



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56509

(13) A

(51) 7 A61K35/78

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

1

2

(21) 2002075404

(22) 01 07 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Терьошин  
Вадим Олександрович, Лоскутова Ірина Володи-  
мирівна, Коротін Юрій Леонідович(73) Фролов Валерій Митрофанович, Терьошин  
Вадим Олександрович, Лоскутова Ірина Володи-  
мирівна, Коротін Юрій Леонідович(57) Спосіб медичної реабілітації хворих на гострі  
вірусні гепатити, що включає введення антиокси-

дантів та препаратів розторопши плямистої, який відрізняється тим, що додатково хворим з наявністю так званого постгепатитного синдрому вводять усередину протекфлазид - вітчизняний препарат рослинного походження, при помірній виразності постгепатитного синдрому по 5 крапель 3 рази на добу протягом 15-20 діб, при середній виразності - по 8 крапель 3 рази на добу протягом 20-30 діб та при значній виразності постгепатитного синдрому по 10 крапель 3 рази на добу протягом 30-40 діб поспіль

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до способів медичної реабілітації хворих з патологією печінки

Актуальність проблеми пов'язана зі значною поширеністю захворювань на патологію печінки в сучасних умовах, а саме на вірусні гепатити (ВГ), причому у зв'язку зі значенням забруднення довкілля в промислово розвинутих районах, дуже часто після перенесених гострих ВГ зберігається так званий "постгепатитний синдром", а можлива трансформація захворювання в хронічну патологію печінки. Це сприяє зростанню кількості хворих з несприятливими виходами гострих ВГ і потребує удосконалення існуючих способів медичної реабілітації хворих на гострі ВГ.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на гострі ВГ шляхом призначення в період реконвалесценції комплексу препаратів з активною дією - токоферолу ацетату, аскорбінової кислоти, аевіту (Подымова С.Д. Болезни печени - Изд. 3-е-М. Медицина, 1998 - С. 224-226). Однак цей спосіб недостатньо ефективний, він не забезпечує профілактики уражень жовчовивідних шляхів у хворих на гострі ВГ в період реконвалесценції, і тому потребує удосконалення.

Для удосконалення існуючого способу запропоновано додатково призначати хворим на гострі ВГ в період реконвалесценції лікарські препарати рослинного походження, переважно з розторопши плямистої - сілі бор, карсил та інші (Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. Пер. С нем. - М.

Медицина, 1999 - С. 42-44). Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відноситься те, що у хворих зберігаються суттєві розлади з боку імунної системи, що може сприяти розвитку рецидивів захворювання або трансформації в хронічну патологію печінки. Тому існуючий спосіб потребує подальшого удосконалення.

Задачею винаходу було підвищення ефективності способу медичної реабілітації хворих на гострі ВГ шляхом додаткового введення нового вітчизняного препарату рослинного походження протекфлазиду.

Протекфлазид - препарат, в якому поєднуються імуномодельючі, протівірусні та гепатозахисні ефекти, тому він сприяє елімінації вірусів з організму, обумовлює м'який імуномодельючий вплив на стан паренхіми печінки, знижує виразність цитолітичного синдрому. Тому нами було запропоновано використати Протекфлазид з метою медичної реабілітації осіб, які переохворіли на гострі ВГ, встановлені оптимальні дози та строки призначення протекфлазиду хворим в залежності від типу гепатиту (А або В), варіанту клінічного перебігу (гострий цитолітичний або холестатичний), та виразності так званого постгепатитного синдрому.

Наші пропозиції базуються на вперше встановленій нами закономірності, що Протекфлазид при спільному введенні з препаратами розторопши плямистої потенціює гепатопротекторну дію препаратів розторопши, а крім того оказує чітко вира-

(13) A

(11) 56509

(19) UA

зний імуномодельючий ефект, що обумовлює повноцінну медичну реабілітацію осіб, які перехворіли на гострі ВГ.

