



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64823** (13) **U**
(51) МПК
A61K 35/64 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

1

2

(21) u201103239

(22) 21.03.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ТО-
РОПЧИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИ-
КОЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ

(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ТО-
РОПЧИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИ-
КОЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на син-
дром хронічної втоми, що включає введення ком-

бінації фітозасобів, який **відрізняється** тим, що
додатково вводять 10 % спиртовий екстракт під-
мору бджіл.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що 10 %
спиртовий екстракт підмору бджіл вводять усере-
дину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 20-25
хвилин до вживання їжі протягом 40-60 діб пос-
піль.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що
при необхідності введення 10 % спиртового екст-
ракту підмору бджіл повторюють 2-3 рази на рік, у
залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до медичної реабілітації хворих з клінічними
синдромами, пов'язаними з порушеннями з боку
системи імунітету й функціональними розладами з
боку центральної нервової системи.

Актуальність предмету корисної моделі пов'я-
зана зі значною розповсюдженістю в сучасних
умовах серед населення синдрому хронічної вто-
ми (СХВ) і недостатньою ефективністю існуючих
способів лікування даної патології. Фітотерапія в
теперішній час - досить ефективний та перспек-
тивний напрямок лікування хворих на хронічну пато-
логію, у тому числі на хронічні захворювання, які
супроводжуються порушеннями з боку імунної си-
стеми. Тому розробка раціонального способу ліку-
вання хворих на СХВ може вважатися доцільною й
перспективною для клінічної практики.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на
СХВ шляхом введення в організм пацієнтів препа-
ратів женьшеню (*Panax ginseng* С.А. Меу) у вигля-
ді настоянки (*Tinctura ginsengi*) усередину по 15-25
крапель 3 рази на день до вживання їжі протягом
тривалого часу (Фролов В.М., Дранник Г.Н. Адап-
тогены растительного происхождения в лечении
синдрома хронической усталости // Актуальные
проблемы экспериментальной и клинической ме-
дицины. - Харьков, 1993. - С. 23-26).

Однак при тривалому вживанні женьшеню й
передозуванні цього препарату з'являються побіч-

ні явища, а саме безсоння, головний біль, серце-
биття, біль у ділянці серця, депресія, а також зни-
ження статевих активностей. У подальшому може
виникати також синдром абстиненції, який за кліні-
чними даними з'являється в 10-15 % хворих при
тривалому вживанні настоянки або інших препара-
тів женьшеню.

Відомий також спосіб медичної реабілітації
хворих на СХВ, який включає введення таким осо-
бам настоянки ехінацеї пурпурової (*Echinacea*
purpurea L.) усередину по 20-30 крапель 3 рази на
день протягом 30-40 днів і більше (Фролов В.М.,
Дранник Г.Н. Эффективность фитотерапии син-
дрома хронической усталости с применением пре-
паратов эхинацеи пурпурной // Проблемы экологи-
чной генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць.
- Київ-Луганськ, 1998. - С. 126-138).

Але при проведенні лікування за допомогою
препаратів ехінацеї пурпурової в частини хворих
на СХВ, причому з найбільш вираженою клінічною
симптоматикою, не відмічається досить швидкого
досягнення ремісії захворювання й тривалий час
зберігаються порушення імунологічного гомеоста-
зу.

Виходячи з цього, був розроблений спосіб ме-
дичної реабілітації хворих на СХВ, що передбачає
введення настоянки ехінацеї пурпурової й додат-
ково настоянки родіоли рожевої всередину по 15
крапель 3 рази на день за 15-20 хвилин до вжи-

(13) **U**

(11) **64823**

(19) **UA**

вання їжі протягом 30-40 днів поспіль і водночас відвару трави звіробою звичайного (10:200) по 50-60 мл 3 рази на день у теплом вигляді за 30 хвилин до вживання їжі (Деклараційний патент України на винахід № 64277 А. МПК⁷ А61К 35/78, А61К 31/695. - Спосіб фітотерапії синдрому хронічної втоми. - Оpubл. 16.02.2004р. - Бюл. № 2).

