



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59754 (13) A

(51) 7 A61N1/06, A61N1/18,
A61N5/01, A61K31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

1

2

(21) 20021210059

(22) 13 12 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. №9, 2003р

(72) Тюріна Валентина Федорівна, Кузів Петро
Петрович, Василюк Василь Миколайович(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб лікування хворих на хронічний обстру-

ктивний бронхіт, який включає застосування медикаментозних середників, зокрема, холінолітиків, бета-агоністів, пролонгованих теофілінів і кортикостероїдів, який відрізняється тим, що додатково, одночасно або/і після застосування медикаментозних засобів, здійснюють розвантажувально-дієтичну терапію за схемою, конкретне виконання якої визначають за критеріями досягнення оптимального клінічного ефекту

Винахід відноситься до медицини, зокрема терапії, і може бути застосований в пульмонології для лікування хворих на хронічний обструктивний бронхіт.

Відомий спосіб лікування хворих на хронічний обструктивний бронхіт, який включає застосування медикаментозних засобів, зокрема, холінолітиків, бета-агоністів, пролонгованих теофілінів і кортикостероїдів [1, 2].

Недоліком відомого способу є недостатня клінічна ефективність, яка зумовлена необхідністю постійного, практично, впродовж життя, застосування медикаментів, можливим розвитком побічних ефектів або/і медикаментозною індивідуальною непереносністю.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом додаткового застосування лікувальних чинників, здатних ініціювати в організмі підвищення загальної неспецифічної резистентності, досягають підвищення лікувальної ефективності.

При вирішенні технічного завдання було взято до уваги те, що до одного із ефективних саногенетичних чинників оздоровчого впливу, спрямованого на нормалізацію провідних функцій організму, зокрема таких, як дихання, реологічна здатність крові, згортання крові та ін., слід віднести лікувальне голодування. Механізм дії його у вигляді розвантажувально-дієтичної терапії при хронічному бронхіті полягає в підвищенні загальної неспеци-

фічної резистентності і специфічного імунітету до бактеріальної інфекції, припніченні алергічних компонентів запальних процесів та імунопатологічних ланок патогенезу, стимуляції і покращанні функції наднирників та бронхіальної прохідності, дезінтоксикації, утворенні ендогенних біогенних стимуляторів, які підвищують регенераційні процеси в організмі, оптимізують функції бронхолегеневої системи.

Виходячи з вищевказаного, поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі лікування хворих на хронічний обструктивний бронхіт, який включає застосування медикаментозних середників, зокрема, холінолітиків, бета-агоністів, пролонгованих теофілінів і кортикостероїдів, відповідно до винаходу додатково, одночасно або/і після застосування медикаментозних засобів, здійснюють розвантажувально-дієтичну терапію за схемою, конкретне виконання якої визначають за критеріями досягнення оптимального клінічного ефекту.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином. Хворому на хронічний обструктивний бронхіт на підготовчому етапі або під час розвантажувальної періоду розвантажувально-дієтичної терапії застосовують медикаментозне, яке включає застосування холінолітиків, β -агоністів, пролонгованих теофілінів і кортикостероїдів. Медикаментозну терапію проводять за загальноприйнятою схемою, враховуючи особливості клінічного перебігу хроні-

