



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71334 (13) A
(51) 7 A61K35/78МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЕНОСТІ

1

2

(21) 20031212113

(22) 23.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Драннік Георгій Миколайович

(73) Фролов Валерій Митрофанович, Драннік Георгій Миколайович

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих з синдромом підвищеної стомленості, що включає введення тимогену та протефлазиду, який **відрізняється** тим, що додатково вводять комплекс препаратів з антиоксидантною дією, а саме аскорбінової кислоти або аскорутину та токоферолу ацетату або аевіту.2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при I стадії синдрому підвищеної стомленості вводять усередину аскорбінову кислоту по 100 мг 2 рази на день або аскорутин по 2 таблетки 2 рази на день та токоферолу ацетат по 100 мг 2 рази на день або аевіт по 0,2 мл 2 рази на день протягом 20 днів поспіль.3. Спосіб за пп. 1 або 2, який **відрізняється** тим, що при II стадії синдрому підвищеної стомленості вводять усередину аскорбінову кислоту по 200 мг 3 рази на день або аскорутин по 2 таблетки 4 рази на день та токоферолу ацетат по 100 мг 3 рази на день або аевіт по 0,2 мл 3 рази на день протягом 30 днів поспіль.4. Спосіб за пп. 1-3, який **відрізняється** тим, що при III стадії синдрому підвищеної стомленості вводять усередину аскорбінову кислоту по 200 мг 3 рази на день або аскорутин по 2 таблетки 4 рази на день та токоферолу ацетат по 100 мг 3 рази на день або аевіт по 0,2 мл 3 рази на день протягом 40 днів поспіль.5. Спосіб за пп. 1-4, який **відрізняється** тим, що комплекс антиоксидантів вводять повторними курсами протягом 3-4 тижнів.6. Спосіб за пп. 1-5, який **відрізняється** тим, що комплекс антиоксидантів вводять одночасно з протефлазидом та тимогеном 2 рази на рік з інтервалом 5-6 місяців між курсами.

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до внутрішніх хвороб та клінічної імунології.

Актуальність предмету винаходу пов'язана з широкою розповсюдженістю синдрому підвищеної стомленості (СПС) в сучасних умовах, особливо серед осіб, які постійно мешкають в умовах екологічно несприятливих регіонів з високим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками або радіонуклідами, та недостатньою ефективністю існуючих способів медичної реабілітації хворих з діагнозом СПС. У той же час розробка патогенетично об'єктованого способу медичної реабілітації пацієнтів, що страждають на СПС, буде мати суттєве значення для клінічної практики.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих з СПС шляхом введення пацієнтам з даною патологією імуноактивних препаратів тимусного ряду, зокрема тимогену, у вигляді повторних курсів, що забезпечує позитивну динаміку показників клітинного імунітету, ліквідацію, або зменшення проявів вторинного імунодефіциту (Дранник Г.М. Клиниче-

ская иммунология и аллергология. - Одесса: Астропринт, 1999. - С.191-193).

Однак цей спосіб недостатньо ефективний, оскільки він не забезпечує покращення стану нервової системи у хворих з СПС, а саме ліквідацію або зменшення астеничного синдрому чи астено-невротичних проявів, які дуже характерні для даної патології, та в більшості випадків зберігаються і після покращення імунологічних показників під впливом імуноактивних препаратів з групи тимо-міметиків, до яких відноситься тимоген.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих з СПС, який включає додаткове введення поряд з тимогеном також протефлазиду - препарату рослинного походження з адаптогенними, протівірусними та імуно-модуючими властивостями (Деклараційний патент України на винахід №60883. - А61K35/78. - 15.10.2003. Бюл. №10).

Спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

(13) A

(11) 71334

(19) UA

До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих відомий спосіб не забезпечує відновлення балансу між активністю перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і станом системи антиоксидантного захисту (АОЗ), у той час як за даними наукових досліджень відомо, що саме дисбаланс між активністю пероксидації ліпідів і функціональними спроможностями системи АОЗ сприяє подальшому прогресуванню СПС.