До недоліків цього способу належить те, що у частини хворих на СХВ введення вказаних фітопрепаратів не забезпечує повного відновлення як імунологічного, так і метаболічного гомеостазу, крім того, отриманий ефект буває в низці випадків недостатньо тривалим і тому після завершення введення фітопрепаратів знову відмічається суттєве погіршення як імунологічного, так і клінічного стану хворих, тобто формуються загострення й рецидиви СХВ.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на СХВ шляхом введення всередину в оптимальних співвідношеннях спиртової настоянки ехінацеї пурпурової (20-30 крапель 3 рази на день), настоянки родіоли рожевої (15 крапель 3 рази на день за 15-20 хвилин до вживання їжі), відвару трави звіробою звичайного (10:200; по 50-60 мл 3 рази на день за 30 хвилин до їжі в теплом вигляді) і додатково - густого екстракту кореня солодки голої (Extr.Rad.Glycyrrhizae glabrae siccum) усередину по 0,5 г 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 30-40 днів поспіль, залежно від досягнутого ефекту (Патент України на корисну модель № 17883. - МПК (2006) А61К35/78, А61К31/695. - Спосіб фітотерапії синдрому хронічної втоми. - Оpubл. 16.10.2006р. - Бюл. № 10).

Однак і при використанні цього способу в частини хворих на СХВ ще досить тривалий час зберігаються деякі порушення з боку імунологічних і біохімічних показників, що клінічно проявляється не зовсім швидким досягненням ремісії захворювання й збереженням симптомів астеничного регістру.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на СХВ, що включає додаткове введення настоянки глоду (Extr.Crataegus sanguinea L.) усередину по 20-30 крапель 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 35-45 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту (Патент України на корисну модель № 33201. - МПК (2006) А61К36/00, А61К31/695. - Спосіб фітотерапії синдрому хронічної втоми. - Оpubл. 10.06.2008р. - Бюл. №11).

Але в частини хворих на СХВ ще залишаються зсуви окремих імунних і біохімічних показників, що свідчить про незавершеність загострення патологічного процесу, а в клінічному плані - про нестійкий характер досягнутої ремісії.

Виходячи з цього, був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на СХВ, який передбачає додаткове введення фітопрепарату авеолу (настоянки трави вівса посівного) усередину по 15-20 крапель 2-3 рази на добу за 30 хвилин до їди, протягом 4-6 тижнів поспіль, залежно від досягнутого ефекту (Патент України на корисну модель № 53784. - МПК (2009) А61К35/66, А61К31/695. - Спосіб медичної реабілітації хворих на синдром

хронічної втоми. - Оpubл. 25.10.2010р. - Бюл. № 20).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому вибраний як прототип.

До недоліків прототипу належить те, що в деяких хворих на СХВ, зокрема з найбільш вираженою клінічною симптоматикою, ще мають місце зсуви окремих імунних показників і недостатньо тривалі строки ремісії захворювання.

Задачею корисної моделі є удосконалення існуючого способу медичної реабілітації хворих на СХВ, а саме: покращання імунологічного статусу пацієнтів, скорочення терміну терапії й зменшення ймовірності в подальшому загострення патологічного процесу. Указана задача реалізується шляхом додаткового призначення хворим на СХВ 10 % спиртового екстракту підмору бджіл.

Підмор бджіл являє собою тіла (трупик) бджіл. До складу підмору бджіл (у сухому вигляді) входить 50-60 % білків, 10-12 % амінополісахариду хітину, 10-20 % меланіну, 14-16 % фенольних сполук, 15-18 % воску, 2-3 % мінеральних речовин і 8-10 % води. Бджолина отрута, яка входить до підмору термостійка й усі її властивості зберігаються, а вживання бджолиного підмору не призводить до побічних ефектів, які можливі при бджоложalenні, оскільки отрута в тілі бджоли гармонійно поєднується зі своїм природнім антидотом - гепарином. У сировині підмору бджіл знайдено низку біологічно активних сполук, у тому числі гепарин і його похідні, лізоцим, ферменти та інші, що позитивно впливають на функціональний стан організму людини.

