



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43812 (13) A

(51) B A61K31/00, A61H33/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

(21) 99116279

(22) 18 11 1999

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл № 11, 2001 р

(72) Нечипорук Сергій Васильович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ М І ПИРОГОВА(57) Спосіб профілактики серцевої недостатності у
хворих на хронічний обструктивний бронхіт табронхіальну астму, що включає призначення брон-
холітичних препаратів, симпатом, іметиків,
вазодилататорів та сечогінних засобів, який
відрізняється тим, що додатково проводять се-
анси ппокстерапії газовою ппоксичною сумішшю
ГГС-10 у циклічному режимі 5 хвилин дихання
ГГС-10 та 5 хвилин - атмосферним повітрям, з
поступовим збільшенням циклів з 1 до 6 протягом
15 днів

Винахід відноситься до медицини, зокрема до пульмонології та реабілітації

Відомо, що застосування у лікуванні хронічних обструктивних захворювань легенів медикаментозних препаратів (бронходилататорів, симпатоміметиків, вазодилататорів, сечогінних засобів), порушує фізіологічну ауторегуляцію вентиляційно-перфузійного співвідношення, що призводить до погіршення оксигенації крові та поглиблення дистрофічних змін міокарда як правого, так і лівого шлуночків. Гіпертрофічні зміни та зниження скоротливої функції міокарда призводять до зростання кінцево-діастолічного тиску між правим шлуночком та легеневою артерією. Збільшення цього показника є першим проявом розвитку недостатності правого шлуночка (Гаврисюк В К, Ячник А І. Хроническое легочное сердце – Киев, 1997 – С 46–81)

В основу винаходу поставлене завдання – профілактика розвитку легеневого серця та запобігання виникненню легенево-серцевої недостатності, що дає змогу зменшити інвалідність та смертність у хворих з хронічними захворюваннями органів дихання

Це досягається тим, що одночасно з підтримуючою терапією (бронходилататори, симпатоміметики, глюкокортикостероїди) проводять сеанси ппокстерапії газовою ппоксичною сумішшю (ГГС–10), яка складається з 10% кисню та 90% азоту. Лікування відбувається у циклічному режимі 5 хв дихання ГГС–10, 5 хв – атмосферним повітрям. Кількість циклів поступово збільшується від 1 до 6. Курс лікування триває 15 днів. Завдяки цьому покращується загальний стан хворого, послаблюються прояви бронхіальної об-

струкції, погіршується вентиляційно-перфузійне співвідношення і як наслідок, зростає оксигенація крові та тканин, усуваються дистрофічні зміни у міокарді

Спосіб здійснюється таким чином на тлі базової підтримуючої терапії проводиться курс ппокстерації. Хворий розташовується сидячи на стільці, дихає газовою ппоксичною сумішшю (ГГС–10), яка складається з 10% кисню та 90% азоту. Процедура відбувається у циклічному режимі 5 хв дихання ГГС–10, потім 5 хв – атмосферним повітрям. Кількість циклів поступово збільшується від 1 до 6, що у сумі складає 30 хв дихання ГГС–10. Вказані процедури проводяться щоденно. Курс лікування складає 15 сеансів.

Приклад 1. Хворий Т, 59 років проходив лікування з діагнозом хронічний обструктивний бронхіт, стадія 2, тяжкий перебіг, фаза ремісії. Емфізема легенів. Пневмосклероз ЛН ІІІ.

Скарги до лікування на задишку при фізичному навантаженні, приступоподібний кашель з гнійним харкотинням, серцебиття, слабкість. Хворіє на протязі 5 років. При аускультатії жорстке дихання з подовженим видихом, хрипи над всією поверхнею легенів. За даними спірографії життєва ємкість легенів (VC) складала 52% від належної величини, об'єм форсованого видиху за першу секунду (FEV1) – 32%, максимальний потік видиху (MEF) на рівні 75% – 18%, MEF50 – 15%, MEF25 – 26%. Кінцево-діастолічний тиск між правим шлуночком та легеневою артерією склав 2,13 мм рт ст.

