



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100824** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61K 31/00**  
**A61P 11/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2015 01881</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Мостовой Юрій Михайлович (UA),</b> <b>Вільцанюк Оксана Олександрівна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>03.03.2015</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ</b> <b>МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.</b> <b>ПИРОГОВА,</b> вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.08.2015</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.08.2015, Бюл.№ 15</b>	

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

**(57) Реферат:**

Спосіб лікування негоспітальної пневмонії передбачає застосування антимікробних і муколітичних засобів. Хворим додатково призначають препарат глутоксим по 40 мг внутрішньовенно протягом трьох днів з подальшим введенням глутоксиму по 10 мг внутрішньом'язово протягом двох тижнів.

UA 100824 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до внутрішніх хвороб, і може бути використана для лікування хворих на негоспітальну пневмонію.

Відомий спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію, який полягає в призначенні хворому антибактеріальної терапії, муколітичних засобів, дезінтоксикаційної терапії (Чучалин А.Г., Цой А.Н., Артынов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. III часть.// Consilium Medicum. 2002. - Т. 04, № 12. - с. 51-108). Але при використанні цього способу у хворих виникає ендогенна інтоксикація внаслідок масивного руйнування мікробних клітин, додатково пригнічується імунітет за рахунок токсичної дії антибіотиків та червоний росток кісткового мозку, про що свідчить анемія, яка в тій чи іншій мірі присутня у всіх хворих на негоспітальну пневмонію і особливо виражена у хворих з важким перебігом.

Відомий спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію з проявами ендогенної інтоксикації (Пат. 1842, Україна МПК(2006) А 61Р11/00. Спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію з проявами ендогенної інтоксикації (І.А. Ільюк, В.П. Маленький - заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім... М.І. Пирогова, № U200604174; заяв. 14.04.2006; опубл. 15.11.2006, Бюл. № 11), який полягає в тому, що хворим на негоспітальну пневмонію поряд з традиційним лікуванням призначають 2,5 % розчин тіотриазоліну 4 мл на добу три дні внутрішньовенно на 200 мл фізіологічного розчину, а потім 7 днів внутрішньом'язово.

При використанні розробленого способу покращуються всі види обміну речовин, так як тіотриазолін - препарат метаболічної дії, який опосередковано знижує інтоксикацію, крім того тіотриазолін не стимулює кровотворення і імунну систему організму.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування негоспітальної пневмонії" поставлена задача розробити такий спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію, який би забезпечував стимуляцію кровотворної та імунної системи і тим самим покращував перебіг захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що при лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію на фоні проведення традиційного лікування (антимікробної, муколітичної та дезінтоксикаційної терапії) вводиться препарат глютамін-цистеїн-гліцин динатрію (глутоксим) в перші три дні по 40 мг внутрішньовенно з подальшим введенням препарату по 10 мг внутрішньом'язово протягом двох тижнів.

Принцип методу полягає в наступному: введення препарату по такій схемі дозволяє профілакувати розвиток анемії з подальшою стимуляцією кровотворення, а також розвиток вторинного імунодефіциту внаслідок інтоксикаційного синдрому, який є при негоспітальній пневмонії за рахунок самого захворювання та за рахунок антимікробної терапії, яка викликає інтоксикацію внаслідок швидкої руйнації мікроорганізмів.

Спосіб здійснюється наступним чином: хворим на негоспітальну пневмонію призначають лікування згідно з клінічними настановами. На фоні лікування, що проводиться, з першої доби госпіталізації додатково хворим призначають глутоксим, який вводять внутрішньовенно крапельно на фізіологічному розчині один раз на добу по 40 мг впродовж трьох днів, з подальшим введенням препарату по 10 мг внутрішньом'язово протягом двох тижнів.

Ефективність використання розробленого способу була вивчена у 63 хворих, які лікувались з приводу негоспітальної пневмонії. Хворі були розподілені на 2 групи, репрезентативні за віком і статтю та супутньою патологією. Основну групу склали 32 хворих, а в групі порівняння - 31 хворий. Хворі обох груп отримували лікування за загальноприйнятими методами, а у основній групі лікування проводилось за розробленим способом.

Оцінку ефективності використання розробленого способу в динаміці лікування пневмонії в обох групах хворих проводили за загальноклінічними, лабораторними показниками та тривалістю перебування хворих в стаціонарі.

При використанні розробленого способу лікування негоспітальної пневмонії перебіг захворювання мав більш сприятливий перебіг, про що свідчили швидке зниження температури тіла, більш швидка нормалізація лабораторних показників крові та тривалість перебування хворих в стаціонарі.

Як приклад ефективності використання розробленого способу лікування негоспітальної пневмонії наводимо клінічне спостереження лікування хворого Г., 61 р., і/х № 496, який був госпіталізований 17.01.13 р. в пульмонологічне відділення МКЛ № 1 м. Вінниці. При госпіталізації хворий скаржився на загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 37,9 °С, на біль в грудній клітці, кашель з виділенням харкотиння, задишку при незначному фізичному навантаженні. Захворювання пов'язував з переохолодженням. Вдома протягом п'яти днів лікувався різними народними методами, але стан погіршувався і хворий був вимушений звернутися до лікаря. Після огляду був направлений в пульмонологічне відділення.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого середньої важкості. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Частота дихання 20-22 в 1хв. При перкусії визначалося притуплення перкуторного звуку на рівні нижньої долі лівої легені. При аускультатії зліва в нижніх відділах грудної клітки зліва вислуховувалося ослаблене везикулярне дихання, множинні вологі та сухі хрипи.

