



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 50477

(13) A

(51) 6 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

1

2

(21) 2002010517

(22) 21 01 2002

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Соцька Яна
Анатоліївна, Терьошин Вадим Анатолійович, Ша-
повалова Ірина Олександрівна(73) Фролов Валерій Митрофанович, Соцька Яна
Анатоліївна, Терьошин Вадим Анатолійович, Ша-
повалова Ірина Олександрівна

(57) Спосіб лікування хворих на хронічний об-
структивний бронхіт, що включає введення
антибактеріальних препаратів, муколітиків та
еуфіліну Н200, який відрізняється тим, що додат-
ково вводять амізон по 0,25 г 3-4 рази на день
усередину протягом 10-14 діб поспіль

Винахід відноситься до галузі медицини, а са-
ме до пульмонології

Актуальність проблеми пов'язана за значною
поширеністю захворювання на хронічний обструк-
тивний бронхіт (ХОБ) серед мешканців індустрі-
ального розвинутих регіонів України та інших країн
СНД, в тому числі молодого, найбільш працездат-
ного віку, та недостатньої ефективності існуючих
способів лікування ХОБ

Існує спосіб лікування хворих на ХОБ шляхом
введення антибактеріальних препаратів, муколі-
тиків (лазолван, ацетилцестеїн), системних та інгаля-
ційних стероїдів (Фещенко Ю І. Хронічний обструк-
тивний захворювання легень // Укр. пульмонолог. журн. -
1997 - № 1 - С 5-9). Однак використання цього
способу недостатньо ефективно в плані ліквідації
вентиляційних порушень у хворих на ХОБ, особ-
ливо при значній вираженості бронхообструктив-
ного синдрому

Тому для підвищення ефективності лікування
ХОБ запропоновано додаткове призначення пре-
паратів групи теофілінів, зокрема еуфіліну (Феще-
нко Ю А, Яшина Л А. Хронический обструктивный
бронхит // Лікування та діагностика // -1998 - № 3 -
С 37 - 41). Використання еуфіліну сприяє обструк-
ції та поліпшенню загального стану і самопочуття
хворих

Однак внутрішньовенне введення еуфіліну
нерідко супроводжується РОЗВИТКОМ побічних
ефектів, таких як запаморочення, нудота, шум у
вухах падіння артеріального тиску, тахікардія, ли-
хоманка, а також можливим виникненням екзофолі-
ативного дерматиту. Отакі побічні ефекти при вве-
дженні еуфіліну пов'язують з наявністю в розчині
еуфіліну 20% етилендіаміну

Тому розроблено спосіб лікування хворих на
ХОБ, при якому крім антибактеріальних препара-
тів, системних та інгаляційних стероїдів та мукалі-
тиків вводять замість еуфіліну новий український
препарат "Еуфілін Н 200", в якому відсутній етиле-
ндіамін (Фещенко Ю А, Яшина Л А, Полянська
М О та інші. Застосування "Еуфілін Н 200" в ліку-
ванні хронічного обструктивного бронхіту" // Укр.
пульмонолог. журн. - 2001 - № 1 - С 38 -47). Цей спо-
сіб найбільш ефективний з існуючих, забезпечує
поліпшення бронхіальної провідності, побічні
ефекти "Еуфіліну Н 200" виражені в значно меншій
мірі, ніж при застосуванні класичного еуфіліну, і
тому вказаний спосіб обрано у якості прототипу

До недоліків прототипу відносяться недостат-
ньо швидка ліквідація запального процесу у брон-
хіальної системи та збереження імунodefіцитного
стану і підвищеного рівня перекисного окислення
ліпідів (ПОЛ) у хворих на ХОБ, що сприяє подаль-
шому розвитку загострень бронхіту

Задача винаходу - підвищення ефективності
способу лікування хворих на ХОБ, прискорення
досягнення стійкої клінічної ремісії і, таким чином,
скорочення строків лікування

