



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5192 (13) U

(51) 7 A61K31/00, A61K47/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

1

(21) 20040706159

(22) 23.07.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Козько Володимир Миколайович, Граділь Григорій Іванович, Кацапов Дмитро Володимирович, Краснов Максим Ігорович

2

(73) Харківський державний медичний університет
(57) Спосіб лікування хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції, що включає призначення комбінації препаратів: амброксолу, полівітамінів "Ундевіт", санорину; який відрізняється тим, що додатково призначають препарат Арбідолленс по 0,2 г 4 рази на добу протягом 3 днів.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до інфекційних хвороб, і може бути застосована для лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ).

В терапії ГРВІ використовується етіотропна терапія та патогенетична, що застосовується найбільш часто.

Так, наприклад, відома схема патогенетичної терапії, яка складається з призначення помірних доз парацетамолу - 0,5г 2 рази на добу, мефенамової кислоти - 0,5 3 рази на добу, аскорутину - 1т. 3 рази на добу, діазоліну по 0,1 3 рази на добу, та мукалтіну - 1т. 3 рази на добу [Возианова Ж.И., Ковалева Н.М. Острые респираторные заболевания (клиника, диагностика, лечение.) // Сучасні інфекції. - 1999. - №1. - С.16-22].

Відома також терапія, коли призначають прийом до 1,5л. рідини, збагаченої вітамінами С, В, комплексного препарату "Антигрипін" (ацетилсаліцилова кислота 0,5, аскорбінова кислота 0,3, лактат кальцію 0,1, рутин та димедрол по 0,2) по 1 порошку 3 рази на день протягом 3-4 днів; анальгін по 1т. 2 рази на день, полівітаміни "Ундевіт" по 2 драже 2 рази на день, мукалтин 1т. 3 рази на день, санорин 0,1% розчин інтраназально 2-3 краплини 3 рази на день [Грипп и другие острые респираторные заболевания / Методические указания. Под ред. проф. Лобзина Ю.В. - Москва, 1998. - С.27-30].

Наведена схема є найбільш ефективною, забезпечує пероральну детоксикацію, призначення препаратів, що володіють вазопротекторною та імуностимулюючою дією, муколітичних препаратів.

Цей спосіб лікування нами вибрано в якості прототипу, у зв'язку з тим, що він є найближчим за технічною суттю та результату, що може бути досягнутим.

Проте, у відомих способах, в тому числі у прототипі є ряд недоліків, що знижують його ефективність. Даний спосіб не забезпечує дії на ті ланки патогенезу, які є вирішальними - стимуляція імунітету, індукція синтезу інтерферону, що сприяє інактивації вірусу та захищає клітини від його проникнення. Внаслідок цього можливе зменшення рівня ендогенної інтоксикації в гострому періоді захворювання, та як наслідок - швидше зниження температури, самопочуття хворого і прискорення одужання. Крім того, зниження інтоксикації дозволяє відмовитись від призначення жарознижувачих засобів та зменшити дози інших ліків. Крім того, існують труднощі при призначенні комплексних препаратів, таких як "Антигрипін", хворим з алергічними реакціями на компоненти препарату, важко також провести індивідуальне дозування за віком та масою хворого.

В зв'язку з вищевказаним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності лікування хворих на ГРВІ.

Задача, яку покладено в основу корисної моделі, вирішується тим, що у відомому способі лікування ГРВІ, що включає призначення комплексу препаратів: амброксолу, полівітамінів "Ундевіт", санорину; згідно з корисною моделлю додатково призначають препарат Арбідолленс по 0,2г 4 рази на добу протягом 3 днів.

Позитивний ефект корисної моделі заключається в можливості одночасної дії на віруси - збудники ГРВІ та ланки патогенезу, за рахунок призначення препаратів з детоксикаційною, антиоксидантною дією, муколітичного та мукокинетичного препарату, місцевої терапії.

Арбідолленс володіє прямою противірусною та імуномодельюючою активністю, вигідно відрізняється від аналогів своїм широким спектром дії,

UA (11) 5192 (13) U

швидким зростанням інтерферону, гарною переносністю препарату хворими, зручною лікарською формою (таблетки). Крім того, препарат має антиоксидантну дію [Гуськова Т.А., Глушков Р.Г. Арбидол: імуномодулятор, індуктор інтерферона, антиоксидант М., 1999 - 89с].

Спосіб виконують наступним чином:

Хворому на ГРВІ призначають амброксол по 30мг (2 таблетки) тричі на день через 10 хвилин після їжі протягом трьох перших діб, потім по 15мг (1 таблетка) після їжі до зникнення кашлю, полівітаміни "Ундевіт" по 1 драже вранці та ввечері після їжі, інстиляції крапель санорин 0,1% розчину в носові ходи - по 2-3 краплини 3 рази на добу до нормалізації клінічних показників.