Задачею винаходу було підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих з СПС, прискорення нормалізації імунологічних показників, а також нормалізація співвідношення між показниками ПОЛ і системи АОЗ, а в клінічному плані скорочення терміну досягнення стійкої клінічної ремісії СПС та попередження подальшого його прогресування.

Вказана задача досягається тим, що пацієнтам, в яких має місце нестійка ремісія СПС або його подальше прогресування на тлі дисбалансу між показниками ПОЛ і АОЗ, додатково до тимогену і протектазиду вводять аскорбінову кислоту або аскорутин і токоферолу ацетат або аевіт у середньотерапевтичних дозах. Дана пропозиція базується на вперше виявленій досвідним шляхом авторами винаходу закономірності, що додаткове введення комплексу антиоксидантів хворим з СПС у фазі нестійкої ремісії або подальшого прогресування, у патогенетичному плані сприяє відновленню балансу активності ПОЛ і системи АОЗ, а в клінічному плані сприяє досягненню стійкої ремісії і припиненню подальшого прогресування СПС. У патогенетичному плані саме комбінація тимогену, протектазиду і комплексу антиоксидантів забезпечує позитивний вплив на весь спектр клінічної симптоматики та лабораторні показники у хворих з СПС, а саме сприяє ліквідації імунологічних порушень (тимоген), виявляє адаптогенну дію та попереджує рецидиви персистуючої герпетичної інфекції, яка характерна для хворих з СПС (протектазид) та нормалізує співвідношення між показниками ПОЛ і активністю системи АОЗ (комплекс антиоксидантів). Авторами винаходу встановлено, що саме комбінація вказаних препаратів оптимізує процеси імуногенезу у хворих на СПС та водночас відновлює показники метаболічного гомеостазу, що пов'язано із взаємною потенціюючою дією препаратів, що входять до складу цієї комбінації в плані їхнього впливу на імунологічні та біохімічні показники. При цьому ефект від спільного введення вказаних препаратів (тимогену, протектазиду та комплексу антиоксидантів) вірогідно перевищує просту сумачію позитивних ефектів у плані їхнього впливу на показники імунітету та низку біохімічних показників, насамперед концентрацію продуктів ПОЛ у крові: проміжних - дієнових кон'югат (ДК) та кінцевого - малонового діальдегіду (МДА) та активність ферментів системи АОЗ - каталази (КТ) та супероксиддисмутази (СОД).

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворому із встановленим діагнозом СПС у фазі нестійкої ремісії з метою проведення медичної реабілітації призначають введення тимогену по 100мкг 1 раз на добу протягом 7-10 діб поспіль повторними курсами з інтервалом 3-4 місяці між ними, одночасно вводять протектазид усередину

по 8-10 крапель 3 рази на добу протягом 3-4 тижнів, потім по 5-6 крапель 3 рази на добу ще протягом 1-2 тижнів, та додатково комплекс антиоксидантів, а саме аскорбінова кислота або аскорутин, токоферолу ацетат (вітамін Е) або аевіт у середньотерапевтичних дозах поряд з тимогеном та протектазидом повторними курсами протягом 3-4 тижнів, тобто вводять по 100-200 мг аскорбінової кислоти 2-3 рази на день після їжі або аскорутин по 2 таблетки 2-4 рази на день та токоферолу ацетат по 100мг 2-3 рази на день або аевіт по 1 капсулі (0,2мл) 2-3 рази на день усередину протягом 20-40 днів поспіль. При цьому мінімальні дози та найменша тривалість введення антиоксидантів (протягом 20 днів) пропонується для медичної реабілітації хворих із СПС I стадії (компенсованим), а максимальні дози та тривалість введення антиоксидантів (протягом 40 днів) здійснюється при III стадії СПС (декомпенсований), тоді як при СПС II стадії (субкомпенсований) тривалість введення антиоксидантів при проведенні медичної реабілітації хворих з СПС повинна складати 30 діб. Рекомендації щодо тривалості введення антиоксидантів при проведенні медичної реабілітації хворих з СПС різних стадій базуються на даних, що отримані нами досвідним шляхом при розробці заявленого способу, і тому вони теж є предметом винаходу.

