



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49063** (13) **U**  
(51) **МПК (2009)**  
**A61K 39/00**  
**A61K 31/02**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЮВАНOSTІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ**

1

(21) u200912144  
(22) 26.11.2009  
(24) 12.04.2010  
(46) 12.04.2010, Бюл.№ 7, 2010 р.  
(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ЛУК'Я-  
НЧУК ВІКТОР ДМИТРОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИКО-  
ЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КУЗНЕЦОВА ЛАРИСА  
ВОЛОДИМИРІВНА, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРО-  
ВИЧ  
(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ЛУК'Я-  
НЧУК ВІКТОР ДМИТРОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИКО-  
ЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КУЗНЕЦОВА ЛАРИСА

2

ВОЛОДИМИРІВНА, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРО-  
ВИЧ  
(57) 1. Спосіб лікування хворих із синдромом під-  
вищеної стомлюваності на тлі хронічного тонзилі-  
ту, що включає введення амізону, який **відрізня-**  
**ється** тим, що додатково вводять авеол  
(настоянку зеленої трави вівса посівного).  
2. Спосіб за п.1, який **відрізняється** тим, що аве-  
ол вводять усередину по 15-20 крапель 2-3 рази  
на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4-6  
тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефек-  
ту.

Корисна модель відноситься до галузі меди-  
цини, а саме до внутрішніх хвороб, оториноларин-  
гології й клінічної імунології.

Актуальність предмету корисної моделі пов'я-  
зана зі значним рівнем захворюваності в сучасних  
умовах на синдром підвищеної стомлюваності  
(СПС), зокрема серед мешканців регіонів з висо-  
ким рівнем забруднення довкілля екологічно шкід-  
ливими речовинами, частим зустрічанням у хворих  
із СПС хронічного тонзиліту (ХТ) в якості фонові  
патології й недосконалістю існуючих способів ліку-  
вання й медичної реабілітації хворих на дану спо-  
лучену патологію, у зв'язку з чим відмічається по-  
дальше прогресування як СПС, так і ХТ. Тому  
важливим для практичної медицини є удоскона-  
лення існуючих способів лікування хворих із СПС  
на тлі ХТ.

Відомий спосіб лікування хворих із СПС на тлі  
ХТ шляхом проведення вітамінотерапії й введення  
адаптогенів рослинного походження, зокрема ма-  
наксу - препарату, який містить ліофілізований  
екстракт з кори тропічної ліани *Uncaria tomentosa*  
(Дранник Г.Н. Синдром повышенной утомляемости.  
- В кн.: Клиническая иммунология и аллергология.  
- Одесса: АстроПринт, 1999. - с.191-193).

Однак клінічний досвід показує, що цей спосіб  
не забезпечує в більшості хворих із СПС на тлі ХТ  
нормалізації, зокрема інтерференового статусу й  
насамперед концентрації сироваткового интерфе-

рону. Тому вказаний спосіб не сприяє суттєвому  
скороченню частоти загострень ХТ, а часті загост-  
рення ХТ, у свою чергу, сприяють подальшому  
прогресуванню СПС.

Тому був запропонований спосіб лікування  
хворих із СПС на тлі ХТ, який включає введення  
рослинного препарату протейфлазиду, який володіє  
адаптогенною, імунокорегуючою й протизапаль-  
ною дією (Протейфлазид: Информационные мате-  
риалы по свойствам и методикам применения /  
Под ред. В.И.Матяш, И.А.Боброва и соавт. - Киев,  
2002. - 68с).

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній,  
але в низці випадків він також не забезпечує від-  
новлення інтерференового статусу хворих і при-  
пинення подальшого прогресування СПС.

Існує також спосіб лікування хворих із СПС на  
тлі ХТ, що передбачає введення пацієнтам препа-  
рату природного походження ербісолу, який воло-  
діє імуномодуючими, антиоксидантними й про-  
тизапальними властивостями (Краснова С.П.  
Ефективність ербісолу в лікуванні хворих із синд-  
ромом підвищеної стомленості // Український ме-  
дичний альманах. - 2003. - Т.6, №4. - с.71-74).

