальна властивість міокарда правих та лівих відділів серця, поліпшуються реологічні властивості крові, поліпшується легеневий, церебральний та коронарний кровотік (за рахунок саме інгаляційного введення курантилу та позитивної інотропної та бронхолітичної дії ультразвукового впливу).

Спосіб, що заявляється, виконують таким чином.

Хворому призначають медикаментозну терапію. Додатково призначають інгаляції розчину курантилу (ультразвуковий інгалятор небулайзер модель LD-207U) та дворазове ультразвукове озвучування задньої поверхні грудної клітки паравертебрально з обох сторін Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub> апаратом "УЗТ-101-ФТ", інтенсивністю 0,2-0,4Вт/см<sup>2</sup>, по 3 хвилини до і після інгаляцій, щодня протягом 10 днів.

#### Приклад

Хворий Н., чол., 69 років, № історії хвороби 1656, знаходився на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні СМСЧ №12 з 04.09.06 по 18.09.06.

Скаржився на кашель з виділенням слизового мокротиння, задишку при ходьбі, пітливість вночі, загальну слабкість, періодичні болі в області серця.

Анамнез хвороби: хворіє на протязі 7 днів, з того часу, коли з'явився інтенсивний кашель з мокротою, підвищилася температура тіла до 38,5°C. Самостійно вживав жарознижуючі, відхаркувальні препарати. Стан не поліпшився, звернувся до дільничного терапевта.

Після проведення Ro-грами ОТК (1.09.06.): лівобічна нижньочасткова вогнищева пневмонія - госпіталізований в терапевтичне відділення СМСЧ №12.

Анамнез життя: на протязі останніх 10 років спостерігався з приводу гіпертонічної хвороби, періодично вживає антигіпертензивні препарати. Був прооперований з приводу пахової грижі.

Об'єктивно: стан відносно задовільний. Шкіра та слизові бліді. При перкусії визначається притуплення перкуторного звуку зліва в нижніх відділах, при аускультатії - на фоні жорсткого дихання зліва в нижніх відділах вологі хрипи. АТ-145/90мм.рт.ст., частота дихання 19 в 1', Ps-78 уд. в 1'. Тони ритмічні, приглушені, акцент II тону над аортою.

#### Дані обстеження:

- клінічний аналіз крові (5.09.06) - Hb - 135г/л, Ер. 4,58·10<sup>12</sup>/л, ЦП - 0,9, лейкоцити - 5·10<sup>9</sup>/л; ЕОЗ - 1%, п/я - 3%, с/я - 60%, лімфоцити - 33%, моноцити - 3%, ШСЕ - 25мм/год.

- клінічний аналіз сечі (5.09.06) - без особливостей.

- біохімічний аналіз крові (5.09.06) - загальний білок - 80,0г/л, СРБ цукор - 5-4ммоль/л, холестерин 5,11ммоль/л, β-ліпопротеїди - 69,0од, білірубін загальний - 12,34ммоль/л, прямий - 3,07, непрямий - 9,27, АСТ - 0,33ммоль/л, АЛТ - 0,39ммоль/л.

- аналіз мокротиння (5.09.06) - лейкоцити - на 1/3екз. у полі зору.

ЕКГ (5.09.06) - ритм синусовий. Гіпертрофія міокарда передсердь і шлуночків ХКН.

Основний діагноз: нешпитальна лівостороння нижньодольова пневмонія, перебіг середньої ваги, ЛН-Іст.

Супутний діагноз: ІХС, стабільна стенокардія II функціонального класу, атеросклеротичний кардіосклероз. ГХ ІІст. СН Іст.

#### Призначено лікування:

Цефтриаксон - 1,0в/в, глюконат кальцію 5,0в/м,

Амброксол - 1т.×3р/д, мукалтин 2т.×2р/д, флуконазол - 100мг,

Еналаприл - 5мг/добу, фенігидин - 0,01/доб.

Грудний збір №1 по 50,0×3р/д

Також проводилося дворазове ультразвукове озвучування задньої поверхні грудної клітки паравертебрально з обох сторін Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub> (апарат "УЗТ-101-Ф", інтенсивність 0,2-0,4Вт/см<sup>2</sup>, по 3хв) до і після інгаляцій розчину курантилу (ультразвуковий інгалятор небулайзер модель LD-207U) щодня протягом 10 днів.

#### Результати:

На 5-й день перебування в стаціонарі у хворого нормалізувалася температура тіла, стабілізувалося АТ до 130/80мм.рт.ст.

На 10-й день: аналіз мокротиння - лейкоцити - 12-15екз. у п/зор.

Аускультативно - на тлі жорсткого подиху довгі хрипи,

Кашель рідше, ФВД - незначне зниження ЖЕЛ.

На 12-й день зроблена контрольна Ro-грама ОГК: стан після перенесеної лівосторонньої нижньочасткової пневмонії.

Виписаний на 14-й день у задовільному стані під спостереження терапевта. Рекомендовано продовжити прийом еналаприлу 5мг/добу під контролем АТ, полівітаміни.

Таким чином, запропонований спосіб лікування нешпитальної пневмонії може бути застосований в осіб із супутньою патологією серцево-судинної системи та у осіб похилого віку.