



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84199** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61K 31/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2013 05392</b>	(72) Винахідник(и): <b>Труняков Микола Володимирович (UA), Терьошин Вадим Олександрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>26.04.2013</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.10.2013</b>	(73) Власник(и): <b>Труняков Микола Володимирович, вул. Піонерська, 32, кв. 29, м. Стаханов, 94016 (UA), Терьошин Вадим Олександрович, кв. Шевченка, 27, кв. 32, м. Луганськ, 91033 (UA)</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.10.2013, Бюл.№ 19</b>	

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ХРОНІЧНОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ, СПОЛУЧЕНОГО З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування в амбулаторних умовах хронічного токсичного гепатиту, сполученого з хронічним обструктивним захворюванням легень включає введення засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е). Додатково вводять імуноактивний препарат нуклеїнат.

UA 84199 U



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до сімейної медицини.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю на сьогодні хронічного токсичного гепатиту (ХТГ), що обумовлено несприятливим впливом на печінку хімічно шкідливих речовин, які містяться у відходах промислових підприємств, в тому числі металургійної, нафтопереробної та гірновугільної індустрії, широким використанням у побуті та на виробництві хімічно небезпечних сполук у вигляді отрутохімікатів, лако-фарбових виробів, вживанням синтетичних лікарських засобів тощо. Встановлено, що ХТГ вельми часто сполучається з хронічною патологією бронхопальмональної системи, насамперед з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Клінічний досвід показує, що наявність ХОЗЛ у хворих з ХТГ значно обтяжує перебіг даної коморбідної патології внаслідок формування синдрому взаємного обтяження, що сприяє тривалому перебігу загострення як ХТГ, так і ХОЗЛ та прогресуванню даних захворювань. Це дозволяє вважати важливими раціональні підходи до лікування в амбулаторних умовах хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ.

Існує спосіб лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, що передбачає призначення раціональної дієти, полівітамінів і препаратів есенціальних фосфоліпідів, виходячи з їхнього позитивного впливу на стан печінки (Степанов Ю.М. Раціональна гепатологія / Ю.М. Степанов, М.Я. Доценко, В.П. Мірошніченко. - Дніпропетровськ; Запоріжжя: Преса України, 2005. - 380 с.).

Однак клінічний досвід показує, що використання цього способу не забезпечує досягнення тривалої ремісії майже в половини хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ.

Відомий також спосіб лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ шляхом введення таким пацієнтам засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е), оскільки було встановлено, що в механізмах формування загострень ХТГ на тлі ХОЗЛ суттєве значення має активація процесів ліпопероксидації на тлі пригнічення активності системи антиоксидантного захисту.

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

До недоліків прототипу належить те, що при його використанні в деяких хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, зберігаються зсуви з боку окремих імунологічних показників, що обумовлює тривалий перебіг загострення даної сполученої патології та збільшення частоти загострень як ХТГ, так і ХОЗЛ.

Задачею корисної моделі є підвищення ефективності існуючого способу лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, а саме прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання й нормалізація імунологічних показників.

Поставлена задача вирішується тим, що шляхом додаткового застосування до засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е) імуноактивного препарату нуклеїнату при проведенні лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ.

Нуклеїнат - це фізіологічно активна сполука, природного походження, яка є біологічно активним екстрактом дріжджової РНК, що виявляє виражену імунотропну активність. Нуклеїнат чинить позитивний вплив на всі ланки захисту організму від чужорідних агентів антигенної природи, підвищуючи знижені й знижуючи підвищені показники імунітету, тобто є істинним імуномодулятором. Мішенями для фармакологічної дії нуклеїнату є поперед усього клітини фагоцитарної системи й природні кілери. Зін стимулює продукцію клітинами макрофагально-моноцитарного ряду IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF $\alpha$  й  $\alpha$ -інтерферону. Отже, важливою властивістю нуклеїнату є його здатність підсилювати активність системи фагоцитуючих макрофагів. При пригніченні гуморального імунітету нуклеїнат суттєво посилює антитілоутворення. Крім імуномодулюючого ефекту, нуклеїнат характеризується також наявністю детоксикуючої, антиоксидантної й мембраностабілізуючої активності.