Вказана задача досягається шляхом додатко-
вого введення хворим на ХОБ при загостренні па-
тологічного процесу у бронхіальної системи крім
"еуфіліну Н 200" також нового українського препа-
рату амізону, який володіє протизапальною, імун-
номодельюючою, інтебффероніндукуючою та анти-
оксидантною властивостями, і тому в
патогенетичному плані введення амізону хворим
на ХОБ цілком обґрунтовано

Ця пропозиція виходить з вперше встановле-
ної авторами винаходу закономірності, яка полягає

(13) A

(11) 50477

(19) UA

в позитивному впливі амізону на показники імунітету, стан ПОЛ та системи антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на ХОБ, а в клінічному плані - в прискоренні досягнення стійкої клінічної ремісії та більш швидкому одужанню хворих на ХОБ. Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Хворому з загостренням ХОБ призначають антибактеріальні препарати, переважно антибіотики широкого спектру дії, системні та інгаляційні стероїди, муколітики (лазолван, ацетілцистеїн), еуфілін Н 200 внутрішньовенно крапельно по 10мл 1 раз на добу протягом 14 діб поспіль та додатково вводять новий український препарат амізон по 0,25г 3 - 4 рази на добу усередину після вживання їжі протягом 10 - 14 діб поспіль.

При розробці запропонованого способу лікування хворих на ХОБ нами було обстежено дві групи пацієнтів з даним діагнозом, з яких перша група (82 особи) отримувала лікування згідно з запропонованим способом - прототипом. Обидві групи обстежених хворих на ХОБ були рандомізовані за віком, статтю хворих, тривалістю та тяжкістю перебігу бронхиту. До дослідження не включали хворих із різко вираженою супутньою патологією, а також пацієнтів з рентгенологічними ознаками пневмонії.

Обидві групи хворих, що були під наглядом, отримували загальноприйняте лікування ХОБ згідно з способом - прототипом, тобто антибактеріальні препарати, муколітики, стероїди при їх системному (якщо було потрібно, на інгаляційному введенні), а також "еуфілін Н 200" внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу на протязі 14 діб поспіль по 10мл розчину. Крім того, хворим першої групи додатково вводили амізон по 0,25г 3 - 4 рази на добу усередину після вживання їжі протягом 10 - 14 діб поспіль.

В якості критеріїв ефективності лікування визначали ступень зменшення основних клінічних проявів захворювання, покращення показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), загального стану та самопочуття хворого, позитивну динаміку лабораторних показників.

До початку лікування усі хворі на ХОБ, які були під наглядом, мали чітко виражені клініко-

лабораторні та функціональні ознаки загострення патологічного процесу у легенях. Хворі скаржилися на задишку при фізичному навантаженні, кашель з відділенням слизового або слизового-гнійного мокротиння, загальну слабкість, нездужання, зниження працездатності показники. При фізикальному обстеженні встановлено наявність значної кількості сухих та вологих хрипів, більш в підлопаткових ділянках, жорсткого дихання. Дані ФЗД свідчили про наявність значних порушень функції зовнішнього дихання за обструктивним типом: відмічено значне збільшення загального бронхіального опору, залишкового об'єму, зменшення форсованої життєвої ємності легень на об'єм форсованого видиху за 1 секунду. З лабораторних показників загострення ХОБ відмічено помірне збільшення кількості лейкоцитів та нейтрофілів в периферійній крові, показника ШОЕ, наявність в крові С-реактивного протеїну.

Проведення лікування обумовило покращення клініко-лабораторних показників в обох групах обстежених, однак в першій групі, яка отримувала лікування згідно до запропонованого способу, позитивна динаміка вивчених показників більш значна та швидка, що в цілому обумовлювала суттєве прискорювання досягнення повноцінної клінічної ремісії.

Дані щодо впливу запропонованого способу лікування ХОБ на клінічні показники, наведені в таблиці 1.