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих з СПС у фазі нестійкої ремісії - основна (60 осіб) та група зіставлення (56 осіб). Обидві групи були рандомізовані за статтю, віком хворих, а також питомою вагою осіб з різними стадіями СПС-I (компенсовано), II (субкомпенсовано) та III (декомпенсовано). Усі хворі, які були під наглядом, знаходилися у фазі нестійкої ремісії СПС, що було підставою для проведення медичної реабілітації. При цьому хворі основної групи отримували медичну реабілітацію відповідно до заявленого способу, тобто шляхом введення тимогену, протектазиду та комплексу антиоксидантів, у той час як хворим на СПС із групи зіставлення медична реабілітація здійснювалася за допомогою відомого способу-прототипу, а саме шляхом введення тимогену і протектазиду, однак комплекс антиоксидантів хворим групи зіставлення не вводився.

До початку проведення курсу медичної реабілітації у хворих обох груп була однотипова клінічна симптоматика СПС, що характерна для фази нестійкої ремісії даного синдрому, а саме наявність загальної слабкості, нездужання, підвищеної дратівливості, дифузного головного болю, зниженої працездатності, підвищеної стомленості, субфебрилітету, подразнення у горлі, порушення сну, збільшення та чутливості шийних лімфатичних вузлів та однотипові зсуви імунологічних показників - Т-лімфопенія, зниження числа Т-хелперів, дисбаланс субпопуляційного складу Т-клітин, підвищений рівень циркулюючих імунних комплексів (ШК). Щодо біохімічних зсувів у обстежених хворих, то вони характеризувалися підвищенням концентрації продуктів ПОЛ у крові - МДА і ДК, зниженням активності ферментів системи АОЗ - каталази (КТ) і супероксиддисмутази (СОД) та суттєвого пригнічення інтегрального позазника Ф,

що відображає співвідношення ПОЛ та АОЗ. Отже, для хворих з наявністю СПС у фазі нестійкої ремісії характерно збереження вторинного імунodefіциту, активація процесів ПОЛ та зниження функціональних спроможностей системи АОЗ.

Протягом проведення курсу медичної реабілітації аналізували тривалість збереження основних

клінічних симптомів, що характерні для СПС, а також динаміку показників ПОЛ і АОЗ. При цьому було встановлено, що використання заявленого способу медичної реабілітації хворих із СПС в клінічному плані має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу.

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів медичної реабілітації хворих з СПС на динаміку клінічних показників ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи обстежених		Р
	основна (n=60)	зіставлення (n=56)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабкості	7,2±0,25	12,9±0,3	<0,05
нездужання	7,3±0,22	13,1±0,25	<0,01
підвищеної стомлюваності	7,1±0,3	14,2±0,35	<0,01
зниження працездатності	7,4±0,25	14,6±0,4	<0,01
головного болю	5,2±0,2	9,4±0,3	<0,05
підвищеної дратівливості	7,5±0,25	14,9±0,45	<0,01
субфебрилітету	4,9±0,25	10,5±0,3	<0,01
подрознення у горлі	6,0±0,3	13,2±0,45	<0,01
збільшення та чутливості лімфатичних вузлів	4,8±0,3	13,3±0,5	<0,01
порушення сну	7,0±0,25	14,2±0,4	<0,01

При використанні заявленого способу проведення медичної реабілітації хворих з СПС відмічено вірогідне зниження тривалості збереження клінічної симптоматики, яка свідчить про неповну ремісію захворювання. Так тривалість збереження загальної слабкості скорочувалася в середньому на 5,7±0,2 дні відносно групи зіставлення, тобто в 1,8 рази ($P<0,05$), нездужання - в середньому 5,8±0,2 дні (в 1,8 рази; $P<0,01$), підвищеної стомлюваності - на 7,1±0,25 дні (в 2 рази; $P<0,01$), зниження працездатності на 7,2±0,22 дні (в 2 рази; $P<0,01$), дифузного головного болю - на 4,2±0,12 дні (в 1,8 рази; $P<0,05$), підвищеної дратівливості - на 7,4±0,2 дні (в 2 рази; $P<0,01$), субфебрилітету - на 5,6±0,2 дні (в 2,1 рази; $P<0,01$), відчуття подразнення в горлі - на 7,2±0,2 дні (в 2,2 рази; $P<0,01$),