(13) A

(11) 59754

(19) UA

чного обструктивного бронхіту Розвантажувально-дієтичну терапію, здійснюють у три відмінні один від одного періоди: підготовчий, власне розвантажувальний та відновний. Основним завданням підготовчого періоду є формування позитивної установки на лікування шляхом проведення бесід, читання спеціальної літератури. Тривалість розвантажувального періоду визначають індивідуально. Вона залежить від конституції, віку, типу нервової системи, особливостей основного захворювання. Призначають повне аліментарне голодування впродовж 14 - 28 діб у поєднанні з такими оздоровчими заходами як очисні клізми, ранковий пієнічний душ, сауна, масаж, прогулянки на чистому повітрі, при потребі - фізіотерапевтичні процедури. В перший день розвантажувального періоду хворому призначають сольове проносне (сірчано-окисла магнєзії 60 - 80г). У наступні дні - очисна клізма один раз на добу. Раз на день призначають пієнічний душ, загальний масаж тіла, комплекс лікувальної фізкультури, прогулянки на свіжому повітрі не менше 6 - 7 годин з перервами для відпочинку. Впродовж всього розвантажувального періоду призначають пиття води в достатньому об'ємі, але не менше 1 - 1,5л на добу. Відновний період триває половину розвантажувального періоду. В перші дні відновного періоду призначають напівліжковий режим, вживання соків (виноградний, яблучний, томатний). В перший день соки розбавляють водою наполовину, з другого дня - соки нерозведені в кількості 1 - 1,2л на день. На третій день приймають їжу 5 разів на день через кожні три години: каша вівсяна, овочевий відвар (без солі), кефір, очищене яблуко. На четвертий день призначають свіжі фрукти, кисіль із яблук, 20 - 50г сухарів із пшеничного батона, на п'ятий - овочевий протертий суп, картопляне пюре. З шостого дня призначають чотирихразове харчування із вживанням всіх вищезгаданих продуктів. З сьомого дня здійснюють поступовий перехід на звичайне харчування, рекомендують більше вживати овочів і фруктів. В процесі лікування слідкують за самопочуттям пацієнта, динамікою клінічних, інструментальних і лабораторних результатів дослідження.

Приклад 1. Хвора В., 38 років, знаходилася на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні з приводу хронічного обструктивного бронхіту в фазі загострення, базального пневмосклерозу, емфіземи легень, дихальної недостатності другого ступеня. Скарги на задишку при незначному фізичному навантаженні, затруднений видих, кашель з виділенням слизового харкотиння, загальну слабкість, підвищену пітливість, швидко втомлюваність.

Хворіє хронічним обструктивним бронхітом впродовж 13 років, загострення 2 - 3 рази на рік. Неодноразово лікувалася медикаментозними засобами. Останні шість місяців стан погіршився, часто хворіє респіраторними захворюваннями. Не курить, алкоголь не вживає.

При об'єктивному обстеженні: температура тіла 38,8°C. Шкіра бліда, суха. Пульс 84 уд/хв, задовільних властивостей. АТ-140/80 мм рт.ст. Частота

дихання 28 за 1хв. Перкуторно над легеньми легеневий звук з коробковим відтінком. Над всією поверхнею легень вислуховуються сухі множинні розсіяні хрипи. Межі серця не зміщені. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені.

За даними спірографії виявлена вентиляційна недостатність легень 2-го ступеня за обструктивним типом. Коагулограма: фібриноген - 5,8г/л, фібринолітична активність - 290,14, активність X III фактору - 82с. Флюорографія органів грудної клітки. Висновок: Корені легень структурні, тяжисті. Базальний пневмофіброз.

Лікування розвантажувальний період склав 14 днів, відновне дієтичне харчування 7 днів. З першого дня розвантажувального періоду хворій призначали в добовій дозі атропін 1мл підшкірно 1 раз, сальматерол 100мкг, 2,4% розчин еуфіліну 20мл внутрішньовенно, преднізолон в таблетках 20мг. З третього дня розвантажувального періоду названі медикаментозні засоби застосовувалися в половинних дозах. На 12 день розвантажувального періоду медикаментозну терапію відмінено. В перший день розвантажувального періоду хворій призначали сольове проносне (сірчано-окисла магнєзії 60 - 80г). В наступні дні - очисна клізма один раз на добу. Раз на день призначали пієнічний душ, загальний масаж тіла, комплекс лікувальної фізкультури, прогулянки на свіжому повітрі не менше 6 - 7 годин з перервами для відпочинку. Впродовж всього розвантажувального періоду призначали пиття води в об'ємі не менше 1 - 1,5л на добу. В перші дні відновного періоду - напівліжковий режим, призначали прийом соків (виноградний, яблучний, томатний). В перший день соки розбавляли водою наполовину, а з другого дня - нерозведені в кількості 1 - 1,2л на день. На третій день хвора приймала їжу 5 разів на день через 3 години: каша вівсяна, овочевий відвар (без солі), кефір, очищене яблуко. На четвертий день свіжі фрукти, кисіль із яблук, 20г сухарів з пшеничного батона. На п'ятий - овочевий протертий суп, картопляне пюре. З шостого дня - чотирихразове харчування із вживанням всіх вищезгаданих продуктів, а з сьомого здійснювали поступовий перехід на звичайне харчування. На 3-й день розвантажувального періоду хвора перестав турбувати кашель, значно зменшилася задишка. При аускультатії легень - ослаблене везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи в нижніх відділах. З 6-го дня розвантажувального періоду і до кінця лікування кашель та задишка зникли, хрипи не вислуховувалися.

