



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **125566** (13) **U**
(51) МПК (2018.01)
A61K 31/00
A61K 31/24 (2006.01)
A61P 37/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2017 12974</p> <p>(22) Дата подання заявки: 27.12.2017</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.05.2018</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.05.2018, Бюл.№ 9</p>	<p>(72) Винахідник(и): Андросов Євген Дмитрович (UA), Юрко Катерина Володимирівна (UA), Соломенник Ганна Олегівна (UA), Могиленець Олена Іванівна (UA), Гаврилов Анатолій Вікторович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022 (UA)</p> <p>(74) Представник: Голданська Анна Вадимівна</p>
---	---

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФЕЛІНОЗ

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих на феліноз включає введення антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, амізону, циклоферону й імуноактивних препаратів. Як імуноактивний препарат вводять нуклекс.

UA 125566 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до способів лікування інфекційних хвороб.

Актуальність предмета корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю фелінозу або хвороби котячих подряпин, і недостатньою ефективністю існуючих способів лікування даного захворювання, яке може тяжко перебігати й призводити до розвитку важких ускладнень.

Існує спосіб лікування фелінозу антибіотиками широкого спектра дії [Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб: Фолиант, 2000. - С. 244-246].

Однак, клінічний досвід свідчить про недостатню ефективність цього способу в частини хворих на феліноз, оскільки в них зберігаються прояви імунодефіциту, а хвороба набуває тривалого перебігу.

Відомий також спосіб лікування фелінозу шляхом додаткового до антибактеріальних препаратів введення протизапальних засобів, які водночас потенціюють дію антибіотиків і стимулюють імунологічну реактивність хворих, зокрема амізон [Патент України на винахід № 46659. МПК А61К 31/00, А61К 33/18. Спосіб лікування фелінозу. Опубл. 15.05.2002, бюл. № 5].

До недоліків цього способу належить те, що в низці випадків він недостатньо швидко ліквідує симптоми інфекційного токсикозу й місцевих запальних явищ, особливо при тяжкому перебігу фелінозу.

Тому був розроблений спосіб лікування хворих на феліноз, при якому додатково до антибактеріальних препаратів та амізону вводять імуноактивний та інтерфероніндукуючий препарат циклоферон, що має й протизапальну дію [Патент України на винахід № 57274. МПК А61К 31/24. Спосіб лікування хворих на феліноз. Опубл. 16.06.2003, бюл. № 6].

Однак, у частини хворих і при використанні цього способу лікування зберігається тривалий перебіг фелінозу, що в патогенетичному плані пов'язано з суттєвим зниженням у хворих функціональної активності макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) і, внаслідок цього, персистенцією збудника фелінозу в макрофагах хворої людини.

У зв'язку з цим, з метою зменшення частоти тривалого перебігу захворювання й скорочення терміну лікування був запропонований спосіб лікування хворих на феліноз шляхом додаткового введення хворим вітчизняного препарату ербісолу, який виявляє імуномодулюючий ефект і сприяє підвищенню активності МФС, а також володіє детоксикуючою дією [Патент України № 63479. МПК А61К 33/18, А61К 31/24. Спосіб лікування хворих на феліноз. Опубл. 15.01.2004, бюл. № 1].

Але, клінічний досвід дозволив встановити, що й у цьому разі в частини хворих все ж таки зберігається досить тривалий перебіг захворювання, що знов же пов'язано зі зниженням у них функціональної активності імунокомпетентних клітин і збереженням вторинного імунодефіциту й водночас високим рівнем продукції прозапальних цитокінів.

Тому було запропоновано додатково до антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, амізону й циклоферону вводити імуноактивний засіб імунофан, який, поряд з високою активністю в плані нормалізації показників Т-клітинної ланки імунітету, також має спроможністю нормалізувати рівень прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ФНПа) у крові хворих та одночасно може використовуватися сумісно з нестероїдними протизапальними препаратами, зокрема амізоном, оскільки його імуномодулююча дія не пов'язана з впливом на систему простагландинів [Патент України на корисну модель №17885. МПК А61К 33/18, А61К 31/24. Спосіб лікування хворих на феліноз. Опубл. 16.10.2006, бюл. № 10].

Однак, при застосуванні й даного способу в деяких хворих на феліноз ще має місце недостатньо швидка ліквідація симптомів інфекційного токсикозу й місцевих запальних явищ.