Наша пропозиція щодо додаткового введення хворим на СХВ 10 % спиртового екстракту підмору бджіл пов'язана з вперше встановленою дослідним шляхом авторами корисної моделі закономірністю, що призначення 10 % спиртового екстракту підмору бджіл забезпечує відновлення в пацієнтів імунологічного гомеостазу, у тому числі функціональної активності Т-лімфоцитів за даними реакції бласттрансформації лімфоцитів, а в клінічному аспекті - зменшення ймовірності розвитку в подальшому загострень патологічного процесу. Треба підкреслити, що саме автори корисної моделі вперше встановили позитивний ефект 10 % спиртового екстракту підмору бджіл стосовно впливу на імунологічні показники у хворих на СХВ, патогенетично обґрунтували доцільність і перспективність застосування саме цього препарату, який раніше в клінічній практиці при даному захворюванні не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворому з діагнозом СХВ призначають усередину спиртову настоянку ехінацеї пурпурової по 20-30 крапель 3 рази на добу всередину, настоянку родіоли рожевої по 15 крапель 3 рази на день за 15-20 хвилин до вживання їжі, відвару трави звіробою звичайного в теплом вигляді (10:200) по 50-60 мл 3 рази на день за 30 хвилин до вживання їжі, густий екстракт кореня солодки голої по 0,5 г 3-4 рази на день після вживання їжі, настоянку глоду по 20-30 крапель 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 35-45 днів поспіль, авеол (настоянку трави вівса посівного) усередину по 15-20 крапель 2-3

рази на добу за 30 хвилин до їди протягом 4-6 тижнів поспіль, залежно від досягнутого ефекту, і додатково 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл усередину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 20-25 хвилин до вживання їжі протягом 40-60 діб поспіль, а при необхідності введення 10 % спиртового екстракту підмору бджіл повторюють 2-3 рази на рік, у залежності від досягнутого ефекту. Оцінку ефективності заявленого способу медичної реабілітації хворих на СХВ здійснюють за динамікою клінічних та імунологічних показників.

При розробці заявленого способу медичної реабілітації хворих на СХВ було обстежено дві групи пацієнтів з цією патологією. Із них основна група (76 осіб) отримувала лікування згідно з заявленим способом, а група зіставлення (71 особа) - згідно з відомим способом-прототипом. Обидві групи обстежених були рандомізовані за віком, статтю хворих, тяжкістю перебігу СХВ. Крім клінічних обстежень і загальноприйнятих лабораторних досліджень в обох групах хворих додатково вивчали рівень у крові так званих "середніх молекул"

(СМ) за методом В. В. Ніколайчика й співавт. (1991), загальну концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) за допомогою метода преципітації в розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) за методом Digeon e.a. в модифікації В.М. Фролова й співавт. (1990), а також вміст у сироватці крові найбільш токсигенної середньомолекулярної фракції імунних комплексів (11S-19S) у складі ЦІК.

До початку проведення медичної реабілітації клінічна картина хвороби в обстежених обох груп була однотиповою. Хворі скаржилися на загальну слабкість, нездужання, помірний головний біль, суттєве зниження апетиту й працездатності, ломоту в усьому тілі, почуття значної втомленості.

При проведенні клінічних обстежень і лабораторних досліджень було встановлено, що в основній групі хворих, які страждають на СХВ, при здійсненні медичної реабілітації згідно заявленого способу має місце, перш за все, прискорення нормалізації клінічних показників і досягнення стійкої повноцінної ремісії цього захворювання відносно пацієнтів групи зіставлення (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на СХВ на їх клінічні показники і ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи хворих	на СХВ	P
	основна (n=76)	зіставлення (n=71)	
Тривалість збереження (діб):			
- субфебрилітету	5,1±0,2	8,4±0,3	<0,05
- загальної слабості	7,2±0,4	10,4±0,6	<0,05
- нездужання	9,5±0,5	12,9±0,7	<0,01
- головного болю	5,6±0,3	8,9±0,5	<0,05
- запаморочення	5,0±0,2	8,1±0,4	<0,05
- лімфаденопатії	8,8±0,5	12,0±0,7	<0,05
- ломоти в усьому тілі	5,3±0,3	8,3±0,4	<0,05
- підвищеної дратівливості	7,4±0,4	10,9±0,6	<0,01
Середня тривалість досягнутої ремісії СХВ (місяців)	11,7±0,6	9,4±0,4	<0,05

Примітка: стовпчик P - вірогідність розбіжностей між показниками в основній групі й групі зіставлення.

