



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57364

(13) A

(51) 7 A61K35/78

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНОЮ ТОНЗИЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

1

2

(21) 2002097285

(22) 09 09 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Соцька Яна
Анатоліївна, Напрасніков Сергій Миколайович,
Коротін Юрій Леонідович(73) Фролов Валерій Митрофанович, Соцька Яна
Анатоліївна, Напрасніков Сергій Миколайович,
Коротін Юрій Леонідович(57) 1 Спосіб медичної реабілітації хворих на
хронічний бронхіт, сполучений з хронічною тонзи-лярною патологією, що включає введення ком-
плексу антиоксидантів, бронхолітиків, тимогену та
лікувальну фізкультуру, який відрізняється тим,
що хворим додатково вводять вітчизняний
імуноактивний препарат рослинного походження
протефлазид2 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що про-
тефлазид вводять усередину за схемою перший
тиждень реабілітації по 5 крапель 3 рази на добу,
другий тиждень по 8 крапель 3 рази на добу,
третій та четвертий тижні - по 5 крапель 3 рази на
добу

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до пульмонології. Актуальність проблеми винаходу пов'язана з високою частотою зустрічності хронічного бронхіту (ХБ) в сучасних умовах, який нерідко сполучається з хронічною тонзиллярною патологією, що сприяє формуванню вторинних імунодефіцитних станів та погіршує результати лікування і медичної реабілітації хворих на таку патологію. Тому потребують удосконалення існуючі способи медичної реабілітації хворих на ХБ, який сполучається з хронічною патологією.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією шляхом введення антиоксидантів (вітаміни С, Е та А) та бронхолітиків поряд з лікувальною фізкультурою (Фещенко Ю. І. Хронічні обструктивні захворювання легень // Український пульмонологічний журнал - 1997 - №1 (15) - С 5-9). Однак цей спосіб не забезпечує нормалізацію імунологічних показників у хворих, оскільки в них зберігається імунодефіцит, існує загроза розвитку загострень патологічного процесу, тобто виникнення рецидивів та загострень ХБ.

Тому пропонується додатково до комплексу антиоксидантів, бронхолітиків та лікувальної фізкультури для медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією, вводити імуноактивний препарат тимоген, що сприяє нормалізації імунологічних показників та зменшує ймовірність розвитку рецидивів та загострень ХБ (Заболотный Д. И., Мельников О. Ф. Теоретические аспекты патогенеза и терапии хрониче-

ческого тонзиллита - Киев: Здоров'я, 1999 - 122с).

До недоліків прототипу відноситься те, що при його використанні не забезпечується інгібіція вірусів, тоді як за сучасними даними (див., наприклад, Фролов А. Ф. Персистенция вирусов - Киев, 1995 - 234с).

Задачею винаходу було підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною патологією шляхом додаткового введення нового вітчизняного препарату рослинного походження протефлазиду, зниження частоти загострень ХБ після проведення курсу реабілітації.

Протефлазид - новий український препарат, який зареєстрований в Україні як системний протівірусний засіб (реєстр посвідч. №Р 02 01/0277 від 14 02 2001р.), що володіє також імуномодельюючою, адаптогенною активністю, підвищує резистентність організму до негативних факторів довкілля.

Пропозиція щодо включення протефлазиду до комплексу засобів медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією, базується на вперше встановленій авторами винаходу закономірності, що полягає у взаємному потенціюванні дії тимогену та протефлазиду відносно впливу на загальний і місцевий імунітет у хворих на ХБ, а також на природну антинфекційну резистентність, що в клінічному плані сприяє суттєвому зменшенню частоти виникнення загострень та рецидивів ХБ. Крім того, протефлазид володіє протівірусною активністю, що робить його викори-