У зв'язку з цим, був запропонований спосіб лікування хворих на феліноз, який включає введення таким пацієнтам як імуноактивного засобу нуклеїнату [Патент України на корисну модель № 59664. МПК А61К 35/72, А61К 33/18, А61К 31/24. Спосіб лікування хворих на феліноз. Опубл. 26.05.2011, бюл. № 10].

Цей спосіб є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю й результатом, який може бути досягнутий, тому його вибрано як найближчий аналог.

До недоліків найближчого аналога належить те, що в деяких хворих, зокрема при тяжкому перебігу фелінозу, усе ж таки ще зберігаються симптоми інфекційного токсикозу й місцевих запальних явищ.

Задачею корисної моделі було удосконалення існуючого способу лікування хворих на феліноз, зокрема зниження частоти тривалого перебігу захворювання й попередження розвитку гнійно-запальних ускладнень.

Вказана задача вирішується шляхом введення таким пацієнтам як імуноактивного засобу сучасного препарату нуклексу.

Нуклекс - це лікарський засіб, діючою речовиною якого є кислота рибонуклеїнова. Одна капсула препарату містить останньої в перерахуванні на 100 % речовину 250 мг. Нуклекс має специфічну противірусну активність, стимулює міграцію стовбурових клітин у кістковому мозку, відновлює диференціювання, кількісний і якісний склад клітин кісткового мозку й периферичної крові, нормалізує клітинний імунітет, підвищуючи міграцію і кооперацію Т- і В-лімфоцитів і фагоцитарну активність макрофагів, підсилюючи активність чинників неспецифічної резистентності, має протизапальну активність і пригнічує підвищену агрегацію тромбоцитів. В основі фармакотерапевтичних ефектів препарату лежать наступні механізми: стимуляція процесів клітинного метаболізму, посилення біосинтезу ендогенних нуклеїнових кислот, специфічних ферментів і протеїнів, посилення мітотичної активності клітин кісткового мозку, пришвидшення процесів регенерації, підвищення енергозабезпечення клітин шляхом стимуляції синтезу макроергічних сполук, таких як АТФ. Протизапальна активність препарату забезпечується регуляцією аденозинового Adel рецептора, нормалізацією NO-синтезної активності, інгібуванням окислювальних процесів у клітинних мембранах, стабілізацією мембран клітин та оптимізацією окислювально-відновних процесів у тканинах. Нуклекс зареєстрований в Україні як лікарський засіб й дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 41 від 19.01.2017).

Підставою до пропозиції була вперше встановлена нами закономірність, яка полягає в тому, що сукупне введення амізону, циклоферону й нуклексу обумовлює взаємне потенціювання протизапального й особливо імунокоригуючого ефектів усіх трьох препаратів і, поперед усього, стосовно підвищення активності фагоцитарної ланки імунної відповіді. Тому внаслідок такого фармакологічного ефекту в клінічному плані відмічається суттєве поліпшення результатів лікування хворих на феліноз, ніж при використанні способу-найближчого аналога, поперед усього вірогідне зниження частоти тривалого перебігу захворювання й попередження розвитку гнійно-запальних ускладнень. Авторами заявки також було доведено, що комбінація амізону, циклоферону й нуклексу суттєво посилює інтерфероногенез, що перешкоджає збереженню збудника фелінозу в макрофагах та інших імункомпетентних клітинах. Раніше з метою лікування хворих на феліноз комбінація зазначених препаратів не використовувалася, що робить пропозицію авторів корисною моделю новою й перспективною.

Спосіб здійснюють таким чином: хворому на феліноз призначають антибіотики широкого спектра дії в середньотерапевтичному дозуванні, амізон усередину по 0,25 г 3-4 рази на день протягом 7-14 діб поспіль, циклоферон внутрішньом'язово по 2 мл 12,5 % розчину 1 раз на день 5 діб поспіль, потім ще 3-5 ін'єкцій цього препарату з інтервалом через день і додатково - нуклекс усередину по 0,5 г (1 капсулі) 2-3 рази на день протягом 10-15 діб поспіль, залежно від досягнутого ефекту.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих - основна (56 осіб), яка отримувала лікування згідно з заявленим способом, і група зіставлення (43 особи), яка лікувалася відповідно до способу-найближчого аналога. Обидві групи пацієнтів були рандомізовані за віком, статтю й тяжкістю клінічного перебігу захворювання. В обох групах переважали хворі з середньотяжким перебігом фелінозу (48 і 37 осіб відповідно).

