

Винахід відноситься до медицини, зокрема, пульмонології, і може застосовуватися при лікуванні загострень обструктивних хронічних захворювань легенів.

Відомо, що при обструктивних захворюваннях легенів спостерігається метаболітна імуносупресія, обумовлена ендогенною інтоксикацією внаслідок активної запального процесу. Для корекції дисфункції імункомпетентної системи застосовуються протизапальні препарати (сульфаніламідні, антибіотики при потребі, хромоліни), антигістамінні, бронхолітичні, відхаркувальні препарати, вітаміни С, Е (Ю.Б.Белоусов і соавт. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. - М.: Универсум, 1993. - С. 208-227).

В основу винаходу поставлене завдання створити спосіб лікування хронічних обструктивних захворювань легенів, який скорочує термін лікування хворих, не має побічних дій, забезпечує подовження фази ремісії.

Це досягається, завдяки проведенню комплексного лікування протизапальними, антигістамінними, бронхолітичними, відхаркувальними препаратами, а також додатковим введенням ентеросорбенту сілард П в дозі 100 мг/кг маси тіла на добу на протязі 7-10 днів.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Методика лікування: для оцінки ефективності запропонованого способу лікування комплексно обстежено 138 хворих ХОЗЛ. Пацієнти були розподілені на дві групи, репрезентативні за віком, статтю, ДН і супутніми захворюваннями. Хворі першої групи (59 осіб) отримували традиційну терапію, яка включала в себе бронхолітики (еуфілін 2,4 % розчин - 10 мл внутрішньовенне, папаверіна гідрохлорид 2 % розчин - 2 мл внутрішньом'язево, інгаляції симпатоміметиків: беротеку, астмопенту, сальбутамолу, тощо), протизапальні препарати (антибіотики, сульфаниламідні та інші), відхаркувальні (рефлекторної, резорбтивної дії, муколітики, детергенти). Пацієнти другої групи (79 осіб) поряд з комплексним традиційним лікуванням додатково отримували сілард П (полісорб МП) в дозі 100 мг на кг маси тіла, що в середньому становило 7 г на добу в три прийоми за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі та медикаментів курсом 7-10 діб. Препарат дозволений до клінічного використання наказом Міністерства охорони здоров'я № 84 від 24.04.93 р. (рег. № 93184/5). За хімічною природою - високодисперсний кремнезем (полімерний діоксид кремнію). Частки сорбенту розміром від 4 до 40 нм, круглої форми. Питома поверхня біля 300 м²/г. Препарат добре змішується з водою, утворюючи суспензію. У сіларді в значно більшій мірі, порівняно з іншими сорбентами, виражена протеопікнотична властивість (здатність адсорбувати білки). Швидкість зв'язування білка досить значна (за 1 хвилину реалізується 80 % протеопікнотичної властивості сіларду). Сорбційна ємність сіларду по відношенню до білків перевершує таку у других сорбентів і становить від 400 до 800 мг/г (в залежності від часу виготовлення і умов зберігання) (Н.Б.Луцук і соавт. В сборнике научных трудов: Кремнеземы в медицине и биологии. - Киев-Ставрополь, 1993).

Для підтвердження ефективності запропонованого способу лікування наводимо виписку з історії хвороби.

Хворий К., 59 років. Історія хвороби № 1088, знаходився на стаціонарному лікуванні з 14.02.95 р. по 02.03.95 р. Інвалід II групи за загальним захворюванням. Не палить, алкогольні напої не вживає. При госпіталізації скаржився на приступи ядухи, які виникали 4-5 разів на добу, переважно в нічний час, які купірували інгаляціями сальбутамолу або внутрішньовенним введенням розчину еуфіліну; кашель з виділенням незначної кількості слизового мокротиння; задишку, яка виникала при незначному фізичному навантаженні. Хворіє на протязі 15 років. Початок хвороби зв'язує з перенесеною гострою пневмонією, через деякий час після якої почали виникати напади ядухи. Неодноразово лікувався стаціонарно. Останні 6 років регулярно приймає преднізолон в дозі 10 мг на добу. Відмічає алергічні реакції (вазомоторний риніт) на пилок рослин, дим, різкі запахи; холодову алергію, яка супроводжується нападами ядухи; медикаментозну, зокрема, після прийому антибіотиків, вітамінів групи В, що проявляється кропивницею та набряками Квінке.

При об'єктивному обстеженні виявлено: форма грудної клітки - емфізематозна, симетрична. Перкуторно над легенями кобочний звук, аускультативно - жорстке дихання, розсіяні сухі свистячі хрипи. Межі серця звужені за рахунок емфіземи. Тони серця ослаблені. Пульс 76 за хвилину, ритмічний, задовільних властивостей. АТ 160/90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Нижній край печінки на 1-1,5 см виступає з-під краю реберної дуги, розміри її не збільшені.

Дані допоміжних методів обстеження:

аналіз крові: ІgА - 2,58 г/л, ІgG - 11,5г/л. ІgM - 0,85 г/л, Т-лімфоцити - 40 %, В-лімфоцити - 45 %.

Дослідження ФЗД: Виявлені зміни характерні для дихальної недостатності III ступеня за обструктивним типом.

При рентгенологічному обстеженні виявлена емфізема легенів, дифузний пневмосклероз. На ЕКГ - ознаки гіпертрофії обох шлуночків.

Алергологічне обстеження виявило сенси білі

зацію до домашнього пилу, пуху, холоду.

Діагноз: бронхіальна астма важкого перебігу, хронічний обструктивний бронхіт в фазі загострення, емфізема легенів, пневмосклероз, ДН III ст. Гіпертонічна хвороба II стадії. Полівалентна алергія.