Наша пропозиція щодо використання нуклеїнату як імуноактивного препарату при проведенні лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення хворим імуноактивного засобу нуклеїнату нормалізує їх загальний стан і самопочуття, сприяє відновленню імунологічного гомеостазу, досягненню стійкої й тривалої ремісії ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень захворювання й, таким чином, обумовлює досягнення задачі корисної моделі. Крім того, введення нуклеїнату не має протипоказань, не спричиняє будь-яких небажаних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, і тому може при необхідності призначатися повторними курсами, залежно від досягнутого ефекту. Раніше з метою лікування в амбулаторних умовах хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, нуклеїнат не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, які потребують проведення лікування в амбулаторних умовах, додатково до засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е) вводять імуноактивний препарат нуклеїнат усередину по 0,5 г (2 капсули) 2-3 рази на добу протягом 15-20 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Лабораторними критеріями ефективності призначення нуклеїнату є ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів (CD4<sup>+</sup>) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) до верхньої межі норми, що свідчить про відновлення імунологічного гомеостазу. Саме введення нуклеїнату сприяє патогенетично позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень захворювання.

Вищевказані дози й курси введення нуклеїнату були підібрані нами досвідним шляхом. Саме при такій схемі введення нуклеїнату в більшості хворих забезпечується ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів (CD4<sup>+</sup>) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК до верхньої межі норми. Отже новими є як пропозиція щодо введення нуклеїнату, який нами вперше використовується в лікуванні в амбулаторних умовах хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, так і схема застосування цього препарату.

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих з ХТГ, сполученим з ХОЗЛ, які підлягали проведенню лікування в амбулаторних умовах: основна (65 осіб), які отримували курс лікування в амбулаторних умовах за допомогою заявленого способу, і група зіставлення (63 особи), яка отримувала лікування в амбулаторних умовах відповідно до відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю ХТГ та ступенем ХОЗЛ. Введення нуклеїнату починалося, як правило, безпосередньо в період чергового загострення ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, і проводилося в амбулаторних умовах.

До початку проведення курсу лікування в амбулаторних умовах хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, в обох групах, які були під наглядом, - основній, що потім отримувала лікування відповідно з заявленим способом, і зіставлення, в якій лікування здійснювалося стосовно до відомого способу-прототипу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабкості, нездужання, субіктеричності склер, зниження апетиту й працездатності, тяжкості в правому підребр'ї, обкладеності язика нальотом, гіркоти в роті, гепатомегалії, чутливості печінкового краю при пальпації, підвищеної стомлюваності. Таким чином, до початку проведення лікування в амбулаторних умовах обидві групи хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ були однотипові в плані їхньої клінічної характеристики.

Клінічне обстеження в динаміці проведення лікування дозволило встановити, що у хворих основної групи, які лікувалися за допомогою заявленого способу, мало місце прискорення ліквідації патологічної симптоматики й досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання в порівнянні з пацієнтами групи зіставлення, яким лікування проводилося з використанням відомого способу-прототипу (таблиця 1).

Таблиця 1

Тривалість збереження клінічної симптоматики при застосуванні заявленого й відомого способів лікування в амбулаторних умовах ХТГ, сполученого з ХОЗЛ (M±m)

Клінічні показники	Групи хворих на НАСГ		P
	основна(n=65)	зіставлення (n=63)	
Тривалість збереження (діб):			
гіркоти в роті	4,5±0,2	6,6±0,3	<0,05
тяжкості в правому підребр'ї	4,2±0,2	6,2±0,2	<0,05
обкладеності язика нальотом	8,4±0,3	10,7±0,4	<0,01
гепатомегалії	11,8±0,5	14,2±0,5	<0,01
чутливості печінкового краю	2,8±0,1	4,8±0,2	<0,05
субіктеричності склер	3,3±0,1	5,1±0,3	<0,05
підвищеної стомленості	3,8±0,1	5,7±0,3	<0,05
загальної слабкості	4,0±0,2	6,0±0,3	<0,05
нездужання	3,9±0,1	6,0±0,3	<0,05
зниження працездатності	4,3±0,2	6,6±0,3	<0,01