Проведені клінічні спостереження дозволили встановити, що застосування заявленого способу сприяє чітко вираженій позитивній динаміці клінічної симптоматики у хворих на феліноз основної групи, зокрема скороченню тривалості збереження синдрому загального інфекційного токсикозу, у тому числі пропасниці, і ліквідації місцевих запальних проявів з боку шкіри й лімфатичних вузлів (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів лікування
на клінічні показники у хворих на феліноз, що були під наглядом ($M \pm m$)

Клінічні показники	Способи лікування фелінозу		P
	заявлений (n=56)	відомий (n=43)	
Тривалість збереження (діб):			
пропасниці	3,5±0,4	6,2±0,6	<0,05
загальної слабкості	4,2±0,4	6,6±0,6	<0,05
нездужання	5,1±0,5	7,2±0,8	<0,05
головного болю	3,5±0,4	5,7±0,5	<0,05
зниження апетиту	5,0±0,5	7,6±0,8	<0,05
ломоти в усьому тілі	4,6±0,4	7,5±0,8	<0,05

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів лікування на клінічні показники у хворих на феліноз, що були під наглядом (M±m)

дифузних міалгій	4,5±0,4	7,2±0,7	<0,05
збільшення лімфатичних вузлів	8,9±0,9	12,7±0,9	<0,05
болісності уражених лімфатичних вузлів при пальпації	5,1±0,5	8,4±0,8	<0,05
частоти нагноєння уражених лімфатичних вузлів (абс. і %)	3/5,36±0,8	4/9,30±1,1	<0,01

Примітка: у таблицях 1-3 стовпчик Р - вірогідність розбіжностей відповідних показників при використанні заявленого й відомого способів; вірогідність розбіжностей стосовно норми: * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001

З таблиці 1 видно, що під впливом проведеного лікування у хворих на феліноз основної групи скорочувалася тривалість збереження пропасниці на 2,7 доби, загальної слабкості - на 2,4 доби, нездужання - на 2,1 доби, головного болю - на 2,2 доби, зниження апетиту - на 2,6 доби, ломоти в усьому тілі - на 2,9 доби, дифузних міалгій - на 2,7 доби, збільшення лімфатичних вузлів - на 3,8 доби, болісності уражених лімфатичних вузлів при пальпації - на 3,3 доби. Суттєво скорочувалася частота виникнення такого типового ускладнення фелінозу, як нагноєння уражених лімфатичних вузлів - в 1,74 разу (P<0,01). У цілому термін одужання пацієнтів, які лікувалися відповідно до заявленого способу, склав 9,8±0,3 доби, у групі, що отримувала лікування згідно з найближчим аналогом - 12,9±0,4 доби, тобто був на 3,1 доби більш тривалішим (P<0,05).

Обсяг лабораторного обстеження хворих обох груп у динаміці (до початку лікування й після його завершення) включав загальний аналіз крові й сечі, а також деякі імунологічні показники, а саме вивчення кількості загальної популяції Т-клітин (CD3⁺), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4⁺) і Т-супресорів/кілерів (CD8⁺) з підрахуванням імунорегуляторного індексу CD4/CD8. Вивчали також функціональну активність Т-лімфоцитів за допомогою реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з фітогем-аглютиніном (ФГА), концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і "середніх молекул" (СМ) у сироватці крові (табл. 2).

Таблиця 2

Лабораторні показники у хворих на феліноз обох груп до початку лікування (M±m)

Лабораторні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=56)	зіставлення (n=43)	
Загальна кількість лейкоцитів, г/л	5-8	13,2±0,5***	12,5±0,4***	>0,05
Нейтрофіли, г/л	1,5-2,4	7,8±0,4***	7,5±0,3***	>0,05
ШОЕ, мм/год.	6-12	48,0±1,8***	48,5±1,7***	>0,05
CD3 ⁺ , %	68,2±2	51,6±1,8*	52,1±0,9*	>0,05
CD4 ⁺ , %	46,0±1,5	30,2±1,2***	29,7±1,3***	>0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	1,62±0,23**	1,57±0,24**	>0,05
РБТЛ з ФГА, %	60±2,1	35,4±1,6***	36,0±1,7***	>0,05
ЦІК, г/л	1,9±0,11	3,1±0,19***	3,4±0,21***	>0,05
СМ, г/л	0,5±0,05	3,2±0,10***	3,1±0,09***	>0,05