Однак у хворих із СПС, переважно при частих  
загостреннях ХТ, використання цього способу не  
забезпечує зниження частоти подальшого загост-  
рення ХТ, що негативно впливає на імунний статус

(13) **U**  
(11) **49063**  
(19) **UA**

пацієнтів і сприяє подальшому прогресуванню саме СПС.

У зв'язку з цим було запропоновано додатково до ербісолу призначати хворим із СПС на тлі ХТ введення імуноактивного препарату циклоферону, який є індуктором синтезу ендogenous інтерферону (Патент України на корисну модель №60883. - МПК (2003) А61К39/00, А61К31/00. - Спосіб лікування хворих із синдромом підвищеної стомленості на тлі хронічного тонзиліту. - Опубл. 15.10.2003р. - Бюл. №10).

Але в частини хворих із СПС на тлі ХТ використання лише ербісолу й циклоферону не забезпечує повної ліквідації запального процесу в піднебінних мигдаликах хворих. Тому в цих пацієнтів нерідко відмічається загострення запального процесу в піднебінних мигдаликах з формуванням загострень ХТ, що викликає також і посилення астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики з розвитком загострень СПС.

Тому був запропонований спосіб лікування хворих із СПС на тлі ХТ шляхом введення таким пацієнтам препарату з протизапальною, імунокорегуючою й інтерферогенною дією амізону (Патент України на корисну модель №17882. - МПК (2006) А61К39/00, А61К31/00. - Спосіб лікування хворих із синдромом підвищеної стомлюваності на тлі хронічного тонзиліту. - Опубл. 16.10.2006р. - Бюл. №10).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості найближчого аналога.

До недоліків найближчого аналога відноситься те, що в деяких хворих із СПС на тлі ХТ ще зберігаються зсуви імунологічних показників, що в клінічному плані проявляються відсутністю нормалізації загального стану й ліквідації клінічної симптоматики захворювання. Тому відомий спосіб-прототип потребує подальшого удосконалення.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу- найближчого аналога, а саме зниження частоти подальшого загострення ХТ і прогресування СПС.

Вказана задача досягається шляхом додаткового введення хворим із СПС на тлі ХТ вітчизняного препарату з антиоксидантною, імуномодуючою й мембраностабілізуючою дією авеолу.

Авеол (Aveol) - це спиртова настоянка з зеленої трави вівса посівного (*Hb. Avena sativa* L.) у співвідношенні 1:5. Авеол відноситься до фармако-терапевтичної групи тонізуючих засобів. Код АТС А13А. Дія препарату обумовлена властивостями компонентів, які входять до складу трави вівса посівного: з наявністю індольного алкалоїду авеніну пов'язана седативна дія настойки, тритерпенові сапоніни обумовлюють стимульований, антидепресивний і адаптогенний ефект, сприяють підвищенню розумової й фізичної працездатності, стимуляції неспецифічного імунітету. Стерини й сапоніни, за рахунок структурної подібності до холестерину, мають здатність впливати на його обмін в організмі, що реалізується протисклеротичним ефектом. Основний клітинний механізм дії вівса полягає в покращанні енергозабезпечення тканин і клітин, підвищенні їх функціональної активності мембраностабілізуючими й антиоксидант-

ними властивостями. До того ж, трава вівса посівного органічні кислоти - щавелеву, малонову, ерукову, а також кумарин, скополетин, вітаміни А, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>. При СПС на тлі ХТ даний препарат раніше не використовувався, що робить пропозицію авторів корисною моделі новою й перспективною. Авеол зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення №UA/9746/01/01) й дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України №398 від 04.06.09).

Наша пропозиція щодо введення хворим із СПС на тлі ХТ додатково препарату авеолу (настанки з зеленої трави вівса посівного) пов'язана з вперше встановленою дослідним шляхом авторами корисної моделі закономірністю, що призначення авеолу в комбінації з амізоном забезпечує відновлення в них імунологічного гомеостазу, у тому числі функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ, а в клінічному аспекті - зменшення ймовірності розвитку в подальшому загострень патологічного процесу. Треба підкреслити, що саме автори корисної моделі вперше встановили позитивний ефект комбінації амізону та авеолу стосовно впливу на імунологічні показники у хворих із СПС на тлі ХТ, патогенетично обґрунтували доцільність і перспективність застосування саме цього фітопрепарату, який раніше в клінічній практиці при даному захворюванні не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. При встановленні діагнозу СПС хворим з ХТ призначають амізон у середньотерапевтичному дозуванні та додатково авеол усередину по 15-20 крапель 2-3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4-6 тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