Спосіб здійснюється таким чином. Особам, які перехворіли на гострі вірусні гепатити А або В та мають негаразди в періоді реконвалесценції - зберігаються гепатомегалія, загальна слабкість, нездужання, ппертрансфераземія, тобто прояви так званого "постгепатитного" синдрому, призначають комплекс антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), препарати з розторопши плямистої (сілібор або карсил) в середньо терапевтичних дозуваннях та додатково протектизол - при помірній виразності постгепатитного синдрому по 5 крапель 3 рази на добу усередину протягом 15-20 діб, при середній виразності постгепатитного синдрому - по 8 крапель 3 рази на добу протягом 20-30 діб, та при значній виразності постгепатитного синдрому - по 10 крапель 3 рази на добу протягом 30-40 діб поспіль.

При розробці запропонованого способу медичної реабілітації хворих на гострі ВГ нами було обстежено 80 хворих на гострий ВГА віком від 16 до 30 років та 60 хворих на гострий ВГВ у віці від 36 до 59 років. Діагнози ВГА та ВГВ підтверджені виявленням в крові хворих відповідних маркерів за допомогою ІФА. При проведенні обстежень нами були обрані хворі на гепатити, в яких в періоді реконвалесценції мав місце так званий постгепатитний синдром, а саме зберігалася гепатомегалія, скарги на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження працездатності. У частини хворих був субфебрилітет, чутливість краю печінки, позитивний симптом Кера, що свідчило про ураження жовчовивідних шляхів. В крові в обстежених хворих з постгепатитним синдромом зберігалася помірна ппертрансфераземія, підвищення рівня фракції прямого (зв'язаного) білірубину та показника тимолової проби.

Були створені 2 групи - основна, яка включала 40 хворих на ВГА та 30 хворих на ВГВ в періоді реконвалесценції та група співставлення, яка включала таку ж кількість хворих. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих та виразністю постгепатитного синдрому. Хворі з основної групи отримували курс медичної реабілітації відповідно запропонованому способу, хворі з групи співставлення - відносно способу-прототипу. Потім співставляли отримані дані в основній групі та групі співставлення окремо для реконвалесцентів ВГА та ВГВ. Обробка отриманих цифрових даних здійснювалася на персональному комп'ютері Селігон 300А з використанням стандартних пакетів прикладних програм.

Проведені клінічні спостереження та лабораторні обстеження дозволили встановити, що в основній групі реконвалесцентів, яка отримувала медичну реабілітацію згідно до запропонованого способу, відмічається чітко виражений позитивний ефект відносно групи співставлення, які з'являються в прискоренні досягнення стійкої повноцінної клінічної ремісії, сприятливому перебігу періоду реконвалесценції гепатитів, більш швидкому досягненню нормалізації біохімічних показників у хворих з вираженим постгепатитним синдромом, ліквідації астеничних проявів, залишкової

гіпертрансфераземії, нормалізації розмірів печінки. В основній групі також швидко ліквідувалися клінічні прояви патології жовчовивідних шляхів, якщо вони були у того але іншого пацієнта.

Так, в основній групі серед реконвалесцентів ВГА відмічено скорочення тривалості збереження гепатомегалії у середньому на  $4,9 \pm 0,2$  дні, загальної слабкості, нездужання, зниження апетиту - на  $4,5 \pm 0,3$  дні, зниженої працездатності та підвищеної дратівливості - на  $5,6 \pm 0,35$  дні, ппертрансфераземії - на  $10,6 \pm 1,2$  дні, підвищення показника тимолової проби - на  $8,8 \pm 0,3$  дні, збільшення фракції пов'язаного (прямого) білірубину - на  $7,7 \pm 0,25$  дні ( $P < 0,01$ ). У реконвалесцентів основної групи астеничний синдром зникав протягом 4-5 днів, тоді як в групі співставлення його тривалість склала 10-15 діб та більш. У реконвалесцентів групи співставлення з наявністю вираженого астеничного синдрому, як правило, був суттєво виражений також і постгепатитним синдромом, а саме тривало гепатомегалія відмічалася чутливість або помірна болісність в точці Кера, була підвищена активність АлАт ( $1,3-2,1$  ммоль/год л), АсАт ( $1,0-1,8$  ммоль/год л), а також пряма фракція білірубину ( $6,0-12,9$  мкмоль/л) та тимопова проба (6-10 од.).