Як видно з таблиці, до початку лікування в обох групах лабораторні показники характеризувалися підвищенням загальної кількості лейкоцитів і нейтрофілів, суттєвим підвищенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). З боку імунологічних показників відмічалася Т-лімфопенія, зниження кількості Т-хелперів та імунорегуляторного індексу, що свідчило про наявність відносного супресорного варіанту вторинного імунодефіциту. Рівень ЦІК і концентрація СМ у сироватці крові були також збільшені, тобто мав місце так званий синдром "метаболічної" інтоксикації.

Повторне лабораторне обстеження після завершення курсу лікування дозволило встановити, що використання заявленого способу сприяє нормалізації вивчених імунних і біохімічних показників (табл. 3).

Таблиця 3

Лабораторні показники у хворих на феліноз обох груп після закінчення лікування (M±m)

Лабораторні показники	Норма	Групи хворих		P
		Основна (n=56)	зіставлення (n=43)	
Загальна кількість лейкоцитів	(5-8) г/л	6,0±0,3	8,9±0,4*	<0,05
Нейтрофіли	(1,5-2,4) г/л	2,5±0,2	3,7±0,3**	<0,01
ШОЕ, мм/год.	6-12	12,3±0,5	18,5±0,7**	<0,01
CD3 ⁺ , %	68,2±2	63,8±1,6	55,2±1,4*	<0,05
CD4 ⁺ , %	46,0±1,5	42,9±1,3	27,4±1,1*	<0,01
CD4/CD8	2,0±0,03	2,09±0,04	1,73±0,03*	<0,05
РБТЛ з ФГА, %	60±2,1	57,4±1,7	46,1±1,5*	<0,05
ЦІК, г/л	1,9±0,11	2,13±0,12	2,58±0,13*	<0,05
СМ, г/л	0,5±0,05	0,52±0,06	1,15±0,08**	<0,001

5

Дійсно, у хворих основної групи під впливом проведеного лікування відмічалось зменшення до норми кількості лейкоцитів і нейтрофілів, зниження показника ШОЕ. Рівень CD3⁺ і CD4⁺-лімфоцитів підвищувався, коефіцієнт CD4/CD8 - нормалізувався. Відмічено також збільшення величини показника РБТЛ з ФГА, що свідчило про підвищення функціональної активності Т-лімфоцитів, зменшення загальної кількості ЦІК і концентрації СМ. У той же час, у групі зіставлення позитивна динаміка проаналізованих лабораторних тестів була суттєво менш значуща, тому в неї зберігалися значні порушення імунологічних і біохімічних показників, а саме Т-лімфопенія, зниження величини показника РБТЛ з ФГА й імунорегуляторного індексу, підвищення рівня ЦІК і концентрації СМ у сироватці крові.

10

Отже, отримані дані дозволили встановити, що введення хворим на феліноз комбінації амізону, циклоферону й нуклексу відповідно до заявленого способу, поряд з позитивним впливом на клінічні показники, обумовлює також нормалізацію загальнолабораторних (кількість лейкоцитів і нейтрофілів, ШОЕ) та імунологічних показників, а також зниження рівня СМ у сироватці крові. Тому, застосування заявленого способу лікування фелінозу патогенетично обґрунтоване й клінічно доцільне, а значить обумовлює вирішення задачі корисної моделі.

15

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

20

Приклад 1. Хворий Г., 37 років, захворів раптово. Скаржився на головний біль, нездужання, загальну слабкість, зниження апетиту, ломути в усьому тілі, дифузні міалгії. Виник озноб, температура тіла підвищилася до 38,5 °С. На 3 добу від початку захворювання виник біль у правій пахвовій ділянці, де відмічено збільшення й болісність лімфатичних вузлів. За тиждень до цього роздратована власна кішка сильно подряпала праву долоню пацієнта. При огляді встановлено: загальний стан хворого середньотяжкий, температура тіла 38,6 °С. Пульс - 108 уд/хв., задовільних якостей. Артеріальний тиск - 125/85 мм рт. ст. У правій пахвовій ділянці - збільшення й значна болісність групи лімфатичних вузлів, які досягають розміру 3 × 4 см. Шкіра над вузлами незмінена, їхня пальпація - різко болісна.