З табл. 1 видно, що у хворих на СХВ основної групи тривалість збереження субфебрилітету була на 3,3±0,2 дня (в 1,6 рази) меншою, ніж у групі зіставлення; загальної слабості - на 3,2±0,2 дня (в 1,4 рази), нездужання - на 3,4±0,3 дня (в 1,4 рази), головного болю - на 3,3±0,2 дня (в 1,6 рази), запаморочення - на 3,1±0,1 дня (в 1,6 рази), лімфаденопатії - на 3,2±0,2 дня (в 1,4 рази), ломоти в усьому тілі - на 3,0±0,1 дня (в 1,6 рази) і підвищеної дратівливості - на 3,5±0,4 дня (в 1,5 рази). Клінічний моніторинг у динаміці дозволив встановити, що тривалість досягнутої ремісії у хворих основної групи склала в середньому 11,7±0,5 міс., а в групі зіставлення - 9,4±0,3 міс., тобто була в 1,2 рази більша, ніж у пацієнтів основної групи ($P < 0,05-0,01$).

Отже, отримані дані свідчать, що при застосуванні заявленого способу медичної реабілітації хворих на СХВ відмічається реалізація задачі корисної моделі, а саме удосконалення відомого способу-прототипу. Підвищення ефективності ме-

дичної реабілітації хворих на СХВ при використанні заявленого способу проявляється у вигляді скорочення терміну лікування пацієнтів і прискорення досягнення повноцінної клінічної ремісії захворювання.

При розробці корисної моделі було також вивчено вплив заявленого способу медичної реабілітації на деякі лабораторні показники в обстежених хворих на СХВ. При цьому встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах лабораторні показники характеризувалися помірним підвищенням загальної кількості лейкоцитів, нейтрофілів, у тому числі паличкоядерних, підвищенням швидкості осадження еритроцитів. З боку імунологічних показників закономірно відмічалася Т-лімфопенія, зниження кількості Т-хелперів ($CD4^+$) та імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$, що свідчило про наявність відносного супресорного варіанту вторинного імунodefіциту. Виявлено підвищення рівня СМ і концентрації ЦІК у сироватці крові, переважно за рахунок збільшення питомої

ваги найбільш патогенної (токсигенної) середньомолекулярної фракції імунних комплексів (11S-19S). Таким чином, до початку медичної реабілітації у обстежених хворих на СХВ виявлено наявність так званого синдрому "метаболічної" інтоксикації.

При повторному вивченні лабораторних показників після завершення медичної реабілітації бу-

ло встановлено, що в основній групі хворих на СХВ, яка отримувала медичної реабілітації згідно з заявленим способом, відмічено суттєве зниження загального рівня ЦІК, чітко виражена тенденція до нормалізації молекулярного складу імунних комплексів, у тому числі зниження концентрації їхньої найбільш патогенної середньомолекулярної фракції (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на СХВ на деякі їх лабораторні показники ($M \pm m$)

Лабораторні показники	Норма	Групи хворих на СХВ		Р
		основна (n=76)	зіставлення (n=71)	
СМ, г/л	0,52±0,02	$\frac{2,59 \pm 0,07^{***}}{0,56 \pm 0,02}$	$\frac{2,63 \pm 0,08^{***}}{0,74 \pm 0,03^{**}}$	>0,05 <0,01
ЦІК, г/л	1,88±0,03	$\frac{3,30 \pm 0,06^{***}}{1,93 \pm 0,04}$	$\frac{3,26 \pm 0,07^{***}}{2,16 \pm 0,05^{**}}$	>0,05 <0,05
(11S-19S) %	34,5±1,8	$\frac{65,1 \pm 2,0^{***}}{37,4 \pm 1,3}$	$\frac{64,8 \pm 1,9^{***}}{45,7 \pm 1,4^{**}}$	>0,05 <0,05

Примітка: у чисельнику - значення показників до початку медичної реабілітації, у знаменнику - на 30-40-у добу від початку проведення медичної реабілітації; і вірогідність різниці стосовно норми: ** - при $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$

Таким чином встановлено, що під впливом медичної реабілітації концентрація СМ у сироватці крові в основній групі знижалася в середньому в 4,6 рази, у той час як у групі зіставлення тільки в 3,6 рази ($P < 0,01$). Загальний рівень ЦІК у хворих основної групи за цей же термін знижувався в 1,7 рази, а групи зіставлення - в 1,5 рази ($P < 0,05$). При цьому вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів (11S-19S) у хворих основної групи знижувався в 1,7 рази, а групи зіставлення - в 1,4 рази ($P < 0,05$).