При розробці заявленої корисної моделі було обстежено дві групи хворих із СПС і наявністю фонового ХТ: основна (57 осіб), яка лікувалася за допомогою заявленого способу, і група зіставлення (52 особи), яка отримувала лікування відповідно до відомого способу-найближчого аналога. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком і статтю хворих, стадією СПС і тривалістю захворювання. При цьому ХТ в обстежених хворих був переважно у фазі нестійкої клінічної ремісії.

Хворі основної групи відповідно до заявленого способу отримували амізон у середньотерапевтичному дозуванні та додатково авеол усередину по 15-20 крапель 2-3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4-6 тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту. Хворі групи зіставлення, які лікувалися за допомогою існуючого способу-найближчого аналога, отримували амізон усередину по 0,25г 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 10-15 днів поспіль.

До початку проведення лікування клініко-лабораторні показники в обстежених хворих відповідали СПС, переважно II клінічній стадії (субкомпенсації) і наявності ХТ, переважно у фазі нестійкої клінічної ремісії. Хворі скаржилися на загальну слабкість, нездужання, дифузний головний біль, підвищену стомленість, емоційну лабільність, зни-

ження розумової й фізичної працездатності, зниження пам'яті, біль або першіння в горлі. З анамнезу було відомо, що загальна тривалість захворювання складала від 4 до 9 років, у хворих на СПС відмічалася суттєве збільшення частоти виникнення повторних гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та ангін, випадків рецидивуючого герпесу, переважно лабіального. У клінічному плані встановлена наявність гіпертрофії й розпушеності піднебінних мигдаликів, казеозних пробок у лакунах, збільшення й чутливості при пальпації підщелепних лімфатичних вузлів, спаяності піднебінних мигдаликів з піднебінними дужками. У більшості обстежених хворих також відмічався увечері субфебрилітет у межах 37,1-37,4°C, зниження апетиту, збільшення й чутливість задньо-шийних лімфатичних вузлів.

При лабораторному обстеженні в усіх хворих, які були під наглядом, встановлені зсуви імунологічних показників, що були характерні для II стадії СПС (субкомпенсації) - наявність Т-лімфопенії, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно зі зниженням кількості циркулюючих у периферичній крові Т-хелперів/індукторів (CD4<sup>+</sup>), зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8.

При динамічному обстеженні й клінічному нагляді за хворими було встановлено, що тривалість збереження загальнотоксичного синдрому, підвищеної стомленості, лімфаденопатії, субфебрилітету й інших патологічних проявів в основній групі, яка отримувала лікування за допомогою заявленого способу, була суттєво меншою, ніж у групі зіставлення, яка лікувалася відповідно до відомого способу-найближчого аналога (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого способу й способу-найближчого аналога на клінічні показники в обстежених хворих із СПС на тлі ХТ (M±m).

Клінічні показники в обстежених хворих	Групи обстежених хворих		P
	основна (n=57)	зіставлення (n=52)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабості	5,7±0,2	8,8±0,3	<0,05
нездужання	5,9±0,2	8,9±0,3	<0,05
підвищеної стомленості	6,1±0,3	9,4±0,4	<0,05
емоційної лабільності	14,4±0,5	18,2±0,6	<0,01
болю в горлі	6,0±0,3	9,4±0,4	<0,05
субфебрилітету	5,9±0,2	9,1±0,3	<0,05
збільшення й чутливості регіонарних лімфатичних вузлів	6,8±0,3	10,5±0,5	<0,01
казеозних пробок у лакунах піднебінних мигдаликів	4,0±0,1	7,2±0,3	<0,05
головного болю	4,1±0,1	7,7±0,3	<0,01
зниження працездатності	5,6±0,2	9,1±0,4	<0,01
Термін досягнення ремісії захворювання (діб)	6,3±0,3	9,5±0,4	<0,05