Хворий проходив курс ппокстерації на тлі підтримуючого лікування. Курс лікування складав 15 сеансів, ГГС–10 утворювалась за допомогою

апарата "Борей-2" Сеанс складався з 6 циклів по 5 хв дихання ГГС-10 та 5 хв дихання атмосферним повітрям

Після курсу лікування стан хворого покращився задишка з'являлась при фізичному навантаженні, яке перевищувало повсякденне, кашель став рідкий, харкотиння у ранковий час до 50 мл VC збільшилось до 61%, FEV1 – до 40%, MEF75 – 20%, MEF50 – 17%, MEF24 – 26% Позитивні зміни спостерігались у стані легеневої гемодинаміки – кінцево-діастолічний тиск зменшився до 1,48 мм рт ст

Таким чином, спостерігалась позитивна динаміка не тільки у клінічному перебігу захворювання, а також у стані роботи правих відділів серця

Приклад 2. Хвора А, 55 років Проходила лікування з діагнозом хронічний обструктивний бронхіт, стадія І, середньоважкий перебіг, фаза ремісії Пневмосклероз ЛН II

Хворіє на протязі 7 років Скарги до лікування на задишку при повсякденному фізичному навантаженні, кашель на протязі доби, виділення харкотиння слизового характеру до 50 мл на добу, зниження працездатності на протязі доби, потливість При аускультатції жорстке дихання, поодинокі хрипи Дані спірографії VC – 60%, FEV1 – 47%, MEF75 – 22%, MEF50 – 24%, MEF25 – 41% Показник кінцево-діастолічного тиску складав 2,82 мм рт ст Після проходження курсу гіпоксітерапії на протязі 3 тижнів по вищезгаданій методиці, загальний стан хворої покращився Задишка виникала тільки при фізичному навантаженні, перевищуючому повсякденне, кашель став рідкий з незначною

кількістю харкотиння, підвищилась працездатність При аускультатції дихання жорстке, хрипи відсутні Покращились показники спірографії VC – 80%, FEV1 – 63%, MEF75 – 38%, MEF50 – 32%, MEF25 – 50% Рівень кінцево-діастолічного тиску знизився до 2,62 мм рт ст при збільшенні ударного об'єму півого шлуночка При цьому не було відмічено ніяких проявів побічної дії гіпоксітерапії, хвора добре переносила курс лікування Позитивні зміни у клінічному перебігу захворювання дали змогу значно зменшити об'єм підтримуючої терапії Хвора звернулася на повторний курс лікування через 3 роки Стан хорої був задовільний продовж цього періоду

Спосіб пройшов клінічне випробування у терапевтичному відділенні та пульмонологічному реабілітаційному центрі МКЛ 2 м Вінниці у 80 хворих на ХОБ та БА у фазі ремісії Давність захворювання складає 8,9 років Контрольна група включала 29 хворих, та була репрезентативна основній В результаті проведеного лікування у хворих основної групи спостерігалось суттєве покращення клінічного перебігу захворювання зменшення нападів ядухи та ступеня задишки, покращення виділення харкотиння, підвищення толерантності до фізичного навантаження Об'єм підтримуючої терапії зменшився у 2–3 рази, чи вона повністю була відмінена За даними спірографії відмічалось зменшення проявів бронхообструктивного синдрому Навантаження на праві відділи серця зменшувались, про що свідчить зменшення кінцево-діастолічного тиску між правим шлуночком та легеневою артерією Дані наведені в таблиці

Групи хворих	VC%		FEV1%		MEF75%		EF50%		MEF25%		Н л/а мм рт.ст.	
	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після
основна	63,7	74,1	53,7	71,2	38,4	54,7	43,2	62,4	47,6	70,1	3,48	2,39
контроль	67,3	71,0	59,1	62,2	46,0	48,5	46,4	49,1	51,9	56,1	3,30	3,35

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м Ужгород, вул Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03