Примітка: у таблицях 1-3 стовпчик Р - вірогідність різниці між показниками основної групи й групи зіставлення

Дійсно, з таблиці 1 видно, що в основній групі хворих, яка отримувала лікування згідно з заявленим способом, відмічено скорочення тривалості збереження гіркоти в роті відповідно до групи зіставлення в середньому на  $2,1 \pm 0,1$  доби, тяжкості в правому підребір'ї - на  $2,0 \pm 0,1$  доби, обкладеності язика нальотом - на  $2,3 \pm 0,2$  доби, гепатомегалії - на  $2,4 \pm 0,2$  доби, чутливості печінкового краю при пальпації - на  $2,0 \pm 0,1$  доби, субіктеричності склер - на  $1,8 \pm 0,1$  доби, підвищеної стомленості - на  $1,9 \pm 0,1$  доби, загальної слабкості - на  $2,0 \pm 0,1$  доби, нездужання - на  $2,1 \pm 0,1$  доби, зниження працездатності - на  $2,3 \pm 0,2$  доби ( $P < 0,05-0,01$ ) (див. таблицю 1).

Таким чином, отримані дані свідчать, що призначення хворим основної групи імуноактивного препарату нуклеїнату згідно з заявленим способом лікування в амбулаторних умовах, сприяє вірогідному прискоренню ліквідації клінічних симптомів, що характеризували наявність загострення ХТГ, сполученого з ХОЗЛ. Це свідчить про ефективність заявленого способу й перспективність його використання в клінічній практиці. Спосіб корисний, оскільки він сприяє прискоренню досягнення клінічної ремісії.

При лабораторному обстеженні встановлено, що у хворих обох груп до початку проведення лікування в амбулаторних умовах мали місце аналогічні зсуви з боку імунологічних показників, а саме Т-лімфопенія, тобто зниження кількості загальної популяції Т-клітин ( $CD3^+$ ), а також циркулюючих Т-хелперів/індукторів ( $CD4^+$ ) та імунорегуляторного індексу  $CD4/CD8$  ( $Th/Ts$ ), вмісту в крові ЦІК, що теж свідчило про однотиповість груп в імунологічному плані (таблиця 2).

Таблиця 2

Імунологічні показники у хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ,  
до початку лікування в амбулаторних умовах ( $M \pm m$ )

Вивчені показники	Норма	Групи хворих на НАСГ		Р
		основна (n=65)	зіставлення (n=63)	
$CD3^+$ , %	$69,3 \pm 2,2$	$50,4 \pm 1,4^*$	$51,0 \pm 1,3^*$	$>0,05$
$CD4^+$ , %	$45,6 \pm 1,8$	$31,5 \pm 1,1^{**}$	$31,2 \pm 1,2^{**}$	$>0,05$
$CD8^+$ , %	$22,9 \pm 1,2$	$21,3 \pm 0,8$	$21,0 \pm 0,7$	$>0,05$
$CD4/CD8$	$2,0 \pm 0,03$	$1,48 \pm 0,03^{***}$	$1,49 \pm 0,04^{***}$	$>0,05$
ЦІК, г/л	$1,88 \pm 0,03$	$3,03 \pm 0,09^{***}$	$3,01 \pm 0,08^{***}$	$>0,05$

Після завершення лікування в амбулаторних умовах хворих основної групи згідно заявленого способу, у них відмічена чітка позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів ( $CD4^+$ ) та імунорегуляторного індексу  $CD4/CD8$ , зниження рівня ЦІК до верхньої межі норми (дивись таблиця 3).