З таблиці 1 видно, що під впливом запропонованого способу лікування хворих на ХОБ скорочувалася тривалість збереження загальної токсичності, так і місцевих симптомів з боку легень. Дійсно, в першій групі хворих, яка отримувала лікування згідно до запропонованого способу, скорочувалася тривалість збереження загальної слабкості в середньому в 2 рази, нездужання також в 2 рази, зниження працездатності - в 1,8 рази, задишки - в 2 рази, кашлю в 1,8 рази, виділення значної кількості мокротиння - в 1,8 рази, значної кількості сухих хрипів у легенях - в 1,8 рази, наявності вологих хрипів при аускультаті - в 1,9 рази, субфебрилітету - в 2 рази.

Таблиця 1

Вплив запропонованого способу лікування хворих на ХОБ на клінічні показники (М ± m)

Клінічні показники	Запропонований спосіб (n = 82)	Існуючий спосіб (n = 76)	P
Тривалості збереження (в днях)			
- слабкість	7,9 ± 0,3	15,5 ± 0,5	< 0,01
- нездужання	8,0 ± 0,3	16,0 ± 0,6	< 0,01
-зниження працездатності	10,3 ± 0,5	18,8 ± 0,8	< 0,01
- задишки	10,5 ± 0,6	20,6 ± 0,9	< 0,01
- кашлю	11,6 ± 0,8	21,3 ± 1,0	< 0,01
-виділення мокротиння	12,5 ± 0,9	22,4 ± 1,2	< 0,01
-значної кількості сухих хрипів у легенях	12,6 ± 0,9	22,5 ± 1,3	< 0,01
-наявності вологих хрипів	10,5 ± 0,8	20,1 ± 0,9	< 0,01
- субфебрилітету	8,9 ± 0,9	17,5 ± 0,9	< 0,01

Отже, під впливом запропонованого способу лікування відмічається суттєве скорочення терміну збереження клінічних симптомів загострення патологічного процесу в бронхолегеневій системі, зменшення, а потім ліквідація загально токсичних симптомів, що обумовлює прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії. В середньому тривалість періоду лікування до досягнення клінічної ремісії ХОБ, складало в першій групі, в якій використовували запропонований спосіб лікування, $12,8 \pm 0,8$ днів, в групі співставлення, лікувалися за допомогою існуючого способу - прототипу, $22 \pm 1,1$ днів, тобто в 1,8 разів більш. Отже, клінічна ремісія досягалася в першій групі обстежених хворих на ХОБ на $9,8 \pm 0,5$ днів швидше ($P < 0,01$), що обумовлює перевагу запропонованого способу лікування загострень ХОБ відносно існуючого в клінічному аспекті. За даними ФЗД відмічалася збільшення форсованої життєвої ємності легень, общему форсованого видиху за 1 секунду, та пікової швидкості видиху. Загальний бронхіальний опір та залишковий об'єм також зменшувалися.

Проведення імунологічного обстеження дозволило встановити, що до початку лікування в обох групах хворих на ХОБ, що знаходилися під наглядом, відмічалася суттєве порушення імунологічних показників. Воно полягало в наявності Т-лімфопенії, тобто зниженні кількості CD 3+ лімфоцитів, зменшенні числа циркулюючих в периферійній крові Т-хелперів/індукторів (CD4+), у

зв'язку з чим відмічалася також зменшення імунорегуляторного індексу - коефіцієнту CD4/CD8. Рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) суттєво підвищувався переважно за рахунок збільшення кількості найбільш патогенних середньомолекулярних (11S-19S) та дрібномолекулярних (< 11S) фракцій імунних комплексів. В обох групах до початку лікування зміни імунологічних показників були одно типовими ($P > 0,01$). Проведене лікування згідно до запропонованого способу забезпечувало позитивний вплив на вивчені показники системи імунітету (таблиця 2). Як видно з цієї таблиці, в першій групі хворих, яка отримувала лікування згідно до запропонованого способу, відмічалася ліквідація Т-лімфопенії, нормалізація кількості циркулюючих CD4+ -лімфоцитів, а також імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК та нормалізація молекулярного складу імунних комплексів.