Призначена комплексна терапія з включенням бронхолітичних, відхаркувальних препаратів, преднізолону 25 мг на добу, а також сіларду П в дозі 9 г на добу на протязі 9 днів. Обстеження хворого проводилось щоденно. Через три дні лікування стан хворого дещо змінився: приступи ядухи виникали до 1-2 разів на добу, зменшилась їхня виразність, кашель з виділенням незначної кількості слизового мокротиння зберігався, задишка з'являлась при незначному фізичному навантаженні. На сьомий день

лікування хворого зникли напади ядухи, кашель був сухим, задишка виникала при звичному для хворого фізичному навантаженні. Зменшена доза глюкокортикоїдів на 5 мг. Через 2 тижні лікування стан хворого значно покращився. Напади ядухи не виникали. Зберігався рідкий і сухий кашель. Задишка з'являлась при звичному для хворого фізичному навантаженні. Повністю зникли явища алергії. Зменшена доза глюкокортикоїдів на 5 мг.

При дослідженні крові виявлено: IgA - 1,68 г/л, IgM - 1,5 г/л, IgG – 10,46 г/л. Т-лімфоцити – 49 %, В-лімфоцити – 18 %.

Після закінчення курсу лікування з використанням сіларду П у хворого вдалось досягти значного покращення загального стану, повного зникнення приступів ядухи і ознак алергії, а також зниження дози глюкокортикоидів (преднізолону до 2,5 мг на добу при початковій дозі 25 мг).

Ефективність запропонованого способу лікування підтверджена даними, наведеними в таблицях 1, 2, 3, 4.

Таблиця 1

Вміст Т-клітин в крові хворих ХОЗЛ (M±m)

Групи обстежених	Кількість	Е-РОК, %		Е-РОК*10 ⁹ /л	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Хворі I групи	23	44,91±2,31	46,83±2,37	0,82±0,07	0,93±0,08
Хворі II групи	51	42,39±1,70	51,50±1,58*	0,84±0,09	1,15±0,09*
Практично здорові	26	62,0 ± 2,8		1,11±0,04	

Примітка: знаком * позначена вірогідна різниця в показниках до лікування (P < 0,05)

Таблиця 2

Характеристика Т-системи імунітету обстежених хворих (M±m)

Показники	Контрольна група (донори) n=26	Хворі ХОЗЛ до лікування		Традиційне лікування		Традиційне лікування + сілард	
		n = 74	P	n = 23	P	n = 51	P
1	2	3	4	5	6	7	8
Т-хелпери,* 10 ⁹ /л	0,50±0,08	0,67±0,03	< 0,05	0,59±0,07	> 0,5	0,54±0,03	> 0,5
Т-хелпери, %	23,76±2,69	30,61±1,24	< 0,05	29,30±1,74	> 0,1	28,00±1,23	> 0,1
Т-супресори,* 10 ⁹ /л	0,38±0,06	0,26±0,03	> 0,1	0,30±0,02	> 0,1	0,47±0,03*	> 0,1

Продовження таблиці 2

1	2	3	4	5	6	7	8
Т-супресори, %	18,67±1,67	15,11±0,92	> 0,1	17,69±1,23	> 0,5	22,40±0,71*	< 0,05
Т-хелпери/Т-супресори	1,28±0,49	2,30±0,38	> 0,1	1,68±0,16	> 0,5	1,16±0,07*	> 0,5

Примітки: 1. P - означає вірогідність різниці у порівнянні з контрольною групою

2. Знаком * позначена вірогідна різниця в показниках у порівнянні з хворими до лікування

Таблиця 3

Кількісний склад В-клітин хворих ХОЗЛ (M±m)

Групи обстежених	Кількість	ЕАС-РОК %		ЕАС-РОК * 10 ⁹ /л	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Хворі I групи	23	38,00±1,43	31,87±1,74*	0,68±0,06	0,57±0,05
Хворі II групи	51	38,08±1,13	28,44±1,47*	0,73±0,06	0,51±0,03*
Практично здорові (донори)	26	26,36 ± 3,29		0,46 ± 0,06	

Примітка: Знаком * позначена вірогідна різниця в показниках у порівнянні з хворими до лікування

Таблиця 4

Вміст імоноглобулінів у хворих ХОЗЛ до і після лікування (M±m)

Групи	кількість	Ig G, г/л	Ig M, г/л	Ig A, г/л
-------	-----------	-----------	-----------	-----------

обстежених		до лікув.	після лікув.	до лікув.	після лікув.	до лікув.	після лікув.
Контроль (практично здорові)	26	8,29±0,03	-	1,25±0,07	-	2,60±0,01	-
Хворі I групи	23	11,16±0,26	10,57±0,49	1,42±0,06	1,30±0,07	1,74±0,06	1,69±0,09
Хворі II групи	51	12,38±0,17	9,37±0,13*	1,58±0,05	1,28±0,04	1,78±0,05	1,68±0,03

Примітка: Знаком * позначена вірогідна різниця в показниках у порівнянні з хворими до лікування

37346

Таким чином, комплексне, обстеження імунної системи у хворих обструктивними захворюваннями легенів, в лікуванні яких застосовувався ентеросорбент сілард П, свідчить про те, що він позитивно впливає на імунний статус хворих, сприяє більш швидкій, порівняно з контролем, нормалізації дисфункції імунокомпетентної системи, чим сприяє покращенню загального стану. Ентеросорбція, усуваючи явища ендотоксикозу, створює умови для більш ефективної дії препаратів традиційної терапії.