За результатами спірографії виявлена вентиляційна недостатність 1-го ступеня за обструктивним типом. Значно покращилася коагулограма: фібриноген - 4,2г/л, фібринолітична активність - 190, активність X III фактору - 72с.

Приклад 2. Комплексна медикаментозна терапія в поєднанні з курсом розвантажувально-дієтичного лікування що складає сутність запропонованого способу проведена у 83 хворих на хронічний обструктивний бронхіт. Результати лікування наведені у таблиці.

Вплив розвантажувально-дієтичної терапії на динаміку скарг у хворих на хронічний обструктивний бронхіт n = 83

Клінічні прояви захворювання		Загальна кількість хворих (до лікування, %)	Скарги під кінець розвантажувального періоду(% випадків)			Скарги під кінець відновного періоду(% випадків)		
			зникли	зменшились	без змін	зникли	зменшились	без змін
Кашель	незначний	44,4	32,2	12,2	-	44,4	-	-
	помірний	38,3	33,5	4,8	-	38,3	-	-
	сильний	29,6	17,4	8,2	4,0	27,6	2,0	-
	з виділенням харкотиння	34,6	28,0	6,6	-	34,6	-	-
Задишка	в спокої	9,9	8,2	1,7	-	9,9	-	-
	при незначному фіз навантаженні	84,0	74,6	9,4	-	84,0	-	-
Біль в грудній клітці		11,1	8,2	2,9	-	11,1	-	-
Загальна слабкість		77,7	61,0	9,7	-	77,7	-	-
Швидка втомлюваність		85,4	55,9	9,5	-	65,4	-	-
Млявість, розбитість		76,5	68,2	8,3	-	76,8	-	-
Підвищення температури тіла		22,2	22,2	-	-	22,2	-	-
Блідість шкіри		34,5	32,0	2,5	-	34,5	-	-
Прояви алергії		25,3	10,5	14,8	-	25,31	-	-

З наведених у таблиці даних видно, що при застосуванні запропонованого способу в лікуванні хворих на хронічний обструктивний бронхіт забезпечимо позитивний клінічний ефект у 95% хворих. Так, починаючи з 3-го дня розвантажувального періоду спочатку зменшувались кашель та задишка, а потім зовсім зникали наприкінці розвантажувального періоду - у 97% хворих. Покращувався настрій, з'явилося відчуття бадьорості, підвищувався загальний життєвий тонус.

Особливо слід відмітити те, що достовірне покращення загального стану хворих супроводжувалося зменшенням потреби їх у застосуванні медикаментів. Поліпшення клінічної картини супроводжувалося достовірним покращанням показників функції зовнішнього дихання, системи

гемостазу, зменшенням ваги.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує більш ефективну, ніж за способом прототипом, нормалізацію функції зовнішнього дихання, системи гемостазу у хворих на хронічний обструктивний бронхіт і може бути застосований.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. Перцева Т. О., Ботвиннікова Л. А., Конопкіна Л. І. та інші. Нові організаційно-методичні підходи до лікування хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт // Український пульмонологічний журнал - 1999 - №1 - С. 17 - 19.

2. Толох О. Хронічні обструктивні захворювання легень: діагноз і лікування // Медицина світу - 1999 - Т. 6 - №4 - С. 205 - 211.