(13) A

(11) 57364

(19) UA

стання патогенетично обґрунтованим, оскільки загострення як ХБ, так і хронічної тонзиллярної патології в етіологічному плані нерідко викликаються змішаною вірусно-бактеріальною інфекцією.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Хворому на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією, після завершення лікування чергового загострення, в фазі нестійкої ремісії патологічного процесу, призначають комплекс антиоксидантів (токоферолу ацетат або аевт, аскорбінову кислоту або аскорутин), бронхолітики у середньотерапевтичних дозах, лікувальну фізкультуру, тимоген по 100мкг внутрішньо-м'язово 1 раз на добу, на курс 5-10 ін'єкцій та додатково протефлазид усередину за схемою: перший тиждень реабілітації по 5 крапель 3 рази на добу, другий тиждень - по 8 крапель 3 рази на добу, третій та четвертий тижні - по 5 крапель 3 рази на добу. Вказана схема використання протефлазиду розроблена нами виходячи з патогенетичного ефекту протефлазиду, а саме впливу препарату на імунні показники, стан природної антиінфекційної резистентності, а також підібраний досвідним шляхом виходячи з взаємного потенціювання дії протефлазиду і тимогену. Протефлазид при ХБ нами використовується вперше, та розроблена схема його вживання при медичній реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією, також використовується вперше, виходячи з наших особистих результатів дослідження.

При розробці запропонованого способу нами було обстежено дві групи хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією. Усі обстежені хворі були в періоді нестійкої клінічної ремісії ХБ, а також хронічного тонзиліту. Вік хворих був від 28 до 60 років, переважно особи віком 30 - 45 років. У першій (основній) групі було 56 осіб (35 чоловіків та 21 жінка), у другій (групі співставлення) - 60 осіб (37 чоловіків і 23 жінки). Усі обстежені постійно мешкали в умовах екологічно несприятливого регіону Донбасу зі значним забрудненням довкілля ксенобіотиками, що робило негативний вплив на стан імунної та бронхолегеневої систем. Обидві групи обстежених були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання, частотою розвитку рецидивів та загострень патологічного

процесу в бронхолегеневій системі. Хворі основної групи одержували курс медичної реабілітації згідно до запропонованого способу, хворі групи співставлення - згідно до існуючого способу-прототипу.

Проводилося диспансерне обстеження протягом 1 року після завершення курсу медичної реабілітації, при цьому вивчали загальний стан здоров'я хворих, частоту загострень ХБ та деякі імунологічні показники в динаміці - до початку проведення курсу медичної реабілітації, після його завершення, а також через 3 та 6 місяців після завершення медичної реабілітації.

При проведенні обстеження хворих, що були під наглядом, було встановлено, що використання запропонованого способу має суттєві переваги відносно існуючого способу-прототипу в плані прискорення досягнення стійкої та тривалої клінічної ремісії ХБ (таблиця 1). Дійсно, при використанні запропонованого способу тривалість збереження загальної слабкості скорочується на $8,6 \pm 0,2$ доби (в 2,3 рази), нездужання на $8,3 \pm 0,3$ доби (в 2,3 рази), зниження апетиту - на $7,8 \pm 0,25$ доби (в 2,3 рази), зниження працездатності - на $8,7 \pm 0,3$ доби (в 2,3 рази), субфебрилітету - на $7,5 \pm 0,25$ доби (в 2,25 рази), підвищеної стомлюваності - на $9,2 \pm 0,3$ доби (в 2,5 рази), кашлю на $11,6 \pm 0,4$ доби (в 1,9 рази). Таким чином, використання запропонованого способу медичної реабілітації сприяє більш швидкій ліквідації клінічних симптомів захворювання у хворих на ХБ, що сполучається з хронічною тонзиллярною патологією (таблиця 1).

При використанні запропонованого способу медичної реабілітації ліквідація або суттєве зниження кількості хрипів у легенях відмічається на $12,2 \pm 0,5$ дні (в 2 рази швидше, ніж при використанні способу-прототипу), зникнення виділення харкотиння - на $11,3 \pm 0,5$ дні (в 1,9 рази) швидше, нормалізація загального аналізу крові (кількість лейкоцитів, формула крові, показник ШОЕ) - в середньому на $9,4 \pm 0,5$ доби раніше (в 1,6 разів). У цілому досягнення стійкої клінічної ремісії в першій групі хворих, яка лікувалася за допомогою запропонованого способу, відмічалася на $9,5 \pm 0,5$ доби раніше, тобто в 1,6 разів швидше, ніж у групі співставлення ($P < 0,01$).