Таблиця 3

Імунологічні показники у хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ,  
після лікування в амбулаторних умовах ( $M \pm m$ )

Вивчені показники	Норма	Групи хворих на НАСГ		Р
		Основна (n=65)	зіставлення (n=63)	
$CD3^+$ , %	$69,3 \pm 2,2$	$69,0 \pm 2,1$	$60,4 \pm 1,9^*$	$<0,05$
$CD4^+$ , %	$45,6 \pm 1,8$	$45,4 \pm 1,4$	$40,2 \pm 1,3^*$	$<0,05$
$CD8^+$ , %	$22,9 \pm 1,2$	$22,5 \pm 1,3$	$21,8 \pm 1,2$	$>0,05$
$CD4/CD8$	$2,0 \pm 0,03$	$2,02 \pm 0,03$	$1,84 \pm 0,03^*$	$<0,05$
ЦІК, г/л	$1,88 \pm 0,03$	$1,90 \pm 0,03$	$2,24 \pm 0,04^*$	$<0,05$

У групі зіставлення, яка підлягала лікуванню в амбулаторних умовах у відповідності до існуючого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених показників була суттєво меншою. Тому в цій групі хворих зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів ( $CD4^+$ ) та імунорегуляторного індексу  $CD4/CD8$ , була вірогідно підвищена концентрація ЦІК. Таким чином, використання заявленого способу лікування в амбулаторних умовах ХТГ,

сполученого з ХОЗЛ, патогенетично обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на імунологічні показники.

За даними диспансерного обстеження протягом 1 року було встановлено, що в основній групі за цей період загострення ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, відмічалися в 2 пацієнтів (3,07 %), а в групі зіставлення - у 6 хворих (9,5 %), тобто в 3,1 рази частіше ( $P < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що у хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, основної групи (яка підлягала лікуванню в амбулаторних умовах згідно до заявленого способу) скорочується тривалість збереження симптоматики, пов'язаної з наявністю загострення патології печінки, і нормалізуються вивчені імунологічні показники. Виходячи з цього, можна вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим способом-прототипом. Нуклеїнат, який запропоновано використовувати при проведенні лікування, добре переноситься хворими, доступний за ціною, є в достатній кількості в аптечній мережі України й тому використання заявленого способу перспективне в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хвора Ш., 45 років, працівниця лакофарбового цеху, хворіє на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, протягом останніх 3 років. Загострення патологічного процесу в печінці відмічає 2-3 рази на рік. За останні 3-4 доби відмічає погіршення свого загального стану: поступово зростала загальна слабкість, нездужання, знизилася апетит і працездатність. У теперішній час хвора Ш. скаржиться на гіркоту в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту й працездатності. При огляді сімейним лікарем встановлена субіктеричність склер, язик густо обкладений білим нальотом. Пульс 78 ударів за хвилину, задовільних властивостей. Артеріальний тиск - 135/80 мм рт. ст. Тони серця - ритмічні, ясні. У легенях - жорстке дихання. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка помірно щільної консистенції, виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, край печінки при пальпації чутливий, заокруглений. Селезінка не пальпується. Температура тіла 36,6 °С. За даними ультразвукового дослідження органів черевної порожнини відмічається збільшення розмірів печінки, підвищення її ехощільності. За даними спірограмми відмічено порушення функції зовнішнього дихання за змішаним типом, за рахунок рестриктивних та обструктивних змін (виражені зміни бронхіальної прохідності на рівні великих та середніх бронхів, різко виражені порушення на рівні дрібних бронхів). Рентгенограма органів грудної клітки хворої Ш.: на рентгенограмах органів грудної клітки у прямій і лівій бічній проєкціях визначається збіднення легеневого рисунку, деформація легеневого рисунку, ознаки лінійного пневмофіброзу переважно в медіальних та середніх зонах на тлі дифузного пневматозу. Візуалізуються також розсіяні тіні бронхів з потовщеними стінками. Корені легень ущільнені, тяжисті, збільшені - більш ліворуч, з нечіткими зовнішніми контурами. Тінь серця без змін. При імунологічному обстеженні встановлена наявність Т-лімфопенії ( $CO3^+$  - лімфоцитів - 52,0 %), зниження кількості Т-хелперів ( $CD4^+$ ) до 33,0 % та імуnoreгуляторного індексу  $Th/Ts$  ( $CD4/CD8$ ) до 1,52, підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові до 3,01 г/л.