З таблиці 1 видно, що у хворих основної групи, яка отримувала лікування згідно до заявленого способу, відмічалася вірогідне прискорення ліквідації клінічних ознак захворювання й досягнення ремісії. Дійсно, тривалість збереження загальної слабості у хворих основної групи скорочувалася в середньому на 3,1±0,2 доби (в 1,5 рази), нездужання - на 3,0±0,2 доби (в 1,5 рази), підвищеної стомленості - на 3,3±0,2 доби (в 1,5 рази), емоційної лабільності - на 3,8±0,3 доби (в 1,3 рази), болю в горлі - на 3,4±0,2 доби (в 1,6 рази), субфебрилітету - на 3,2±0,2 доби (в 1,5 рази), збільшення й чутливості підщелепних і задньошийних лімфатичних вузлів - на 3,7±0,3 (в 1,5 рази), наявності казеозних пробок у лакунах піднебінних мигдаликів - на 3,1±0,2 доби (в 1,8 рази), дифузного головного болю - на 3,6±0,2 доби (в 1,9 рази), зниженої розумової й фізичної працездатності - на 3,5±0,2 доби (в 1,6 рази). У цілому у хворих основної групи клінічна ремісія захворювання (як СПС, так і ХТ) була досягнута протягом 6,3±0,3 доби з початку лікування, тоді як у групі зіставлення - лише протягом 9,5±0,4 доби, тобто на 3,2±0,2 доби (в 1,5 ра-

зи) пізніше (P<0,05-0,01). Отже, отримані дані свідчать про те, що використання заявленого способу сприяє прискоренню досягнення ремісії як СПС, так і ХТ, нормалізації загального стану хворих і ліквідації клінічної симптоматики захворювання.

При вивченні в динаміці лабораторних (імунологічних) показників було також встановлено, що тривалість збереження виявлених зсувів була менш значною у хворих основної групи, які отримували лікування згідно до заявленого способу (таблиця 2).

Як видно з таблиці 2, тривалість збереження Т-лімфопенії у хворих основної групи в середньому на 3,4±0,2 доби менше, ніж у групі зіставлення, тобто в 1,4 рази (P<0,01), зниження числа Т-хелперів (CD4<sup>+</sup>) - на 3,7±0,3 доби менше (в 1,4 рази; P<0,01), зменшення імунорегуляторного індексу CD4/CD8 - на 3,5±0,3 доби менше (в 1,3 рази; P<0,05). У цілому термін нормалізації імунологічних показників у хворих основної групи скорочувався на 3,2±0,4 доби, тобто в 1,3 рази (P<0,05).

Таблиця 2

Вплив заявленого способу й способу-найближчого аналога на імунологічні показники в обстежених хворих із СПС на тлі ХТ (M±m).

Імунологічні показники в обстежених хворих	Групи обстежених хворих		Р
	основна (n=57)	зіставлення (n=52)	
Тривалість збереження (діб):			
Т-лімфопенії	9,3±0,4	12,7±0,4	<0,01
зниження числа Т-хелперів (CD4)	9,1±0,3	12,8±0,4	<0,01
зменшення коефіцієнту CD4/CD8	11,0±0,5	14,5±0,5	<0,05
Термін нормалізації імунограми	10,2±0,4	13,4±0,4	<0,05

Отже, отримані дані свідчать, що використан-ня заявленого способу лікування хворих із СПС на тлі ХТ поряд з прискоренням досягнення клінічної ремісії сприяє також більш швидкому відновленню імунологічних показників відносно хворих, які отримували лікування за допомогою відомого способу-прототипу, що дає підставу вважати заявлений спосіб патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним. При проведенні диспансерного обстеження за хворими обох груп протягом 1 року було встановлено, що середня тривалість збереження ремісії захворювання склала в основній групі 10,9±0,4 місяця, тоді як у групі зіставлення 8,6±0,3 місяця, тобто на 2,3±0,1 місяця менше (P<0,01). При цьому за річний термін диспансерного нагляду в основній групі загострення ХТ відмічені в 4 хворих (7%), тоді як у групі зіставлення - в 6 хворих (11,5%), тобто в 1,6 рази частіше (P<0,01).