збільшення та чутливості лімфатичних вузлів - на 8,5±0,25 днів (в 2,8 рази; $P<0,01$), порушень сну - на 7,2±0,22 дні (в 2 рази; $P<0,01$). Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих з нестійкою ремісією СПС сприяє суттєвому скороченню терміну досягнення стійкої ремісії відносно пацієнтів, які отримували курс медичної реабілітації за допомогою відомого способу-прототипу. Це свідчить про реалізацію задачі винаходу.

Встановлено також, що використання заявленого способу забезпечує більш швидку нормалізацію імунологічних показників та ліквідацію вторинного імунodefіциту у хворих основної групи відносно групи зіставлення (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого та відомого способів медичної реабілітації у хворих з СПС на імунологічні показники ($M \pm m$)

Динаміка імунологічних показників	Групи обстежених		P
	основна (n=60)	зіставлення (n=56)	
Тривалість збереження (діб): Т-лімфопенії	7,4±0,5	16,6±0,6	<0,01
дисбалансу субпопуляційного складу Т-клітин	8,5±0,6	20,9±1,1	<0,01
зниження числа Т-хелперів (CD4+)	8,2±0,5	21,1±1,2	<0,01
підвищення ЦІК	14,6±0,6	28,8±1,3	<0,01
Термін збереження в подальшому нормальної імунограми (місяців)	6,6±0,25	3,1±0,2	<0,01

Як видно з таблиці 2, при використанні заявленого способу медичної реабілітації хворих з СПС відмічається суттєве скорочення тривалості зсувів імунологічних показників, а саме Т-лімфопенії (в середньому на 9,2±0,35 дні, тобто в 2,2 рази; $P<0,01$) дисбалансу субпопуляційного

складу Т-клітин - в середньому на 12,4±0,4 дні, тобто в 2,5 рази ($P<0,01$), зниження числа циркулюючих Т-хелперів (CD4+) на 12,9±0,4 днів, тобто в 2,6 рази ($P<0,01$), підвищення концентрації ШК у периферійній крові - в середньому на 14,2±0,45 днів, тобто в 2 рази ($P<0,01$). Отже, використання

заявленого способу медичної реабілітації сприяє ліквідації вторинного імунodefіциту та прискоренню відновлення імунологічного гомеостазу у хворих з СПС. Проведення імунологічного моніторингу дозволило встановити, що при використанні заявленого способу середня тривалість збереження нормальних показників імунограми після завершення курсу медичної реабілітації складає $6,6 \pm 0,25$ місяців, тоді як в групі зіставлення лише $3,1 \pm 0,2$ місяців, тобто на $3,5 \pm 0,2$ місяця (в 2,1 разі)

менше ($P < 0,01$). Отже, отримані дані свідчать, що використання заявленого способу забезпечує більш тривале (більш півроку) збереження нормальних показників імунограми при використанні відомого способу-прототипу.

Встановлено також, що використання заявленого способу сприяє більш швидкому та довготривалому відновленню біохімічних показників, що характеризують співвідношення ПОЛ і АОЗ (таблиця 3).