Клінічний діагноз: хронічний токсичний гепатит, стадія загострення, хронічне обструктивне захворювання легень II ст.

Виходячи з діагнозу, хворій Ш. було призначено проведення лікування в амбулаторних умовах згідно з заявленим способом, а саме засоби антиоксидантної дії, зокрема аскорбінова кислота й токоферолу ацетат (вітамін Е) та додатково імуноактивний препарат нуклеїнат усередину по 0,5 г (2 капсули) 2 рази на добу протягом 15 діб поспіль.

При динамічному спостереженні було встановлено, що під впливом терапії, що проводилася, у хворої Ш. відмічена позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, чутливість печінкового краю при пальпації зникла вже на 2-гу добу лікування, субіктеричність склер, підвищена стомленість і нездужання - на 3-тю добу, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальна слабкість і зниження працездатності - на 4-ту добу, обкладеність язика нальотом суттєво зменшилася на 6-ту добу лікування й повністю зникла на 8-му добу, тривалість збереження гепатомегалії склала 11 діб, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися, на 14-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, одужання хворої Ш. було досягнуто на кінець другого тижня лікування.

Аналіз імунограми хворої Ш. після завершення курсу лікування дозволив встановити чітку позитивну динаміку імунологічних показників, а саме підвищення  $CO3^+$ -лімфоцитів до 69,0 %, кількості Т-хелперів ( $CD4^+$ ) до 46,0 %, нормалізацію імуnoreгуляторного індексу  $CD4/CD8$  (2,03), зниження концентрації ЦІК у сироватці крові до верхньої межі норми (1,88 г/л).

При диспансерному нагляді хворої Ш. протягом 1 року загострень ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, не встановлено. Отже, проведення лікування в амбулаторних умовах згідно з заявленим

способом забезпечило прискорення досягнення ремісії захворювання та нормалізацію імунних показників.

#### Приклад 2

Хворий Ч., 45 років, працівник нафтопереробного комбінату. Хворіє на ХТГ, сполучений з  
 5 ХОЗЛ протягом останніх 6 років, неодноразово лікувався як амбулаторно, так і в  
 гастроентерологічному стаціонарі. При черговому загостренні ХТГ, сполученого з ХОЗЛ,  
 заявляє скарги на слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, зниження апетиту й  
 працездатності. При огляді хворого сімейним лікарем виявлено субіктеричність склер, язик  
 10 густо обкладений жовтуватим нальотом. Пульс 80 ударів за хвилину, задовільних властивостей.  
 Артеріальний тиск - 120/85 мм рт. ст. Тони серця - ритмічні, ясні. У легенях - жорстке дихання.  
 Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка помірно щільної консистенції, виступає на  
 4 см з-під краю реберної дуги, край печінки при пальпації чутливий, заокруглений. Селезінка не  
 15 пальпується. Температура тіла 36,9 °С. За даними ультразвукового дослідження органів  
 черевної порожнини відмічається збільшення розмірів печінки, підвищення її ехоцильності. За  
 даними спірограми відмічено порушення функції зовнішнього дихання за змішаним типом, за  
 рахунок рестриктивних та обструктивних змін (виражені зміни бронхіальної прохідності на рівні  
 великих та середніх бронхів, різко виражені порушення на рівні дрібних бронхів). Рентгенограма  
 20 органів грудної клітки хворого Ч.: на рентгенограмах органів грудної клітки у прямій і лівій бічній  
 проєкціях визначається збіднення легеневого рисунку, деформація легеневого малюнку, ознаки  
 лінійного пнев-мофіброзу над усією поверхнею легень. Дифузний пневматоз. Візуалізуються  
 також розсіяні тіні бронхів з потовщеними стінками. Корені легень ущільнені, тяжисті, збільшені,  
 з нечіткими зовнішніми контурами. Тінь серця без змін. При імунологічному обстеженні  
 встановлена наявність Т-лімфопенії ( $CD3^+$ -лімфоцитів - 51,0 %), зниження кількості Т-хелперів  
 25 ( $CD4^+$ ) до 30,0 % та імуnoreгуляторного індексу Th/Ts ( $CD4/CD8$ ) до 1,48, підвищення  
 концентрації ЦІК у сироватці крові до 3,06 г/л.