Таблиця 1

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на клінічні показники у хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією ($M \pm m$)

Клінічні показники	Запропонований спосіб (n=56)	Існуючий спосіб (n=60)	P
1	2	3	4
Тривалість збереження (дб)			
- загальної слабкості	$6,6 \pm 0,25$	$15,2 \pm 0,3$	$<0,01$
- нездужання	$6,5 \pm 0,3$	$14,8 \pm 0,35$	$<0,01$
- зниження апетиту	$8,5 \pm 0,25$	$13,6 \pm 0,3$	$<0,01$
- зниження працездатності	$6,6 \pm 0,3$	$15,3 \pm 0,4$	$<0,01$
- субфебрилітету	$6,0 \pm 0,3$	$13,5 \pm 0,3$	$<0,01$
- підвищеної стомлюваності	$6,1 \pm 0,35$	$15,3 \pm 0,4$	$<0,01$
- кашлю	$12,8 \pm 0,4$	$24,4 \pm 0,7$	$<0,01$
Термін (дб)			
- ліквідації або суттєвого зниження кількості хрипів у легенях	$12,1 \pm 0,5$	$24,3 \pm 0,8$	$<0,01$
- зникнення виділення харкотиння	$12,0 \pm 0,6$	$23,3 \pm 0,9$	$<0,01$
- нормалізація загального аналізу крові	$15,1 \pm 0,6$	$24,5 \pm 0,8$	$<0,01$
- досягнення стійкої клінічної ремісії ХБ	$15,5 \pm 0,6$	$25,0 \pm 0,9$	$<0,01$

1	2	3	4
Частота загострень ХБ протягом 1 року диспансерного нагляду (абс %)	$\frac{2}{3,6 \pm 0,5}$	$\frac{6}{10 \pm 2,5}$	<0,05

При проведенні диспансерного обстеження було встановлено, що в першій групі частота загострень ХБ протягом річного строку нагляду склала $3,6 \pm 0,5\%$, у групі співставлення - $10 \pm 2,5\%$, тобто в 2,8 рази менше ($P < 0,05$). Отже, використання запропонованого способу медичної реабілітації дозволяє прискорити досягнення повноцінної ремісії та зменшити кількість загострень ХБ, що підтверджується даними диспансерного обстеження хворих, що були під наглядом.

Нами також було вивчено вплив запропонованого способу медичної реабілітації на динаміку імунологічних показників. При цьому було встановлено, що до початку проведення реабілітації в обох групах обстежених були однотипові зсуви з боку імунологічних показників, які характеризувалися Т-лімфопенією дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів зі зниженням кількості Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу Th/Ts (CD4/CD8), підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних, тобто фракції з коефіцієнтом седиментації (11S-19S), як видно з таблиці 2. Після проведення курсу медичної реабілітації в основній групі, в якій реабілітація проводилася виходячи із запропонованого способу, відмічалася чітка позитивна динаміка

імунологічних показників, а саме нормалізація загальної кількості Т-клітин (CD3+), рівня Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження концентрації ЦІК до верхньої межі норми, а також нормалізація вмісту фракції середньомолекулярних (11S-19S) імунних комплексів (таблиця 2). Таким чином, у хворих основної групи ліквідувалися прояви вторинного імунодефіциту.

У групі співставлення відмічалася позитивна динаміка імунологічних показників, але ж суттєво менш виражена, тому більшість вивчених імунологічних показників у цій групі (CD3+, CD4+, коефіцієнт CD4/CD8, рівень ЦІК, вміст фракції середньомолекулярних імунних комплексів) суттєво відрізнялися як від норми, так і від відповідних показників в основній групі (таблиця 2).