В другій групі обстежених, які лікувалися згідно до існуючого способу, зберігалися суттєві порушення імунологічних показників - Т-лімфопенія, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, підвищений відносно норми рівень ЦІК та зсуви з боку молекулярного складу імунних комплексів. Таким чином, запропонований спосіб має переваги у патогенетичному плані, оскільки він сприяє нормалізації імунологічних показників в обстежених хворих.

Таблиця 2

Вплив запропонованого способу лікування хворих на ХОБ і імунологічні показники (M \pm t)

Імунологічні показники	Норма	Запропонований спосіб (n = 82)	Існуючий спосіб (n = 76)	P
CD3 ⁺ %	70,2 \pm 2,2	$\frac{50,1 \pm 1,8}{68,1 \pm 1,2}$	$\frac{51,2 \pm 1,6}{56,5 \pm 1,5}$	$> 0,1$ $< 0,05$
CD4 ⁺ %	46,1 \pm 2,0	$\frac{30,5 \pm 1,8}{45,2 \pm 1,3}$	$\frac{31,0 \pm 1,5}{32,8 \pm 1,0}$	$> 0,1$ $< 0,05$
CD8 ⁺ %	22,2 \pm 1,9	$\frac{19,3 \pm 0,8}{22,5 \pm 1,1}$	$\frac{19,6 \pm 0,6}{22,8 \pm 1,0}$	$> 0,1$ $> 0,1$
CD4/CD8	2,07 \pm 0,05	$\frac{1,58 \pm 0,05}{2,0 \pm 0,03}$	$\frac{1,58 \pm 0,04}{1,44 \pm 0,03}$	$> 0,1$ $< 0,05$
ЦІК, г/л	1,88 \pm 0,05	$\frac{3,23 \pm 0,11}{1,96 \pm 0,05}$	$\frac{3,18 \pm 0,12}{2,88 \pm 0,5}$	$> 0,1$ $< 0,01$
В тому числі (>19S) %	47,2 \pm 2,3	$\frac{23,7 \pm 1,1}{40,3 \pm 1,5}$	$\frac{22,9 \pm 1,0}{25,6 \pm 1,02}$	$> 0,1$ $< 0,05$
г/л	0,89 \pm 0,04	$\frac{0,77 \pm 0,03}{0,79 \pm 0,03}$	$\frac{0,73 \pm 0,03}{0,74 \pm 0,03}$	$> 0,1$ $> 0,1$
(11S-19S), %	31,3 \pm 1,4	$\frac{46,6 \pm 2,3}{34,2 \pm 1,8}$	$\frac{43,5 \pm 2,1}{40,6 \pm 1,6}$	$> 0,1$ $< 0,05$
г/л	0,59 \pm 0,04	$\frac{1,51 \pm 0,07}{0,67 \pm 0,05}$	$\frac{1,58 \pm 0,07}{1,17 \pm 0,05}$	$> 0,1$ $< 0,05$
(<11S), %	21,5 \pm 1,2	$\frac{29,7 \pm 1,2}{25,5 \pm 1,2}$	$\frac{33,6 \pm 1,1}{33,8 \pm 1,2}$	$> 0,1$ $< 0,05$
г/л	0,4 \pm 0,02	$\frac{0,95 \pm 0,04}{0,5 \pm 0,03}$	$\frac{0,87 \pm 0,05}{0,97 \pm 0,04}$	$> 0,1$ $< 0,05$

Відмічено також позитивний вплив запропонованого способу на показники перекисного окислювання ліпідів (ПОЛ). До початку лікування в обох групах відмічалось збільшення концентрації продуктів ПОЛ в сироватці крові - як дієвих кон'югат (ДК), так і малонового діальдегду (МДА), що свідчило про активацію пер окисації ліпідів біомембран. Дійсно, до початку лікування у хворих відмічалось підвищення рівня МДА у середньому в 2,6 рази відносно норми, ДК - в 3,4 рази, перекисного гемолізу еритроцитів (ПЕГ) - в 2,5 рази. Показники активності ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ) - каталази (КТ) і супероксидисмутази (СОД) були декілька зменшені. Інтегральний коефіцієнт Ф, який віддзеркалює співвідношення ПОЛ та АОЗ, був суттєво знижений, у середньому у 7,1 рази

відносно норми. Отже, поряд з активацією ПОЛ, у обстежених хворих відмічалось значне пригнічення активності системи АОЗ.