Арбідолленс призначається дорослим та дітям старше 12 років по 0,2г 4 рази на добу за 30 хвилин до їжі протягом 3-5 діб. Під час лікування та після нього періодично проводять клінічні дослідження крові та сечі, дослідження функції зовнішнього дихання з метою оцінки його ефективності. Введення препарату Арбідолленс дозволило відмовитись від призначення парацетамолу, знизити дозу полівітамінів і амброксолу, враховуючи імуномодулюючу, протівірусну та антиоксидантну дії препарату.

Ефективність корисної моделі підтверджують клінічні приклади.

Клінічний приклад 1

Хвора В., 22 років, історія хвороби №2912. Вступила до ОКІЛ 2 доби від початку захворювання. Діагноз: Паратрип, рино-фаринго-ларингіт, трахеобронхіт середнього ступеня тяжкості (встановлено наявність паратрипозного антигену методом РІФ).

Скарги при вступленні: виражена слабкість, пітливість, порушення загального самопочуття, підвищеної температури тіла до 38,6°C, озноб на висоті підвищеної температури, приступоподібний кашель з виділенням незначної кількості слизового харкотиння, незначні болі та дертя в горлі при ковтанні, колючий біль в грудній клітці, що з'являвся протягом кашлю, сиплість голосу.

Анамнез хвороби: захворіла гостро добу тому, коли почали непокоїти порушення загального самопочуття, виражена слабкість, підвищення температури до 39,5-40,0°C, що супроводжувалось ознобом та підвищеною пітливістю. Протягом наступної доби стан погіршився, зросла слабкість, озноб, температура зберігалась на рівні 39,0°C-40,0°C, з'явилась також задишка при фізичному навантаженні, виділення незначної кількості харкотиння слизового характеру, приєдналися приступоподібний сухий кашель, біль та дертя в горлі при ковтанні. Лікувалась жарознижувачами засобами, без помітного ефекту. Машиною швидкої допомоги хвору доставлено в ОКІЛ.

Епідеміологічний анамнез: відмічає контакт з хворими на ГРЗ на роботі, серед знайомих - випадки ГРЗ (епідемічний сезон по грипу та ГРЗ, зима). Відмічає приблизно тиждень тому захворювання одного з близьких родичів зі східною симптоматикою, але значно легше за тяжкість.

Загальний стан: середнього ступеня тяжкості. Шкіряні покрови бліді, склери ін'єковані. Слизова оболонка ротоглотки ярко гіперемована, відміча-

ється гіпертрофія мигдаликів 1 ступеню, без на шарувань, гіпертрофія лімфатичних фолікулів задньої стінки глотки. Визначається помірне збільшення вуглощелепних, передньощийних лімфовузлів, при пальпації безболісні. Тони серця приглушені, ритмічні, тахікардія 90-100¹/хв. Артеріальний тиск 100/70мм рт.ст. При аускультатії над по верхньою легень - жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. Частота дихання в стані спокою - 18/хв. Язик вологий, обкладений біля кореня білими на шаруваннями, живіт м'який, безболісний.

Клінічний аналіз крові: Еритроцити - $3,68 \times 10^{12}/л$, Hb - 118г/л, Лейкоцити - $9,9 \times 10^9/л$, еозиніфілі - 1%, сегментоядерні - 47%, паличкоядерні - 2%, лімфоцити - 40%, моноцити - 10%, ШОЕ - 27мм/г. При дослідженні мазків з носоглотки методом імунофлюоресценції встановлено наявність антигену паратрипу. Клінічний аналіз харкотиння: слизувате, в'язке, кількість лейкоцитів - 3-5 в полі зору, еритроцити - 1-2 в полі зору, альвеолярний епітелій - місцями.

Рентгенологічне дослідження при вступленні до стаціонару виявило посилення легеневого малюнка.

Хвора одержувала лікування, що складалося з комплексу препаратів:

амброксолу 30мг 3 рази на добу, та парацетамолу по 0,5г 2 рази на добу, полівітаміни "Ундевіт" по 2 драже 2 рази на добу, санорин 0,1% розчин інтраназально 2-3 краплини 3 рази на добу. Протягом лікування температура нормалізувалась на 6 добу захворювання за типом лізису, кашель зменшився, але все ще визначався на 10 добу, до 5 доби захворювання відмічалось виділення харкотиння слизового характеру. Сухі хрипи регресували близько 6 доби, жорстке дихання - 9 доби. Дослідження показників функції зовнішнього дихання в динаміці захворювання виявило при належному значенні ЖЄЛ 3910,0мл в гострому періоді цей показник склав 1344,0мл (32,0%), а в періоді реконвалесценції - 1628,0мл (41,7%). ОФВ₁ в гострому періоді при належному значенні 3278,0мл склав 375,0мл (37,0%), а в періоді реконвалесценції - 875,0 (45,2%). МВЛ при належному значенні 10100,0мл в гострому періоді склала 3726,7мл (37,0%), а в періоді реконвалесценції - 4015,7 (40,0%), МШВ при належному значенні 4,7л/с в гострому періоді склала 1,5л/с (32,0%), а в періоді реконвалесценції - 2,3л/с (49,0%). ПШРП склав в гострому періоді 27,7, а в періоді реконвалесценції - 24,7. Таким чином, у даної хворої в гострому періоді спостерігались порушення ФЗД за змішаним типом: помірно за обструктивним та рестриктивним типом. В періоді реконвалесценції зберігались помірно порушення ФЗД за обструктивним типом.