Отже, під впливом заявленого способу медичної реабілітації хворих на СХВ відмічається чітко виражена позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме, зниження рівня СМ і вмісту ЦІК у сироватці крові, зменшення концентрації найбільш патогенних середньомолекулярних імунних комплексів (11S-19S). У той же час у групі зіставлення позитивна динаміка лабораторних показників була менш виражена, тому в цій групі хворих на СХВ ще зберігалися зсуви вивчених імунних показників, що свідчило про незавершеність загострення патологічного процесу, а в клінічному плані - про нестійкий характер досягнутої ремісії.

Таким чином, отримані дані свідчать, що заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на СХВ ефективний та має суттєві переваги щодо відомого способу-прототипу. Це сприяє підвищенню працездатності хворих на СХВ та якості їхнього життя. Введення запропонованих препаратів добре переноситься хворими; будь-яких ускладнень або побічної дії від їх призначення не було. Таким чином, заявлений спосіб корисний та може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хворий О., 55 років, економіст, хворіє на СХВ протягом останніх 4 років, неодноразово лікувався в умовах психоневрологічного стаціонару й амбулаторно. Пред'являє скарги на загальну слабкість, нездужання, ломоту в усьому тілі, субфебрилітет ($37,1-37,3^{\circ}\text{C}$), головний біль, запаморочення, збільшення й помірну чутливість шийних лімфатичних вузлів, підвищену дратівливість, зниження апетиту. При огляді й клінічному обстеженні встановлена блідість шкіри, стійкий червоний дермографізм, помірна тахікардія, дихальна аритмія, гіпотонія, обкладеність язика брудним білим нальотом, помірне збільшення печінки (+2-3 см) і селезінки (+0,5-1 см). Проведення лабораторного обстеження дозволило встановити збільшення у хворого О. рівня СМ (2,43 г/л), концентрації ЦІК у сироватці крові (3,18 г/л) і вмісту в їхньому складі фракції середньомолекулярних імунних комплексів (64,2 %, або 1,89 г/л).

У зв'язку з наявністю СХВ хворому О. було призначено проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом, а саме була призначена настоянка ехінацеї пурпурової по 20 крапель 3 рази на добу всередину, настоянка родіоли рожевої по 15 крапель 3 рази на день усередину за 15 хвилин до вживання їжі, відвар трави звіробою звичайного всередину в теплом вигляді (10:200) по 50 мл 3 рази на день за 30 хвилин до вживання їжі, густий екстракт кореня солодки голої всередину по 0,5 г 3 рази на добу після вживання їжі, настоянка глоду всередину по 20 крапель 3 рази на добу після вживання їжі протягом 35 діб, авеол усередину по 15 крапель 2 рази на добу за 30 хви-

лин до вживання їжі протягом 4 тижнів поспіль і додатково - 10 % спиртовий екстракт підмора бджіл усередину по 25 крапель 2 рази на добу за 20-25 хвилин до вживання їжі протягом 40 діб поспіль.

Під впливом проведеної медичної реабілітації відповідно до заявленого способу, загальний стан і самопочуття хворого О. суттєво покращилися; субфебрилітет, головний біль, запаморочення й ломота в усьому тілі зникли на шосту добу від початку проведення медичної реабілітації, загальна слабкість і підвищена дратівливість - на восьму добу, нездужання й лімфаденопатія - на десятю добу. Повноцінна клінічна ремісія у хворого О. була досягнута вже на 12-ту добу від початку проведення медичної реабілітації.