Проведення імунологічного обстеження в період диспансерного нагляду дозволило встановити, що через 3 місяці після завершення курсу медичної реабілітації в основній групі нормальні імунологічні показники були у 52 (92,2%) осіб, у групі співставлення - тільки у 26 (43,3%), тобто в 2,1 рази менше, через 6 місяців нормальні імунологічні показники в основній виявлені у 50 (8,3%) осіб, у групі співставлення - у 25 (41,7%), тобто також у 2,1 рази менше ($P < 0,05$).

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на імунологічні показники у хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією ($M \pm m$)

Імунологічні показники	Норма	Запропонований спосіб (n=56)	Існуючий спосіб (n=60)	P
CD3+ %	$69,5 \pm 2,2$	$\frac{52,3 \pm 1,8}{68,6 \pm 1,9}$	$\frac{52,8 \pm 2,0}{59,9 \pm 1,8}$	$>0,1$ $<0,05$
CD4+ %	$45,5 \pm 1,4$	$\frac{29,1 \pm 1,5}{45,2 \pm 1,3}$	$\frac{30,2 \pm 1,3}{34,4 \pm 1,2}$	$>0,1$ $<0,05$
CD8+ %	$22,6 \pm 0,8$	$\frac{22,4 \pm 0,9}{22,7 \pm 0,7}$	$\frac{22,5 \pm 0,8}{23,0 \pm 0,6}$	$>0,1$ $>0,1$
CD4/CD8	$2,0 \pm 0,05$	$\frac{1,3 \pm 0,05}{2,0 \pm 0,05}$	$\frac{1,34 \pm 0,05}{1,5 \pm 0,03}$	$>0,1$ $<0,05$
ЦІК, г/л	$1,88 \pm 0,03$	$\frac{3,08 \pm 0,12}{1,96 \pm 0,05}$	$\frac{3,05 \pm 0,11}{2,48 \pm 0,09}$	$>0,1$ $<0,05$
Фракція (11S-19S), %	$33,3 \pm 1,4$	$\frac{44,2 \pm 1,2}{33,8 \pm 1,1}$	$\frac{43,8 \pm 1,3}{40,5 \pm 1,2}$	$>0,1$ $<0,05$
г/л	$0,62 \pm 0,03$	$\frac{1,36 \pm 0,04}{0,66 \pm 0,02}$	$\frac{1,34 \pm 0,04}{1,0 \pm 0,03}$	$>0,1$ $<0,05$

Примітка: в чисельнику - показник до початку проведення медичної реабілітації, в знаменнику - після її завершення (на 30-ту добу).

Отже, встановлено, що використання запропонованого способу медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений із хронічною тонзиллярною патологією, є корисним для медичної практики та

має суттєві переваги щодо існуючого способу-прототипу. Ці переваги характеризуються поперед всього прискоренням досягнення стійкої та тривалої ремісії захворювання в обстежених хво-

рих, суттєвим зменшенням частоти розвитку загострень ХБ, а також нормалізацією імунологічних показників. Спосіб не потребує дефіцитних або коштовних ліків, він доступний для хворих, не викликає несприятливих побічних ефектів. Умовний економічний ефект запропонованого способу складає біля 156 грн на 1 хворого. Запропонований спосіб не потребує госпіталізації хворого, він може бути здійснений в амбулаторних умовах. Тому він може бути рекомендований для поширеного використання в клінічній практиці.

Приводимо приклади конкретного використання запропонованого способу.

Приклад 1

Хвора Н., 43 років, домогосподарка, хворіє на ХБ протягом останніх 8 років, загострення бронхіту виникають 2-3 рази на рік. Останнє загострення ХБ відмічалось 1 місяць тому, лікувалася в пульмонологічному відділенні міської лікарні. Крім того, протягом 10 років хворіє на хронічний тонзиліт, загострення якого виникають часто одночасно із загостренням ХБ. Хвора виписана після лікування додому у задовільному стані, однак за останній тиждень у неї знову посилюється кашель, з'явилася задишка при фізичному навантаженні, виділяється слизове харкотиння у невеликій кількості. Крім того, скаржиться на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту та працездатності, помірний біль у горлі, наявність субфебриллету, підвищену стомлюваність.