Таблиця 3

Вплив заявленого та відомого способів на показники ПОЛ та системи АОЗ ($M \pm m$)

Динаміка імунологічних показників	Групи обстежених		P
	основна (n=60)	зіставлення (n=56)	
Тривалість збереження (діб) підвищення МДА	$6,9 \pm 0,2$	$19,9 \pm 0,5$	$< 0,01$
підвищення ДК	$7,3 \pm 0,25$	$20,2 \pm 0,6$	$< 0,01$
зниження КТ	$10,6 \pm 0,3$	$25,6 \pm 0,9$	$< 0,01$
зниження СОД	$11,2 \pm 0,4$	$28,8 \pm 1,1$	$< 0,01$
пригнічення інтегрального індексу Ф	$20,5 \pm 0,5$	$40,6 \pm 1,9$	$< 0,01$

З таблиці 3 видно, що у хворих основної групи, яким курс медичної реабілітації здійснювався за допомогою заявленого способу, відмічається скорочення терміну нормалізації вмісту продуктів ПОЛ у крові - проміжних (ДК) в середньому на $13,0 \pm 0,25$ дні (в 2,8 рази; $P < 0,01$) та кінцевого (МДА) - в середньому на $12,9 \pm 0,3$ дні (в 2,8 рази; $P < 0,01$). Водночас суттєво скорочувався термін досягнення відновлення нормальних показників активності ферментів системи АОЗ-КТ (в середньому на $15,0 \pm 0,3$ дні, тобто в 2,4 рази; $P < 0,01$) та СОД (в середньому на $17,6 \pm 0,35$ дні, тобто в 2,6 рази; $P < 0,001$), а також інтегрального показника Ф, що віддзеркалює співвідношення між прооксидантними (ПОЛ) і антиоксидантними (система АОЗ) властивостями сироватки крові - в середньому на $20,1 \pm 0,5$ дні (в 2 рази; $P < 0,001$). Отже, встановлено прискорення нормалізації співвідношення між показниками ПОЛ і системи АОЗ, що свідчить також про реалізацію задачі винаходу.

Проведення диспансерного обстеження протягом 1 року дозволило встановити, що при проведенні за цей період 2 курсів медичної реабілітації хворих з СПС з інтервалом 5-6 місяців між курсами введення тимогену, протейфлазиду і антиоксидантні забезпечило збереження стійкої клініко-лабораторної ремісії синдрому та пригнічення його подальшого прогресування у 57 осіб основної групи ($95 \pm 3\%$). В групі зіставлення, яка отримувала медичну реабілітацію згідно до відомого способу-прототипу, збереження стійкої клініко-лабораторної ремісії протягом 1 року диспансерного нагляду відмічено у 36 осіб ($64,3 \pm 2,8\%$), тобто в 1,5 рази менш ($P < 0,05$). Подальше прогресування СПС за період диспансерного нагляду встановлено у 3 осіб в основній групі ($5 \pm 1\%$) та 20 хворих в групі зіставлення ($35,7 \pm 2,1\%$), тобто в 7,1 рази частіше ($P < 0,01$). Таким чином, отримані дані свідчать, що оптимальною схемою проведення медичної реабілітації за допомогою заявленого способу є введення комплексу антиоксидантів поряд з ти-

могеном і протейфлазидом 2 рази протягом календарного року з інтервалом 5-6 місяців між курсами.

Отже, було встановлено, що використання заявленого способу медичної реабілітації хворих з СПС сприяє досягненню задачі винаходу, а саме підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих з СПС, прискорення нормалізації імунологічних показників, а також співвідношення між показниками ПОЛ та АОЗ а в клінічному плані - скороченню терміну досягнення стійкої клінічної ремісії СПС та попередженню подальшого його прогресування. Спосіб добре переноситься хворими, не потребує коштовних та дефіцитних ліків, не має протипоказів для свого здійснення. Не виявлено небажаних побічних ефектів від використання заявленого способу, в тому числі були відсутні алергічні реакції. Умовний економічний ефект при використанні запропонованого способу складає біля 192 грн. на 1 хворого. Заявлений спосіб патогенетично обґрунтований, оскільки він підкріплюється аналізом динаміки низки імунологічних та біохімічних показників. Він корисний для клінічної медицини і тому може бути рекомендований для поширеного використання в лікувальної практиці.

Проводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора М. 32 років, бібліотекар, страждає на СПС протягом останніх 5 років. Захворювання виникло після психотравми (трагічна загибель чоловіка). Неодноразово лікувалася у невропатолога, терапевта, психіатра, консультована клінічним імунологом та психологом. На момент огляду знаходиться у фазі нестійкої ремісії СПС, скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищену стомлюваність, подразнення у горлі, порушення сну (безсоння вночі та сонливість у денний час). При обстеженні встановлено наявність збільшених та чутливих при пальпації лімфатичних вузлів (позадушийних, підщелепних), а також субферилітету ($37,1-37,6^\circ\text{C}$) переважно у

вечірній час. При імунологічному обстеженні встановлено наявність помірної Т-лімфопенії (CD3+-52%), зниження числа циркулюючих Т-хелперів (CD4+-38%) та імунорегуляторного індексу (CD4/CD8-1,68), помірне збільшення концентрації ЦІК-2,26г/л. З біохімічних показників відмічалось помірне підвищення концентрації продуктів ПОЛ у крові - МДА до 4,1мкмоль/л, ДК- до 10,9мкмоль/л, зниження активності КТ - до 294МО/мг Нb та СОД- до 21,3МО/мг Нb, а також інтегрального показника Ф - до 1527,4. Виходячи з даних анамнезу, клінічної симптоматики та результатів лабораторного (імунологічного та біохімічного обстеження) встановлено наявність СПС I стадії, у фазі нестійкої клінічної ремісії, що було підставою для проведення медичної реабілітації. У зв'язку з цим хворій призначено введення тимогену внутрішньом'язово по 100мг 1 раз на добу 7 днів поспіль, протефлазиду усередину по 8 крапель 3 рази на добу протягом 3 тижнів, потім по 5 крапель 3 рази на добу ще протягом 1 тижня та додатково комбінацію антиоксидантів усередину - аскорбінову кислоту по 100мг 2 рази на день після їжі та токоферолу ацетат по 0,2мл (1 капсулі) 50% розчину 2 рази на день протягом 20 днів поспіль.

При клінічному нагляді за хворою було встановлено, що під впливом заявленого способу медичної реабілітації мала місце позитивна динаміка симптоматики, характерної для СПС, а саме зниження, а потім ліквідація загальної слабкості, нездужання та підвищеної стомленості які виникли на сьому добу проведення курсу медичної реабілітації, підвищення працездатності, зникнення до п'ятої доби з початку проведення медичної реабілітації. Подразнення в горлі зникло на шосту добу, одночасно ліквідувалися субфебрилітет та суттєво покращився сон. Чутливість шийних та підщелепних лімфовузлів зникла на четверту добу проведення медичної реабілітації. В цілому клінічна ремісія захворювання була досягнута на сьому добу з початку проведення медичної реабілітації. При повторному вивченні лабораторних (імунологічних та біохімічних) показників на восьму добу з початку проведення медичної реабілітації було встановлено, що на цей час ліквідувалася Т-лімфопенія (число CD3+ підвищилось до 69%), нормалізувалась кількість циркулюючих у периферійній крові Т-хелперів (CD4+-45 %), підвищився до норми імунорегуляторний коефіцієнт CD4/CD8 (2,0), знизилася рівня ЦІК (1,96г/л). На восьму добу проведення медичної реабілітації відмічено також практично повна нормалізація біохімічних показників - зниження у крові рівня МДА до 3,21мкмоль/л, ДК-до 8,12мкмоль/л, підвищення активності КТ до 326МО/мг Нb та СОД до 28,2МО/мг Нb, інтегрального показника Ф до 2864. Повторний курс медичної реабілітації хворої М. був здійснений через 6 місяців після завершення першого курсу. За даними диспансерного обстеження протягом 1 року у хворої М. зберігалось, подальшого прогресування патологічного процесу не відмічено, лабораторні (імунологічні та біохімічні) показники протягом цього часу зберігалось в межах норми.

Приклад 2.

Хворий С., 43 років, менеджер у приватній фірмі, страждає на СПС протягом останніх 7 років.