Клінічний діагноз: хронічний токсичний гепатит, стадія загострення, хронічне обструктивне захворювання легень III ст.

Виходячи з діагнозу, хворому Ч. було призначено проведення лікування в амбулаторних  
 30 умовах згідно з заявленим способом, а саме засоби антиоксидантної дії, зокрема аскорбінова  
 кислота й токоферолу ацетат (вітаміну Е) та додатково імуноактивний препарат нуклеїнат  
 усередину по 0,5 г (2 капсули) 3 рази на добу протягом 20 діб поспіль, у залежності від  
 досягнутого ефекту.

При обстеженні в динаміці було встановлено, що під впливом проведеного курсу медичної  
 35 реабілітації у хворого Ч. мала місце позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, чутливість  
 печінкового краю при пальпації зникла вже на 3-тю добу лікування, субіктеричність склер,  
 підвищена стомленість і нездужання - на 4-ту добу, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї,  
 загальна слабкість і зниження працездатності - на 5-ту добу, обкладеність язика нальотом  
 суттєво зменшилася на 7-му добу лікування й повністю зникла на 9-му добу, тривалість  
 40 збереження гепатомегалії склала 12 діб, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися,  
 на 17-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, одужання хворого Ч. було досягнуто  
 на третій тиждень лікування.

При повторному імунологічному обстеженні після завершення курсу лікування хворого Б.  
 встановлена також чітка позитивна динаміка імунологічних показників, а саме зростання  
 45 кількості Т-лімфоцитів ( $CD3^+$ ) до 68,0 %, числа Т-хелперів ( $CD4^+$ ) до 44,0 %, імуnoreгуляторного  
 індексу - до 1,99, зниження вмісту ЦІК у сироватці - до 1,91 г/л.

За даними диспансерного обстеження хворого Ч. протягом 1 року загострень ХТГ,  
 сполученого з ХОЗЛ, не відмічено. Увесь цей термін зберігалася стійка ремісія патологічного  
 процесу. Лабораторне обстеження також дозволило відмітити, що весь цей період вивчені  
 імунні показники були близькі до норми.

50 Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб лікування в  
 амбулаторних умовах хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ, має суттєві переваги відносно  
 відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням досягнення стійкої й тривалої  
 клінічної ремісії ХТГ, сполученого з ХОЗЛ, відсутністю подальших загострень гепатиту, а в  
 патогенетичному плані - нормалізацією імунологічних показників. Заявлений спосіб не потребує  
 55 коштовних або дефіцитних ліків, добре переноситься пацієнтами, а тому він може бути  
 рекомендований для поширеного використання в амбулаторно-клінічній практиці при  
 проведенні лікування хворих на ХТГ, сполучений з ХОЗЛ.

# ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 1. Спосіб лікування в амбулаторних умовах хронічного токсичного гепатиту, сполученого з хронічним обструктивним захворюванням легень, що включає введення засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е), який **відрізняється** тим, що додатково вводять імуноактивний препарат нуклеїнат.
- 10 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що нуклеїнат вводять усередину по 0,5 г (2 капсули) 2-3 рази на добу протягом 15-20 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

---

Комп'ютерна верстка В. Мацело

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601