



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62896 (13) U
(51) МПК
A61K 31/7016 (2006.01)
A61P 35/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В РЕМІСІЇ

1

(21) u201100125
(22) 04.01.2011
(24) 26.09.2011
(46) 26.09.2011, Бюл.№ 18, 2011 р.
(72) СТАНКЕВИЧ ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА
(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "КРИМСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО", СТАНКЕВИЧ ОЛЬГА
ВОЛОДИМИРІВНА

2

(57) Спосіб реабілітації дітей із гемобластозами в ремісії, що включає використання кліматолікування в щадному режимі, адекватного рухового режиму із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної фізкультури і купання в басейні у повільному темпі, а також санацію вогнищ хронічної інфекції, який відрізняється тим, що додатково призначають ентерол 250 по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10-14 днів.

Корисна модель належить до медицини, а саме до фізіотерапії і може бути використана в дитячій онкогематології для реабілітації дітей, які отримували програмну поліхіміотерапію з приводу гемобластозів - гострий лімфобластний лейкоз, гострий нелімфобластний лейкоз, лімфогранулематоз, неходжкінські лімфоми і перебували в ремісії.

Як прототипу вибраний спосіб реабілітації дітей із гемобластозами в ремісії (Н.В. Лагунова, Н.Н.Каладзе, Е.М.Мельцева. Состояние иммунологической реактивности у детей с гемобластомами в стадии ремиссии на этапе санаторно-курортной реабилитации // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: тр. КГМУ им. С.И. Георгиевского. -Симферополь, 2003.-Т. 139.-С.97-100), який полягає у використанні кліматолікування в щадному режимі, адекватного рухового режиму із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної фізкультури і купання в басейні в повільному темпі, а також у санації вогнищ хронічної інфекції.

Ознаками, які співпадають із суттєвими ознаками запропонованого способу, є: використання кліматолікування в щадному режимі, адекватного рухового режиму із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної фізкультури і купання в басейні в повільному темпі, санація вогнищ хронічної інфекції.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення

ефективності реабілітації), є: відсутність впливу на шлунково-кишковий тракт, а саме мікрофлору і стан чинників місцевого захисту слизових шлунково-кишкового тракту.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом додаткового застосування препарату ентерол 250 за рахунок впливу на мікробіоценоз шлунково-кишкового тракту, що дозволяє мінімізувати явища дисбіозу порожнини рота і кишечника, а це є необхідним, враховуючи те, що всі діти із гемобластомами отримують програмну поліхіміотерапію і в ранні строки ремісії мають дисбіотичні зміни порожнини рота і кишечника у вигляді зниження кількості сапрофітної флори, збільшення числа умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів, зниження чинників місцевого захисту порожнини рота.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі реабілітації дітей із гемобластозами в ремісії, що включає використання кліматолікування в щадному режимі, адекватного рухового режиму із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної фізкультури і купання в басейні у повільному темпі, а також санацію вогнищ хронічної інфекції, згідно з корисною моделлю, додатково призначають ентерол 250 по 1 капсулі 2 рази на день протягом 10-14 днів.

Між сукупністю суттєвих ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється наступний причинно-наслідковий

(13) U
(11) 62896
(19) UA

зв'язок: додаткове застосування препарату енерол 250 за вказаною схемою в комплексній реабілітації дітей із гемобластозами дозволяє нормалізувати склад мікрофлори порожнини рота і кишечника, підвищити рівень чинників місцевого захисту порожнини рота, оскільки володіє антагоністичними властивостями по відношенню до умовно-патогенних, патогенних мікроорганізмів та грибів.

Препарат енерол 250 являє собою цукроміцети буларди. Належить до групи антидіарейних протимікробних препаратів. Цей препарат сприяє відновленню нормальної мікрофлори кишечника, має антагоністичну дію до умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів і грибів, чинить біологічну захисну дію відносно нормальної кишкової мікрофлори, сприяє підсиленню неспецифічного імунного захисту, внаслідок підвищення продукції IgA.

Спосіб реабілітації, що заявляється, був застосований у 15 дітей із гемобластозами з тривалістю ремісії до 2 років у комплексному санаторно-курортному лікуванні.

Застосування заявляемого способу реабілітації дозволило у дітей із гемобластозами з тривалістю ремісії до 2 років отримати хороший лікувальний ефект з боку травного тракту, у вигляді корекції дисбіотичних порушень порожнини рота і кишечника, активації чинників місцевого захисту слизової порожнини рота, зниження рівня прозапальних інтерлейкінів.

Запропонований спосіб полягає в наступному.

Дітям із гемобластозами з ремісією до 2 років на санаторно-курортному лікуванні призначають наступні реабілітаційні заходи: кліматолікування в щадному режимі, адекватний руховий режим із застосуванням ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної фізкультури і купання в басейні у повільному темпі, санацію вогнищ хронічної інфекції та додатково включають в курс препарат енерол 250.

Препарат енерол 250 призначають за схемою - 1 капсула 2 рази на день вранці і ввечері протягом 10-14 днів.

Даний курс застосування препарату визначений інтервалом часу, необхідного для клінічної реалізації ефектів цього препарату.

Застосування препарату енерол 250 менше 10 днів не дозволяє досягнути стійких позитивних змін мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту, а курс більше 14 днів також не є доцільним, оскільки вже після двох тижнів застосування енеролу нормалізується мікробний пейзаж слизових ротової порожнини і кишечника.

Запропонований спосіб ілюструється такими прикладами його використання.