При огляді температура тіла 37,2°C. У легенях з обох боків помірна кількість сухих хрипів, які посилюються при глибокому диханні. Частота дихальних рухів 24 у 1 хвилину. Пульс 86 уд/хв, ритмічний, задовільних якостей. АТ 130/75 мм рт.ст. Серце - тони ритмічні, помірно приглушені. У ротоглотці відмічається помірна гіпертрофія піднебінних мигдаликів, у лакунах - невелика кількість казеозних пробок. Підщелепні до 2-2,5 см у діаметрі, помірно чутливі при пальпації.

Аналіз крові клінічний: Ер - $3,11 \times 10^{12}/л$, Нб - 128 г/л, Л - $8,6 \times 10^9/л$, е - 2, п - 6, с - 66, л - 24, м - 2, ШОЕ - 22 мм/год. Ан. сечі - без патології. Дані імунологічного обстеження: CD3+ - 52%, CD4+ - 29%, CD8+ - 22%, CD4/CD8 - 1,32, ЦІК - 2,96 г/л, у тому числі фракція (11S-19S) - 44% (1,3 г/л).

Встановлений діагноз хронічного бронхіту в фазі нестійкої ремісії, сполученого з хронічним тонзилітом у фазі ремісії.

Хворій був призначений курс медичної реабілітації згідно до запропонованого способу, а саме бронхолітики (еуфілін), антиоксиданти (аевіт, аскорутин) у середньотерапевтичних дозах, лікувальна фізкультура, а саме комплекс дихальних вправ, тимоген по 100 мкг 1 раз на добу, на курс 5 внутрішньом'язових ін'єкцій та додатково протефлазид усередину за схемою перший тиждень реабілітації по 5 крапель 3 рази на добу, другий тиждень по 8 крапель 3 рази на добу, третій та четвертий тижні - по 5 крапель 3 рази на добу.

Під впливом запропонованого курсу медичної реабілітації як самопочуття, так і загальний стан хворої суттєво покращилися, тривалість збереження загальної слабкості, нездужання, зниження апетиту, підвищеної стомлюваності та зниженої працездатності склала 6 дб, кашлю - 12 дб. Суб-

фебрилет зник на шосту добу проведення медичної реабілітації. Повторний огляд у динаміці дозволив встановити, що при кінці другого тижня проведення медичної реабілітації суттєво знизилася кількість сухих хрипів при аускультаті легень, зникло харкотиння. На 15-ту добу проведення медичної реабілітації загальний стан хворої задовільний, самопочуття добре, скарг на стан здоров'я немає. При аускультаті - лише поодинокі сухі хрипи. Кашлю та задишки немає. У лакунах піднебінних мигдаликів пробок немає. Ан. крові загальний: Ер - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, Л - $6,2 \times 10^9/л$, е - 1, п - 4, с - 56, л - 35, м - 4, ШОЕ - 10 мм/год. Ан. сечі без патології. Дані імунологічного обстеження: CD3+ - 69%, CD4+ - 45%, CD8+ - 22%, CD4/CD8 - 2,05, ЦІК - 1,92 г/л, у тому числі середньомолекулярна фракція (11S-19S) імуних комплексів - 33% (0,63 г/л). Диспансерний нагляд протягом одного року дозволив встановити тривалість та повноцінність досягнутої ремісії, загострень ХБ не було, загальний стан та самопочуття хворої добрі, скарг на стан здоров'я немає. Імунологічні показники при вивченні через 3 та 6 місяців після завершення курсу медичної реабілітації зберігалися в межах норми.