Захворювання виникло після звільнення з посади директора великого підприємства (де працював більше десяти років). Неодноразово лікувався у невропатолога, терапевта, психіатра, консультований клінічним імунологом та психологом. На момент огляду знаходиться у фазі нестійкої ремісії СПС, скаржиться на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищену стомлюваність, подразнення у горлі, порушення сну (безсоння вночі та сонливість у денний час). При обстеженні встановлено наявність збільшених та чутливих при пальпації лімфатичних вузлів (позадушійних, підщелепних), а також субфебрилітету (37,5-37,8°C) переважно у вечірній час. При імунологічному обстеженні встановлено наявність помірної Т-лімфопенії (CD3+-55%), зниження числа циркулюючих Т-хелперів (CD4+-37%) та імунорегуляторного індексу (CD4/CD8-1,64), помірне збільшення концентрації ЦІК - 2,27г/л. З біохімічних показників відмічалось помірне підвищення концентрації продуктів ПОЛ у крові - МДА до 4,2мкмоль/л, ДК - до 10,8мкмоль/л, зниження активності КТ - до 296МО/мг Нb та СОД - до 21,5МО/мг Нb, а також інтегрального показника Ф - до 1529,5. Виходячи з даних анамнезу, клінічної симптоматики та результатів лабораторного (імунологічного та біохімічного обстеження) встановлено наявність СПС II стадії, у фазі нестійкої клінічної ремісії, що було підставою для проведення медичної реабілітації за допомогою заявленого способу, а саме введення тимогену внутрішньом'язово по 100мг 1 раз на добу 10 днів поспіль, протефлазиду усередину по 10 крапель 3 рази на добу протягом 4 тижнів, потім по 6 крапель 3 рази на добу ще протягом 2 тижнів та додатково комбінацію антиоксидантів усередину - аскорбінову кислоту 200мг 3 рази на день після їжі та токоферолу ацетат по 0,4мл (2 капсули) 50% розчину усередину 3 рази на день протягом 40 днів поспіль.

При клінічному нагляді за хворою було встановлено, що під впливом заявленого способу медичної реабілітації мала місце позитивна динаміка симптоматики, характерної для СПС, а саме зниження, а потім ліквідація загальної слабкості, нездужання та підвищеної стомленості які виникли на сьому добу проведення курсу медичної реабілітації, підвищення працездатності, зникнення до п'ятої доби з початку проведення медичної реабілітації. Подразнення в горлі зникло на шосту добу, одночасно ліквідувалися субфебрилітет та суттєво покращився сон. Чутливість шийних та підщелепних лімфовузлів зникла на четверту добу проведення медичної реабілітації. В цілому клінічна ремісія захворювання була досягнута на сьому добу з початку проведення медичної реабілітації.

При повторному вивченні лабораторних (імунологічних та біохімічних) показників на восьму добу з початку проведення медичної реабілітації було встановлено, що на цей час ліквідувалася Т-лімфопенія (число CD3+ підвищилось до 68%), нормалізувалась кількість циркулюючих у периферійній крові Т-хелперів (CD4+-46%), підвищився до норми імунорегуляторний коефіцієнт CD4/CD8 (2,1), знизилася рівня ЦІК (1,97г/л). На восьму добу проведення медичної реабілітації відмічено також практично повна нормалізація біохімічних показни-

ків - зниження у крові рівня МДА до 3,22мкмоль/л, ДК - до 8,13мкмоль/л, підвищення активності КТ до 327МО/мг Нb та СОД до 28,3МО/мг Нb, інтегрального показника Ф до 2865. Повторний курс медичної реабілітації хворого С. був здійснений через 6 місяців після завершення першого. За даними диспансерного обстеження протягом 1 року у хворого С. зберігалось, подальшого прогресування патологічного процесу не відмічено, лабораторні (імунологічні та біохімічні) показники протягом цього часу зберігалось в межах норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням одужання хворих, досягненням стійкої та тривалої клінічної ремісії та нормалізацією імунологічних та біохімічних показників. Спосіб корисний, оскільки він сприяє прискоренню одужання хворих, добре переноситься, не має небажаних побічних ефектів, в тому числі алергічних. Тому можна рекомендувати широке використання заявленого способу в клінічній практиці.