Приклад 1.

Пацієнт М, 11 років, перебував на санаторно-курортній реабілітації з діагнозом: Гострий лімфобластний лейкоз, варіант L₁ не-Т-клітинний, ремісія І; хронічний компенсований тонзиліт, ремісія; хронічний вазомоторний риніт, ремісія.

При об'єктивному обстеженні шкірні покриви, видимі слизисті чисті, блідо-рожеві. З боку внутрішніх органів патології не визначається. При

посіві із зіву були виявлені - *Lactobacillus*, *Str.mutans*, *Str.haemolyticus*, *Candida albicans*, *Staph.aureus*, *E.coli*; лізоцим і slgA склали 23 од/л і 0,13 г/л відповідно. При посіву кала на дисбактеріоз відмічалось зменшення кількості лактобактерій до Ig 5, а біфідобактерій до Ig 7, в той же час зросло число кокової флори до Ig 5 і протею до Ig 6. При дослідженні цитокінового профілю було виявлено IL 1 β - 62 пг/мл, IL 8-40 пг/мл, TNF - α - 153,2 пг/мл.

Пацієнту була проведена реабілітація запропонованим способом на тлі традиційної санаторно-курортної реабілітації, що включає дієту, збагачену вітамінами і мікроелементами, режим сну і відпочинку, лікувальну фізкультуру. Приймання енеролу 250 тривало 14 днів. Побічних ефектів і негативних реакцій не спостерігалось.

Після закінчення курсу стан пацієнта покращився. При повторному мікробіологічному дослідженні порожнини рота було виявлено зростання сапрофітів *Lactobacillus*, *Str.viridans*, *Candida albicans* не було виявлено зростання патогенної флори. Посів кала на дисбактеріоз виявив збільшення кількості лактобактерій до Ig 7, а біфідобактерій до Ig 9, число кокової флори знизилось до Ig 3, зростання протею не було зафіксовано. При дослідженні цитокінового профілю було виявлено IL 1 β - 62 пг/мл, IL 8-40 пг/мл, TNF - α - 153,2 пг/мл.

Підвищились рівні лізоциму до 31 од/л і slg A до 0,18 г/л. Рівень прозапальних цитокінів знизився - IL 1 - β до 54 пг/мл, IL-8 до 26 пг/мл і TNF- α до 129,7 пг/мл.

Приклад 2.

Пацієнтка Д., 8 років, знаходилась на санаторно-курортній реабілітації з діагнозом: Лімфогранулематоз, лімфогістоцитарний варіант, III стадія, ремісія І; хронічний компенсований тонзиліт, дифузний зоб І ступеня.

При об'єктивному обстеженні шкірні покриви, видимі слизисті чисті, блідо-рожеві. З боку внутрішніх органів патології не визначається. При посіву із зіву були виявлені - *Lactobacillus*, *Str.mutans*, *Str.haemolyticus*, *Candida albicans*, *Staph.epidermicus*, *Proteus*, *Staph.aureus*, *E.coli*; лізоцим і slgA склали 32 од/л і 0,08 г/л відповідно. При посіву калу на дисбактеріоз відмічалось зменшення кількості лактобактерій до Ig 2, а біфідобактерій до Ig 6 і збільшення числа кокової флори до Ig 6, грибів роду *Candida* до Ig 6. При дослідженні цитокінового профілю було виявлено IL 1 β - 66пг/мл, IL 8-44 пг/мл, TNF - α - 156 пг/мл.

Пацієнтці була проведена реабілітація по запропонованому способу на тлі традиційної санаторно-курортної реабілітації, що включає дієту, збагачену вітамінами і мікроелементами, режим сну і відпочинку, лікувальну фізкультуру.

Приймання енеролу 250 тривало 10 днів. Побічних ефектів і негативних реакцій не спостерігалось.

Після закінчення курсу стан пацієнтки покращився. При повторному мікробіологічному

дослідженні порожнини рота було виявлено зростання сапрофітів *Lactobacillus*, *Str.viridans*, *Candida albicans*, *Str.mutans* не було виявлено зростання патогенної флори. Посів калу на дисбактеріоз виявив збільшення кількості лактобактерій до 10^7 , а біфідобактерій до 10^8 , число кокової флори знизилось до 10^1 , *Candida* до 10^2 . При дослідженні цитокинового профілю було виявлено IL 1 β - 62 пг/мл, IL 8-40 пг/мл, TNF - α - 153,2 пг/мл.

Підвищились рівні лізоциму до 46 од/л і sIg A до 0,15 г/л. Рівень прозапальних цитокинів знизився - IL 8-24 пг/мл, IL 1 - β до 37 пг/мл і TNF - α до 114 пг/мл.

Наведені приклади підтверджують ефективність запропонованого способу у пацієнтів із гемобластозами з ремісією до 2 років, про що

свідчить збільшення росту нормофлори і пригнічення росту патогенної та умовно-патогенної мікрофлори в ротовій порожнині і кишечнику, а також підвищення чинників місцевого захисту порожнини рота і рівня прозапальних цитокинів.

Застосування способу реабілітації, що заявляється, дозволило у дітей з гемобластозами з тривалістю ремісії до 2 років отримати хороший лікувальний ефект з боку травного тракту у вигляді корекції дисбіотичних порушень порожнини рота і кишечнику, активації чинників місцевого захисту слизової порожнини рота, зниження рівня прозапальних інтерлейкінів.

Запропонований спосіб може бути рекомендований для впровадження на етапі відновного лікування в практику роботи санаторно-курортних установ.