Після завершення курсу лікування згідно з запропонованим способом, в першій групі хворих відмічено підвищення активності КТ та СОД, причому обидва цих показники повністю нормалізувались (таблиця 3). Поряд з цим відмічено зниження рівня продуктів ПОЛ - МДА та ДК до верхньої межі норми, зменшився також показник ПГЕ. Сумарно це обумовлювало суттєве підвищення коефіцієнту Ф - у 5,8 рази. Таким чином, використання запропонованого способу лікування хворих на ХОБ обумовлює зниження інтенсивності ПОЛ та нормалізацію показників АОЗ.

Таблиця 3

Вплив запропонованого способу лікування хворих на ХОБ на показники ПОЛ і АОЗ у(М ± m)

Вивчені показники	Норма	Запропонований спосіб (n = 82)	Існуючий спосіб (n = 76)	P
МДА, мкмоль/л	3,2 ± 0,2	$\frac{8,2 \pm 0,5}{3,9 \pm 0,1}$	$\frac{8,3 \pm 0,45}{6,6 \pm 0,3}$	> 0,1 < 0,01
ДК, мкмоль/л	6,3 ± 0,3	$\frac{21,3 \pm 0,6}{6,8 \pm 0,3}$	$\frac{22,0 \pm 0,7}{15,2 \pm 0,5}$	> 0,1 < 0,01
ПГЕ, %	3,5 ± 0,2	$\frac{8,8 \pm 0,5}{4,1 \pm 0,1}$	$\frac{8,6 \pm 0,6}{7,2 \pm 0,3}$	> 0,1 > 0,01
КТ, МО/мгНб	380 ± 15	$\frac{256 \pm 10}{378 \pm 12}$	$\frac{253 \pm 11}{294 \pm 8}$	> 0,1 > 0,05
СОД, МО/мгНб	28,6 ± 3,2	$\frac{15,2 \pm 2,1}{28,3 \pm 2,6}$	$\frac{15,6 \pm 1,8}{19,9 \pm 1,5}$	> 0,1 > 0,05
Індекс Ф	3396 ± 22	$\frac{474,5 \pm 12}{2743 \pm 16}$	$\frac{475,5 \pm 9}{886,5 \pm 11}$	> 0,1 > 0,01

В другій групі хворих, які лікувались згідно з існуючим способом -прототипом, позитивні зміни щодо показників ПОЛ і АОЗ були суттєво менш виражені. Тому в другій групі хворих зберігалися підвищений рівень МДА і ПГЕ, а також зменшення активності ферментів в системі АОЗ. Інтегральний коефіцієнт Ф в другій групі хворих після завершення лікування був в 3,8 рази менш, ніж в нормі та в 3,1 рази менш такого показника в першій групі, яка отримувала лікування згідно з запропонованим способом.

Отже, отримані дані свідчать, що запропонований спосіб лікування хворих на ХОБ має суттєві переваги щодо існуючого способу, оскільки при його використанні прискоряться досягнення повноцінної клінічної ремісії ХОБ, а також відмічається нормалізація імунологічних показників, зменшення активності ПОЛ та нормалізації АОЗ. Тому запропонований спосіб є патогенетичне обґрунтований і може бути рекомендований для використання у клінічній практиці.