25

Дані лабораторного обстеження: аналіз крові - Ер. - 3,3 × 10¹²/л, Нв-127 г/л, Л. - 12,5 × 10⁹/л, е. - 2, п. - 18, с - 60, л - 16, м - 4; ККП = 4,23; ШОЕ - 30 мм/год. Аналіз сечі - сліди білка. РЗК з хламідійним діагностиком збільшилася з 1:5 до 1:40 (кратність зростання титру - 8), що підтвердило діагноз фелінозу. Дані додаткового обстеження: CD3⁺ - 48 %, CD4⁺ - 32 %, CD8⁺ - 21 %, CD4/CD8-1,52, РБТЛ з ФГА - 38 %, ЦІК - 3,04 г/л, СМ-2,76 г/л.

35

Клінічний діагноз: феліноз, типова форма, середньотяжкий перебіг.

Призначено лікування відповідно до заявленого способу, що включало введення антибіотика широкого спектру дії (ампіокс-натрію по 0,5 г 4 рази на добу внутрішньом'язово), амізону по 0,25 г 3 рази на день після вживання їжі протягом 7 діб поспіль, циклоферону у вигляді 12,5 % розчину внутрішньом'язово по 2 мл 1 раз на день 5 діб поспіль, потім ще 3 ін'єкції його з інтервалом через день і додатково -нуклекс усередину по 0,5 г (1 капсулі) 2 рази на день протягом 10 діб поспіль.

40

Під впливом проведеного лікування загальний стан хворого суттєво покращився вже протягом перших 3-х діб лікування, що проявлялося зникненням пропасниці й загальної

слабкості, підвищенням апетиту, ліквідацією ломоти в усьому тілі й дифузних міалгій. При проведенні лікування розміри пахвових лімфатичних вузлів праворуч суттєво зменшилися, болісність їх також знизилася. На четверту добу з початку лікування розміри цих лімфатичних вузлів зменшилися до 0,5 см у діаметрі, їхня болісність повністю зникла. На восьму добу від

5 початку лікування - розміри лімфатичних вузлів уже нормальні, пальпація - безболісна. Скарг на стан здоров'я не пред'являв, температура тіла нормальна.

Повторне лабораторне обстеження: Ер. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb-138 г/л, Л. - $6,8 \times 10^9/л$, е. - 2, п. - 5, с - 62, л - 27, м - 4; ККП - 2,26, ШОЕ - 7 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Імунограма: CD3⁺ - 67 %, CD4⁺ - 46 %, CD8⁺ - 22 %, CD4/CD8-2,10, РБТЛ з ФГА - 59 %, ЦІК - 1,89 г/л, СМ-0,52 г/л.

10 Отже, використання заявленого способу лікування забезпечило прискорення ліквідації симптомів загального токсикозу й регіонарного лімфаденіту, сприяло нормалізації імунологічних показників і концентрації СМ у сироватці крові. Нагноєння збільшених лімфатичних вузлів не було, розміри їх поступово зменшилися до норми, болісність зникла. Відмічено прискорення одужання хворого Г. Загальна тривалість лікування склала 10 ліжко-днів, після чого хворий в

15 задовільному стані був виписаний з інфекційного стаціонару, клінічно одужавши. Ускладнень і рецидивів хвороби не було. Диспансерний нагляд протягом року - пацієнт Г. практично здоровий.

Приклад 2. Хвора С., 38 років, захворіла гостро, коли температура тіла підвищилася до 39,1 °С, виник озноб, з'явилася біль у лівій пахвовій ділянці, збільшилися й стали болісні пахвові

20 лімфатичні вузли зліва. За тиждень до цього хвору сильно подряпала власна кішка - кисть і передпліччя лівої руки. Скаржилася на лихоманку, загальну слабкість, нездужання, лому в усьому тілі, дифузний головний біль, міалгії, зниження апетиту, порушення сну. При огляді: загальний стан хворої тяжкий, температура тіла - 39,3 °С. Пульс - 115 уд/хв., задовільних якостей. Артеріальний тиск - 110/60 мм рт. ст. У пахвовій ділянці зліва відмічається значне

25 збільшення й різка болісність лімфатичних вузлів (діаметр конгломерату лімфовузлів - до 4,2 см).