Таким чином, отримані дані свідчать, що заявлений спосіб лікування хворих із СПС на тлі ХТ ефективний та має суттєві переваги стосовно відомого способу-прототипу, що полягає в прискоренні досягнення повноцінної клінічної ремісії й збільшенні її тривалості. Введення фітозасобу авеолу добре переноситься хворими; будь-яких ускладнень або побічної дії від призначення цього препарату не було. Авеол - це вітчизняний фармацевтичний препарат, який виробляється на Луганській фармацевтичній фабриці; він є в достатній кількості в аптечній мережі України, доступний за ціною й не викликає ніяких побічних ефектів. Умовний економічний ефект від заявленого способу складає біля 195грн на 1 хворого. Таким чином, заявлений спосіб корисний та може бути рекомендований для застосування в клінічній практиці.

Приводимо конкретні клінічні приклади використання заявленого способу.

#### Приклад 1.

Хворий Ц. 50 років, інженер, страждає на СПС протягом останніх 6 років, неодноразово лікувався амбулаторно й в стаціонарі, переважно в лікарня-невропатолога. П'ять років тому в зв'язку зі скаргами на відчуття першіння й біль у горлі, часті ангіни, обстежений лікарем-отоларингологом. Встановлений діагноз ХТ, лікувався консервативно.

При огляді скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль дифузного характеру, порушення сну, зниження апетиту, підвищену стомленість і дратівливість, запаморочення, суттєве зменшення працездатності, зниження загального

емоційного тону, наявність значної емоційної лабільності, біль і відчуття першіння в горлі. З анамнезу було відомо, що у хворого відмічалось суттєве збільшення частоти виникнення повторних ГРВІ та ангін, спостерігалися випадки рецидивую-чого лабіального герпесу. При огляді встановлено: хворий блідий, відмічається наявність гіпертрофії й розпушеності піднебінних мигдаликів, казеозних пробок у лакунах, збільшення й чутливості при пальпації підщелепних лімфатичних вузлів, спая-ності піднебінних мигдаликів з піднебінними дуж-ками, збільшення й чутливість задньошийних лім-фатичних вузлів.

Виходячи з даних анамнезу й клінічної картини захворювання, встановлений діагноз СПС II стадії (субкомпенсованої) на тлі хронічного тонзиліту у фазі нестійкої ремісії.

Хворому було призначене лікування згідно з заявленим способом, а саме амезон усередину по 0,25г 3 рази на добу після вживанні їжі протягом 10 днів поспіль та додатково авеол всередину по 15 крапель 2 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4 тижнів поспіль.

Під впливом лікування стосовно заявленого способу загальний стан хворого та його самопо-чуття суттєво покращилися. Тривалість збережен-ня казеозних пробок у лакунах піднебінних мигда-ликів і головного болю склала 4 доби, загальної слабості, нездужання, субфебрилітету й зниженої працездатності - 5 діб, підвищеної стомленості, болю в горлі, збільшення й чутливості регіонарних лімфатичних вузлів - 6 діб, підвищеної емоційної лабільності - 14 діб.

Отже, була досягнута повна клінічна ремісія як СПС, так і ХТ. Самопочуття й загальний стан хво-рого після завершення лікування були задовіль-ними. Таким чином, була досягнута стійка клінічна ремісія захворювання. Диспансерний нагляд про-тягом 1 року дозволив встановити відсутність за-гострень хронічного тонзиліту й подальшого про-гресування СПС за цей період.

При проведенні імунологічного обстеження встановлено, що до початку лікування у хворого Ц. були виявлені суттєві зсуви з боку імунних показ-ників, а саме наявність Т-лімфопенії (CD3<sup>+</sup> - 51%), зниження числа Т-хелперів (CD4<sup>+</sup> - 32%) та імуно-регуляторного індексу CD4/CD8 (1,45). При повто-рному імунологічному обстеженні після завершен-ня курсу лікування згідно до заявленого способу, відмічено підвищення кількості загальної популяції Т-лімфоцитів до норми (CD3<sup>+</sup> - 69%), нормалізація

числа Т-хелперів ( $CD4^+$  - 45%) та імунорегуляторного індексу  $CD4/CD8$  (2,01). Вивчення імунограми в динаміці дозволило встановити, що в цілому нормалізація імунних показників досягнута вже на 9 добу з початку проведення лікування. Отже, поряд з прискоренням досягнення повноцінної й стійкої клінічної ремісії протягом 1 року (період диспансерного обстеження), у хворого Ц. відмічається нормалізація імунологічних показників, тобто відновлення імунологічного гомеостазу.