Диспансерний нагляд дозволив встановити, що середня тривалість досягнутої клінічної ремісії ХОБ в першій групі хворих, яка отримувала лікування згідно з запропонованим способом, склала

10,8 ± 0,2 місяця, в другій групі, яка лікувалася згідно з існуючим способом - 6,0 ± 0,3 місяця, тобто в 1,8 рази коротше. Умовний економічний ефект склав 186грн на 1 хворого. Запропонований спосіб є корисним для клінічної медицини і може використовуватися в умовах терапевтичних та пульмонологічних відділень.

Вищенаведені дані можуть бути підкрєплені наступними прикладами.

Приклад 1

Хвора С., 48 років, протягом 6 років хворіє на хронічний обструктивний бронхіт, періодично (в середньому 2 рази на рік) відмічаються загострення патологічного процесу у бронхопегеневій системі. Останнє загострення завилось після перенесеного 2 тижні тому ГРВІ. Хвора скаржиться на загальну слабкість, нездужання, зниження працездатності, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, задишку вже при незначному фізичному навантаженні.

При огляді встановлено наявність кашлю, при аускультаті в легенях жорстке дихання, в підлопаткової ділянці - значна кількість сухих та помірної кількості вологих хрипів. Частота дихальних рухів 25 в 1 хвилину. Серце - тони ритмічні, при-

глушені Пульс 90 уд/хв, задовільних якостей, АТ 130/80 мм рт ст Живіт м'який, безболісний, печінка виступає з - під краю реберної дуги на 2 см

Аналіз крові клінічний Ер - $3,12 \times 10^{12}/л$, Нв - $126 г/л$, Л - $10,8 \times 10^9/л$, е - 1, п - 6, с - 64, л - 26, м - 3, ШОЕ - 25 мм/год АН сечі - без патології

Клінічний діагноз Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення, середньо-тяжкий перебіг

Призначено лікування відповідно запропонованого способу, яке включало антибактеріальні препарати (ампіокс та гентаміцин), муколітики, еуфілін Н 200 внутрошньовенно крапельно 1 раз на добу протягом 14 діб поспіль по 10 мл розчину та амізон по 0,25 г 3 рази на добу у середину після вживання їжі протягом 10 діб поспіль

Під впливом запропонованого способу лікування відмічалась позитивна динаміка клінічних показників загальна слабкість збергалась 7 діб, нездужання - 8 діб від початку лікування, зниження працездатності - 10 діб Наприкінці другого тижня від початку лікування зникли кашель, задишка та відділення мокротиння При фізі кальному обстеженні встановлено, що до кінця другого тижня від початку лікування суттєво зменшилася кількість сухих хрипів у легенях та зникли вологі хрипи Субфебрилітет ліквідувався на 9-ту добу від початку лікування

Отже, використання запропонованого способу лікування хворого на ХОБ забезпечило прискорення одужання та досягнення повноцінної клінічної ремісії

За даними імунологічного обстеження одержані такі результати До початку лікування рівень CD3+ - лімфоцитів склав 50%, CD4+ - 31%, CD8+ - 19%, коефіцієнт CD4/CD8 1,6, рівень ЦІК - $3,12 г/л$, в тому числі вели-комолекулярних - 23% ($0,72 г/л$), середньо-молекулярних - 47% ($1,47 г/л$), дрібно-молекулярних - 30% ($0,93 г/л$)

Проведення повторного імунологічного обстеження через 3 тижні від початку лікування, після досягнення стійкої клінічної ремісії дало такі результати СВ3+ - лімфоцитів підвищився до 68%, CD4+ до 45%, коефіцієнт CD4/CD8 - 2,05, тобто повністю нормалізувався ЦІК знижувався до $1,92 г/л$, тобто до верхньої межі норми, в тому числі фракція середньо-молекулярних імунних комплексів - до 33% ($0,63 г/л$), дрібномолекулярних - до 25% ($0,48 г/л$) Таким чином, встановлена нормалізація імунологічних показників у хворого, який отримав лікування згідно до запропонованого способу

Диспансерне обстеження протягом одного року дозволило встановити тривалість досягнутої ремісії та відсутність рецидивів захворювання