Дані лабораторного обстеження: аналіз крові - Ер. - $2,9 \times 10^{12}/л$, Hb-125 г/л, Л. - $13,5 \times 10^9/л$, е. - 1, п. - 15, с - 58, л - 23, м - 3, ККП = 4,83, ШОЕ - 34 мм/год. Аналіз сечі - сліди білка. РЗК з хламідійним діагностикомом збільшилася з 1:5 до 1:40 (кратність зростання титру - 8), що

30 підтверджує діагноз феліноз. Дані додаткового обстеження: CD3⁺ - 46 %, CD4⁺ - 30 %, CD8⁺ - 20 %, CD4/CD8-1,5, РБТЛ з ФГА - 36 %, ЦІК - 3,21 г/л, СМ-3,03 г/л.

Клінічний діагноз: феліноз, типова форма, тяжкий перебіг.

Хворій було призначено лікування відповідно до заявленого способу, а саме ампіокс-натрія

35 внутрішньом'язово по 1,0 г 3 рази на добу, амізон по 0,25 г 4 рази на день після вживання їжі протягом 10 діб поспіль, циклоферон по 2 мл 12,5 % розчину внутрішньом'язово 1 раз на день 5 діб поспіль, потім ще 5 ін'єкцій його з інтервалом через день і додатково - нуклекс усередину по 0,5 г (1 капсулі) 3 рази на день протягом 15 діб поспіль.

Клінічний нагляд показав, що під впливом лікування відмічалася позитивна динаміка, а саме мала місце поступова ліквідація симптомів загального токсикозу й місцевих проявів пахвового

40 лімфаденіту. Дійсно, на 4 добу від початку лікування у хворої вже зникли головний біль і пропасниця, на 5 добу - ліквідувалися загальна слабкість, нездужання, ломота в усьому тілі, нормалізувався апетит. Болісність пахвових лімфатичних вузлів зменшувалася в ході лікування, відмічалася також поступове зменшення їхніх розмірів: до початку другого тижня лікування діаметр лімфовузлів складав 1-1,5 см, болісність у лівій пахвовій ділянці була вже незначна. На

45 9 добу від початку лікування загальний стан хворої С. задовільний, температура тіла нормальна, скарг на стан здоров'я практично немає. На 10-ту добу болісність пахвових лімфатичних вузлів зліва повністю зникла, розміри лімфовузлів нормалізувалися на 12-ту добу від початку лікування, нагноєння не було.

Повторне лабораторне обстеження: Ер. - $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb-136 г/л, Л. - $6,6 \times 10^9/л$, е. - 2, п. - 5, с - 57, л - 30, м - 6, ШОЕ - 8 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Імунограма: CD3⁺ - 66 %, CD4⁺ - 44 %, CD8⁺ - 21 %, CD4/CD8-2,10, РБТЛ з ФГА - 59 %, ЦІК - 2,02 г/л, СМ-0,56 г/л.

Загальна тривалість лікування хворої склала 17 ліжко-днів, ускладнень або рецидивів хвороби не було.

Отже, використання заявленого способу забезпечило прискорення одужання хворої С, оскільки більш швидко ліквідувалися прояви загального інфекційного токсикозу й регіонарного

55 лімфаденіту, відмічалася нормалізація імунологічних показників і рівня СМ у сироватці крові. Нагноєння збільшених пахвових лімфатичних вузлів не було, рецидиви хвороби були відсутні. За даними диспансерного нагляду протягом 1 року - стан здоров'я пацієнтки С. задовільний, скарги відсутні.

Таким чином, заявлений спосіб має суттєві переваги відносно способу-найближчого аналога. Його використання сприяє скороченню терміну лікування й зменшенню кількості гнійно-запальних ускладнень. Він не потребує дефіцитних і коштовних ліків. Амізон, циклоферон і нуклекс є в достатній кількості в аптечній мережі України. Тому заявлений спосіб корисний та може бути рекомендований до поширеного застосування в умовах інфекційних відділень, а також в амбулаторно-клінічній практиці й лікарень при лікуванні хворих на феліноз.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб лікування хворих на феліноз, що включає введення антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, амізону, циклоферону й імуноактивних препаратів, який **відрізняється** тим, що як імуноактивний препарат вводять нуклекс.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що нуклекс вводять усередину по 0,5 г (1 капсулі) 2-3 рази на день протягом 10-15 діб поспіль, залежно від досягнутого ефекту.

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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