Приклад 2

Хвора А., 44 років, робітниця, хворіє на ХБ та хронічний тонзиліт протягом останніх 8 років, загострення бронхіту виникають поряд із загостренням тонзиліту, 3-4 рази на рік. Неодноразово лікувалася в стаціонарі і амбулаторно. Останнє загострення було 2 місяці тому, лікувалася в пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні, виписана додому у задовільному стані. Однак після виписки через 2-3 тижні самопочуття хворої декілька погіршилося. З'явилися загальна слабкість, нездужання, відмічала задишку при фізичному навантаженні, кашель з наявністю слизового харкотиння, зниження працездатності, зниження апетиту, підвищену стомлюваність. При огляді температура тіла 37,4°C (субфебрилет буває увечері), відмічається помірний ціаноз губ, наявність сухих хрипів у підлопаткових ділянках з обох боків. Піднебінні мигдалики помірно гіпертрофовані, у лакунах казеозні пробки. Відмічаються збільшені та помірно болючі підщелепні лімфатичні вузли при пальпації.

Дані лабораторного обстеження ан. крові загальний: Ер - $3,12 \times 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, Л - $8,9 \times 10^9/л$, е - 1, п - 6, с - 63, л - 26, м - 4, ШОЕ - 24 мм/год. Ан. сечі - без патології. Імунограма: CD3+ - 51%, CD4+ - 28%, CD8+ - 22%, CD4/CD8 - 1,27, ЦІК - 3,12 г/л, у тому числі фракція (11S-19S) - 45,5% тобто 1,42 г/л. Встановлений діагноз хронічного бронхіту в фазі нестійкої ремісії, сполученого з хронічним тонзилітом.

У зв'язку з наявністю нестійкої ремісії ХБ було призначено курс медичної реабілітації згідно до запропонованого способу, що включає бронхолітики (еуфілін), антиоксиданти (аевіт, аскорутин) у середньотерапевтичних дозах, лікувальну фізкультуру, тобто комплекс дихальних вправ, тимоген по 100 мкг на 1 раз на добу, на курс 10 внутрішньом'язових ін'єкцій та додатково протефлазид усередину за схемою перший тиждень реабілітації по 5 крапель 3 рази на добу, другий

тиждень по 8 крапель 3 рази на добу, третій та четвертий тижні - по 5 крапель 3 рази на добу

Під впливом запропонованого курсу медичної реабілітації загальний стан хворої та її самопочуття суттєво покращилися, при цьому тривалість збереження загальної слабкості, нездужання, зниження апетиту склала 6 діб, підвищеної стомлюваності та зниженої працездатності - біля 7 діб, субфебрилітету - 6 діб, кашлю з харкотинням - 12 діб. При повторному огляді встановлено, що протягом двох тижнів медичної реабілітації суттєво знизилася кількість сухих хрипів при аускультатції легень, у хворої зникло виділення харкотиння. На 15-ту добу з початку проведення медичної реабілітації загальний стан хворої був задовільним, самопочуття - добрим, скарг на стан здоров'я вона не пред'являла. При аускультатції в легенях відчувалися лише поодинокі сухі хрипи. Кашлю та задишки вже не було, в лакунах піднебінних мигдаликів пробок немає.

Дані лабораторного обстеження ан крові загальний: Ер - $3,22 \times 10^{12}/л$, Нb - 136г/л, Л - $6,2 \times 10^9/л$, е - 1, п - 4, с - 65, л - 26, м - 3, ШОЕ - 11мм/год. Ан сечі без патології. Імунограма після

завершення курсу медичної реабілітації - CD3+ - 68%, CD4+ - 46%, CD8+ - 22%, коефіцієнт CD4/CD8 - 2,09, ЦІК - 1,99г/л, у тому числі середньомолекулярна фракція (11S-19S) - 33%, тобто 0,66г/л.

Диспансерний нагляд протягом одного року після завершення медичної реабілітації дозволив встановити повноцінність та тривалість досягнутої ремісії. Загострень ХБ та хронічної тонзиллярної патології не було, загальний стан та самопочуття хворої добрі, скарг на стан здоров'я не було. Імунологічні показники при вивченні через 3 та 6 місяців після завершення курсу медичної реабілітації зберігалися в межах норми.

Отже, використання запропонованого способу сприяє досягненню задачі винаходу, а саме - підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих на ХБ, сполучений з хронічною тонзиллярною патологією та зниженню частоти загострень ХБ після завершення курсу медичної реабілітації. Тому запропонований спосіб рекомендується для поширеного використання в умовах клінічної практики.