Приклад 2

Хворий 3, 49 років, хворіє на ХОБ протягом останніх 8 років, загострення бронхіту відмічаються 2 - 3 рази на рік Останнє загострення почалося після переохолодження Скаржився на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння Відмічає зниження працездатності, задишку після фізичного навантаження

При огляді загальний стан середньо-тяжкий В легенях з обох боків при аускультатії встановлено

наявність значна кількість сухих та помірно-вологих хрипів, переважно у підлопаткових ділянках, частота дихальних рухів 25 в 1 хвилину, пульс 86 уд/хв, задовільних якостей АТ 140/80 мм рт ст Температура тіла субфебрильна ($37,6 - 37,8^{\circ}C$)

Аналіз крові клінічний Ер - $3,06 \times 10^{12}/л$, Нв - $126 г/л$, Л - $8,8 \times 10^9/л$, е - 1, п - 5, с - 66, л - 25, м - 3, ШОЕ - 28 мм/год АН сечі - без патології

Клінічний діагноз Хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення, середньотяжкий перебіг

Призначено лікування згідно до запропонованого способу, яке включало антибактеріальні препарати (ампіциліне та бісептол), муколітичні препарати, еуфілін Н 200 внутрошньовенно крапельно по 10 мл розчину 1 раз на добу протягом 14 діб поспіль та амізон по 0,25 г 4 рази на добу у середину після вживання їжі протягом 14 діб поспіль

Під впливом запропонованого способу лікування відмічена позитивна динаміка клінічних показників на 8-му добу від початку лікування зникли загальна слабкість та нездужання, зменшилася задишка, нормалізувався апетит До початку другого тижня лікування зменшився кашель, мокротиння стало мати слизовий характер, та кількість його суттєво знизилася

До кінця другого тижня від початку лікування зникли кашель, задишка та відділення мокротиння При фізі кальному обстеженні встановлено, що до кінця другого тижня лікування в легенях суттєво зменшилася кількість сухих хрипів та зникли вологі хрипи Субфебрилітет ліквідувався на 10-ту добу від початку лікування

Отже, використання запропонованого способу лікування хворого на ХОБ забезпечило прискорення одужання хворого та досягнення повноцінної клінічної ремісії

За даними імунологічного обстеження встановлено до початку лікування наявність Т-лімфопенії (51% CD3+), зниження кількості Т-хелперів (32% CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8 (1,55), підвищення рівня ЦІК ($3,06 г/л$), переважно за рахунок середньо-молекулярних імунних комплексів - 48% ($1,47 г/л$)

Проведення повторного імунологічного обстеження через 3 тижні від початку лікування, після досягнення стійкої клінічної ремісії, дозволило встановити ліквідацію Т-лімфопенії (рівень CD3+ - клітин - 67%), підвищення кількості CD4+ - лімфоцитів до 44%, коефіцієнт CD4/CD8 - до 2,01 Рівень ЦІК знижувався до $1,98 г/л$, тобто до верхньої межі норми, в тому числі фракція середньо-молекулярних імунних комплексів - до 32% ($0,63 г/л$) Отже, встановлена нормалізація імунологічних показників у хворого, який отримав лікування згідно до запропонованого способу

Диспансерне обстеження протягом одного року дозволило встановити тривалість досягнутої ремісії та відсутність рецидивів захворювання весь цей термін

Отже, отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу лікування хворих на ХОБ та перспективність його використання в умовах клінічної практики При використанні запропонованого способу здійснюють вгичизняні препарати

11

50477

12

еуфілін Н 200 і амізон, які випускаються фармацевтичним об'єднанням "Фармак" (Київ), є в достатній кількості в аптечній мережі та доступні за ціною

Тому спосіб може бути рекомендований для поширеного використання в умовах в терапевтичних та пульмонологічних відділеннях

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90

ТОВ "Міжнародний науковий комітет"
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна
(044) 216 – 32 – 71