Хвора провела в стаціонарі 12 ліжко-діб.

Клінічний приклад 2

Хворий О., 21 року, історія хвороби №6668. Вступив до ОКІЛ на 2 день захворювання. Діагноз: Паратрип, рино-фаринго-трахеобронхіт, середнього ступеня тяжкості.

Скарги при вступленні: виражена слабкість, пітливість, порушення загального самопочуття, підвищеної температури тіла до 39,2°C, що супроводжувалось ознобом, приступоподібний болісний кашель з виділенням невеликої кількості слизово-

гнійного харкотиння, дертя в горлі, сиплість голосу, слизувати виділення з носу

Анамнез хвороби захворів гостро день тому, коли почали непокоїти порушення загального самопочуття, виражена слабкість, підвищення температури тіла до 40,0°C, що супроводжувалось ознобом та підвищеною пітливістю, слизувати виділення з носу. Протягом наступної доби приєднались приступоподібний болісний кашель, відразу сухий, надалі з виділенням невеликої кількості слизуватого харкотиння, відчуття "свербіння" за грудиною. Машиною швидкої допомоги хворого доставлено в ОКІЛ.

Епіданамнез відмічає випадки захворювання на ГРЗ серед співробітників протягом доби до захворювання.

Загальний стан середнього ступеню тяжкості. Шкіра обличчя гіперемована, склери ін'єковані. Слизова оболонка зіву помірно гіперемована, відмічається гіпертрофія лімфатичних фолікулів задньої стінки глотки. Тони серця приглушені, ритмічні, тахікардія 90-95/хв. Артеріальний тиск 110/70 мм рт.ст. При аускультаті - жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи в районі нижньої третини паравентральної лінії, перкуторно - легеневий звук. Частота дихання в стані спокою - 20 1/хв. Язик вологий, обкладений біля кореня білими нащаруваннями, живіт м'який, безболісний.

Клінічний аналіз крові. Еритроцити - $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 148 г/л, Лейкоцити - $9,3 \times 10^9/л$, еозинофіли - 1%, сегментоядерні - 42%, паличкоядерні - 10%, лімфоцити - 38%, моноцити - 9%, ШОЕ - 20 мм/г. За даними імунофлюоресцентного дослідження епітелію носоглотки виявлено парогрипозний антиген. Клінічний аналіз харкотиння слизувате, в'язке, помірна кількість лейкоцитів, поодинокі еритроцити в полі зору, альвеолярний епітелій - місцями.

Рентгенологічне дослідження при вступленні до стаціонару - посилення легеневого малюнку в нижніх долях легень.

Хворий одержував лікування, що складалося з

амброксолу 30 мг (2 табл.) 3 рази на добу протягом перших трьох діб, потім - 15 мг 3 рази на добу до зникнення кашлю, полівітаміни "Ундевіт" по 1 драже 2 рази на добу, санорин 0,1% розчин інтраназально 2-3 краплини 3 рази на добу. Був призначений також препарат Арбідолленс по 0,2 г 4 рази на добу протягом 3 днів. Побічних реакцій протягом лікування не спостерігалось. Протягом лікування температура нормалізувалась на 3 добу захворювання за типом прискореного лізису, кашель зник на 5 добу, слизувати виділення з носу - на 5 добу. При аускультаті легень хрипи та жорстке дихання не визначались вже на 4 добу захворювання. Дослідження показників функції зовнішнього дихання в динаміці захворювання виявило при належному значенні ЖЄЛ 4948,0 мл в гострому періоді цей показник склав 1245,0 мл (25,2%), а в періоді реконвалесценції - 2270,0 мл (48,0%). ОФВ₁ в гострому періоді при належному значенні 3797,0 мл склав 1450,0 мл (39,0%), а в періоді реконвалесценції - 1725,0 (63,0%). МВЛ при належному значенні 123700,0 мл в гострому періоді склала 49815,0 мл (41,0%), а в періоді реконвалесценції - 63099,0 (51,0%), МШвид при належному значенні 5,9 л/с в гострому періоді склала 1,5 л/с (25,3%), а в періоді реконвалесценції - 2,8 л/с (48,0%). ПШРП склав в гострому періоді 40 0, а в періоді реконвалесценції - 27,8. Таким чином, в даного хворого в гострому періоді спостерігались помірні порушення ФЗД за обструктивним типом. В періоді реконвалесценції зберігались незначні порушення ФЗД за обструктивним типом.

Хворий провів в стаціонарі 8 ліжко-днів.

Таким чином, наведені приклади ілюструють клінічну ефективність, що може бути пов'язана з включенням в комплекс лікування препарату Арбідолленс. Це проявилось в значному скороченні тривалості температури, прискоренні регресії ознак інтоксикації - слабкості, ознобу, та ознак ураження дихальних шляхів - кашлю, сухих хрипів і обструктивних порушень за даними ФЗД.