#### Приклад 2.

Хвора Б. 49 років, технолог, страждає на СПС протягом останніх 9 років, неодноразово лікувалася амбулаторно й в стаціонарі, переважно в лікаря-невропатолога. 8 років тому в зв'язку зі скаргами на біль у горлі й повторні ангіни обстежена лікарем-отоларингологом. Був встановлений діагноз ХТ, лікувалася консервативно.

При огляді скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль дифузного характеру, порушення сну, зниження апетиту, підвищену стомленість і дратівливість, запаморочення, суттєве зменшення працездатності, зниження загального емоційного тону, наявність значної емоційної лабільності, біль у горлі. З анамнезу було відомо, що хвора часто хворіє на ГРВІ та ангіни, у неї неодноразово були випадки рецидивуючого лабіального герпесу.

При огляді встановлено: хвора бліда, відмічається наявність гіпертрофії й розпученості піднебінних мигдаликів, казеозних пробок у лакунах, збільшення й чутливості при пальпації підщелепних лімфатичних вузлів, спаяності піднебінних мигдаликів з піднебінними дужками, збільшення й чутливості задніх шийних лімфатичних вузлів.

Виходячи з даних анамнезу й клінічної картини захворювання, встановлений діагноз СПС (II стадії) на тлі хронічного тонзиліту у фазі нестійкої ремісії.

Хворій було призначене лікування згідно до заявленого способу, а саме введення амізону усе-редину по 0,25г 4 рази на добу після вживання їжі протягом 15 днів поспіль та додатково авеол все-редину по 20 крапель 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 6 тижнів поспіль.

Під впливом заявленого способу загальний стан хворої та її самопочуття суттєво покращилися. Тривалість збереження загальної слабості, казеозних пробок у лакунах піднебінних мигдаликів і головного болю склала 5 днів, нездужання, підвищеної стомленості, субфебрилітету й зниженої працездатності - 6 днів, болю в горлі, збільшення й чутливості регіонарних лімфатичних вузлів - 7 днів, підвищеної емоційної лабільності - 16 днів з початку проведення лікування.

Отже, до початку 17 дня проведення лікування була досягнута повна клінічна ремісія як СПС, так і ХТ. Самопочуття й загальний стан хворої були задовільними, скарги на стан здоров'я - відсутні. Таким чином, була досягнута стійка клінічна ремісія захворювання. Диспансерний нагляд протягом 1 року дозволив встановити відсутність загострень ХТ і подальшого прогресування СПС.

Проведення імунологічного обстеження дозволило встановити, що до початку проведення лікування у хворої були виявлені суттєві зсуви з боку стану імунітету, а саме Т-лімфопенія ( $CD3^+$  - 49%), зниження числа Т-хелперів ( $CD4^+$  - 30%) і значне зменшення імунорегуляторного індексу  $CD4/CD8$  (1,38). Після завершення курсу лікування згідно до заявленого способу, відмічена нормалізація кількості Т-лімфоцитів ( $CD3^+$  - 68%), Т-хелперів ( $CD4^+$  - 44%) хелперно-супресорного коефіцієнту  $CD4/CD8$  (1,97). У цілому нормалізація імунограми досягнута на 10 день з початку проведення лікування. Отже, поряд з прискоренням досягнення повноцінної й стійкої клінічної ремісії, у хворої Б. відмічається нормалізація імунологічних показників, що підтверджено клінічним імунологом.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-найближчого аналога, оскільки він характеризується досягненням стійкої й тривалої клінічної ремісії й водночас нормалізацією імунологічних показників. Спосіб корисний, оскільки він сприяє прискоренню одужання хворих, добре переноситься, не викликає небажаних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій. Тому заявлений спосіб може бути рекомендований для широкого використання в клінічній практиці.