Пульс 110 в 1 хв., ритмічний. АТ 140/90 мм рт.ст. Тони серця ритмічні ослаблені на верхівці. Живіт м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка не палькується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення не порушені.

На рентгенограмі ОГК від 27.01.13 р. відмічалось посилення легеневого малюнка, в нижній долі лівої легені відмічалась інфільтрація без чітких контурів. Висновок: пневмонія нижньої долі лівої легені.

При госпіталізації лабораторні показники були наступними: гемоглобін - 139 г/л, лейкоцити -  $17,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 36 мм/год. Сечовина - 7,0 ммоль/л. Креатинін - 0,085 ммоль/л. Загальний білірубін - 19,4 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 69,2 г/л. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - мутна, реакція - кисла, щільність - 1024, білок відсутній, епітелій плоский -2-3 в полі зору, лейкоцити - 5-6 в полі зору, еритроцити одиничні в полі зору.

При цитологічному дослідженні мокротиння кількість лейкоцитів складала 86 %, нейтрофільні лейкоцити 68 % епітеліальні клітини 10 %, альвеолярні макрофаги 4 %, бактерії в великій кількості.

На основі отриманих даних був встановлений діагноз: Негоспітальна пневмонія нижньої долі лівої легені IV кл. гр. ЛН<sub>II</sub>.

З першого дня перебування у стаціонарі хворому було призначено: цефтріаксон 1,0 г в/в крапельно три рази на добу; фромілід уно 0,5 г один раз на добу, глутоксим по 40 мг в/в крапельно 1 раз на добу.

Через 3 доби після проведеного лікування загальний стан хворого значно покращився почало відходити харкотиння, цитологічне дослідження свідчило про зменшення запального процесу.

На третю добу спостереження загальний аналіз крові був наступним: гемоглобін - 108 г/л, лейкоцити -  $13,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 38 мм/год. Сечовина - 6,8 ммоль/л. Креатинін - 0,070 ммоль/л. Загальний білірубін - 17,3 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 66,9 г/л. Загальний аналіз сечі: колір -солом'яно-жовтий, прозорість - прозора, реакція - лужна, щільність - 1014, білок відсутній, епітелій плоский - 3-4 в полі зору, лейкоцити - 5-6 в полі зору, еритроцити відсутні. Хворому відмінено внутрішньовенне введення глутоксиму, а призначено введення препарату по 10 мг внутрішньом'язово.

На п'яту добу кількість лейкоцитів в мокротинні зменшувалась до 48 %, кількість нейтрофілів складала 49 %, епітеліальних клітин до 16 %, альвеолярних макрофагів до 5 %. В посівах росту бактерій не було. Лабораторні показники були наступні: гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити -  $9,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 32 мм/год. Сечовина - 6,0 ммоль/л. Креатинін - 0,067 ммоль/л. Загальний білірубін - 16,6 мкмоль/л. Загальний білок - 70 г/л. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція - кисла, щільність - 1025, білок відсутній, епітелій плоский - 2-3 в полі зору, лейкоцити - 4-5 в полі зору, еритроцити відсутні.

Через 9 діб загальний стан хворого задовільний. Дослідження мокротиння показало, що цитограми набували регенеративного характеру. Кількість лейкоцитів зменшувалась до 30 %, нейтрофілів до 36 %, кількість епітеліальних клітин до 19 %. В посівах росту бактерій не виявлялось.

На дев'яту добу спостереження загальний аналіз крові: гемоглобін -140 г/л, лейкоцити -  $7,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 19 мм/год. Сечовина - 6,0 ммоль/л. Креатинін - 0,062 ммоль/л. Загальний білірубін - 17,4 мкмоль/л. Рівень загального білка - 70 г/л. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція - кисла, щільність - 1018, білок відсутній, епітелій плоский - 3-4 в полі зору, лейкоцити - одиничні в полі зору, еритроцити відсутні.

При рентгенологічному дослідженні деструктивних та інфільтративних змін не виявлено. Корені легень тяжисті, малоструктурні. Синуси вільні. Легеневий малюнок посилений зліва в нижній долі.

На 12 добу хворий був виписаний з стаціонару для подальшого спостереження у лікаря - пульмонолога за місцем проживання. Лабораторні показники перед випискою були наступні. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 148 г/л, лейкоцити -  $6,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 14 мм/год. Сечовина - 6,3 ммоль/л. Креатинін - 0,065 ммоль/л. Загальний білірубін - 16,5 мкмоль/л. Рівень загального білка склав 72 г/л. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, реакція -

кисла, щільність - 1022, білок відсутній, епітелій плоский - одиничний в полі зору, лейкоцити 3-4 в полі зору, еритроцити відсутні.

- 5 Як видно з наведеного прикладу, використання розробленого способу лікування негоспітальної пневмонії сприяло швидкому відновленню лабораторних показників крові, ліквідації вторинної анемії профілакувало виникнення ускладнень і тим самим забезпечувало неускладнений перебіг захворювання та скорочувало термін перебування хворих в стаціонарі.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 Спосіб лікування негоспітальної пневмонії, що передбачає застосування антимікробних, муколітичних засобів, який **відрізняється** тим, що хворим додатково призначають препарат глутоксим по 40 мг внутрішньовенно протягом трьох днів, з подальшим введенням глутоксиму по 10 мг внутрішньом'язово протягом двох тижнів.

---

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

---

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

---

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