Було також проведено лабораторне обстеження хворого О. в динаміці. При цьому встановлено, що використання заявленого способу медичної реабілітації сприяє зниженню рівня СМ у сироватці, який на 28-ту добу від початку проведення медичної реабілітації склав 0,55 г/л, тобто знизився до норми. За цей же період медичної реабілітації концентрація ЦІК знизилася до 1,92 г/л, вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів - до 36,9 %, тобто до 0,75 г/л.

Отже, отримані дані свідчать про позитивний вплив заявленого способу медичної реабілітації як на клінічні, так і на лабораторні, у тому числі й імунологічні показники у даного хворого. Таким чином, у хворого О. досягнута повноцінна ремісія захворювання з нормалізацією клініко-лабораторних показників і відновленням імунологічного гомеостазу. Проведення диспансерного нагляду протягом 1 року дозволило встановити стійкість досягнутої ремісії й відсутність загострень СХВ за цей період.

Приклад 2

Хвора Д., 49 років, педагог, хворіє на СХВ уже протягом 6 років. Скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль, ломоту в усьому тілі, запаморочення, субфебрилітет (37,2-37,4 С), збільшення й помірну чутливість шийних лімфатичних вузлів, зниження апетиту, підвищену дратівливість. При огляді й клінічному обстеженні встановлено, що у хворої має місце блідість шкіри, стійкий рожевий дермографізм, помірно виражена тахікардія, дихальна аритмія, гіпотонія (АТ - 105/60 мм рт. ст.), обкладення язика брудним білим нальотом, помірне збільшення печінки (+2-3 см) і селезінки (+0,5-1 см). Проведення лабораторного обстеження дозволило встановити збільшення рівня СМ (2,67 г/л), концентрації ЦІК у сироватці крові (3,38 г/л) і вмісту фракції середньомолекулярних імунних комплексів (65,9 %, або 2,01 г/л).

У зв'язку з наявністю СХВ хворій Д. була призначена медична реабілітація згідно з заявленим способом, а саме введення настоянки ехінацеї пурпурової всередину по 30 крапель 3 рази на добу, настоянки родіоли рожевої по 15 крапель 3 рази на день за 20 хвилин усередину до вживання їжі, відвару трави звіробою звичайного в теплому вигляді (10:200) по 60 мл 3 рази на день усередину за 30 хвилин до вживання їжі, густого екстракту кореня солодки голої всередину по 0,5 г 4 рази на добу після вживання їжі, настоянки глоду по 30 крапель 4 рази на добу усередину після вживання їжі протягом 45 діб, авеолу (настоянки трави вівса посівного) всередину по 20 крапель 3 рази на добу за 30 хвилин до їди протягом 6 тижнів поспіль і додатково - 10 % спиртовий екстракт підмора бджіл усередину по 30 крапель 3 рази на добу за 20-25 хвилин до вживання їжі протягом 60 діб поспіль.

Під впливом проведеного курсу медичної реабілітації у відповідності до заявленого способу самопочуття й загальний стан хворої Д. суттєво покращилися; субфебрилітет, головний біль і ломота в усьому тілі зникли на сьому добу від початку проведення медичної реабілітації, запаморочення - на восьму добу, загальна слабкість і підвищена дратівливість - на дев'яту добу, нездужання й лімфаденопатія на одинадцяту добу. У цілому повноцінна клінічна ремісія у хворої Д. була досягнута вже на 20-ту добу від початку проведення курсу медичної реабілітації. Диспансерний нагляд дозволив встановити, що загальна тривалість збереження досягнутої ремісії склала 12 місяців, тобто весь період здійснення диспансерного спостереження. Повторне проведення лабораторного обстеження дозволило встановити, що на 40 добу від початку медичної реабілітації концентрація СМ склала - 0,57 г/л, ЦІК - 1,95 г/л, вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів - 37,7 %, тобто 0,69 г/л.

Хворі охоче вживають указані препарати, будь-яких небажаних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій при здійсненні медичної реабілітації виявлено не було. Заявлений спосіб не потребує призначення дефіцитних (зокрема 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл виробляється на Луганській фармацевтичній фабриці) або коштовних препаратів. Тому заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на СХВ корисний для практичної медицини й може бути рекомендований для поширеного використання в умовах лікувально-профілактичних закладів, у тому числі в амбулаторно-поліклінічній практиці.