В основній групі реконвалесцентів ВГВ використання запропонованого способу медичної реабілітації обумовило також суттєве поліпшення перебігу періоду реконвалесценції відносно реконвалесцентів ВГВ з групи співставлення. Дійсно, тривалість збереження гепатомегалії у реконвалесцентів основної групи була на  $8,3 \pm 0,9$  діб менш, залишкової гіпертрансфераземії - на  $14,6 \pm 1,2$  діб ( $P < 0,01$ ). Середня тривалість збереження серед реконвалесцентів ВГВ основної групи загальної слабкості, нездужання, підвищеної

стомлюваності та інших проявів астеничного синдрому склала  $6,6 \pm 0,5$  діб серед реконвалесцентів ВГВ групи співставлення -  $18,8 \pm 1,3$  діб, тобто в 2,8 разів більш. Показово, що серед реконвалесцентів ВГВ, які отримували медичну реабілітацію згідно до запропонованого способу, суттєво швидше, ніж в групі співставлення, зникали скарги на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту у роті, а при огляді - чутливість краю печінки та позитивний симптом Кера, що свідчило про ліквідацію запальних явищ з боку жовчовивідних шляхів. В групі співставлення з 30 реконвалесцентів ВГВ у 20 (66,7%) осіб тривало зберігалася прояви постгепатитного синдрому, у 15 (50%) - гепатомегалія, у 13 (43,3%) - ппертрансфераземія ( $1,8-2,2$  ммоль/год л). У 14 (46,7%) реконвалесцентів ВГВ групи співставлення тривалий час зберігалася гіркота у роті, тяжкість у правому підребер'ї, чутливість або помірна болісність у точці Кера та чутливість краю печінки при пальпації, що свідчило про наявність уражень жовчовивідних шляхів. Це було також підтверджено даними УЗД органів черевної порожнини. В цілому стійка реконвалесценція в основній групі хворих на ВГВ була досягнута на  $18,8 \pm 1,2$  доби раніше ніж в групі співставлення ( $P < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на гострі ВГ має суттєві переваги відносно існуючого способу - прототипу. Вони проявляються в прискоренні

досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії, ліквідації запальних явищ з боку жовчовивідної системи а також астеничних проявів. Прискорення досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії обумовлює підвищення працездатності осіб, які пройшли курс медичної реабілітації згідно до запропонованого способу. Диспансерний нагляд протягом 12 місяців дозволив встановити ефективність запропонованого способу, відсутність у перехворілих на ВГВ рецидивів та загострень патологічного процесу в печінці.

Вивчення імунологічних показників дозволило встановити, що в періоді реконвалесценції гострих ВГ, при наявності постінфекційної астеної і так званого постгепатитного синдрому відмічаються суттєві зсуви з боку імунологічних показників, особливо при ВГВ. Принципово вони характеризуються наявністю Т-лімфопенії, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно за рахунок зниження кількості циркулюючих CD4+-клітин (Т-хелперів/індукторів), у зв'язку з чим у більшості хворих імунорегуляторний індекс CD4/CD8 був зниженим. Загальна консультація ЦІК підтримувалася, особливо при ВГВ, переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних (11S-19S) імунних комплексів. Отже, як представлено в таблицях 1 та 2, в обстежених хворих з наявністю постгепатитного та астеничного синдромів в періоді реконвалесценції гострих ВГ, особливо ВГВ мала місце наявність вторинного імунодефіциту. Вихідні дані імунологічного обстеження у хворих з основної групи та групи співставлення

були практично однакові як при ВГА (таблиця 1) Так і при ВГВ (таблиця 2).

Повторне обстеження після проведення курсу медичної реабілітації дозволило встановити позитивну динаміку імунологічних показників в основній групі, в той час як в групі співставлення зберігалися суттєві зсуви імунологічних показників.

З таблиці 1 видно. Що до початку проведення медичної реабілітації у хворих на ВГА обох груп в періоді реконвалесценції зберігалися суттєві зміни з боку імунологічних показників, а саме зниження кількості CD3+ та CD4+-лімфоцитів, коефіцієнту CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, особливо за рахунок збільшення концентрації найбільш патогенної фракції імунних комплексів середньомолекулярної маси (11S-19S). Після завершення курсу медичної реабілітації у хворих на ВГА з основної групи, яка отримувала реабілітацію згідно до запропонованого способу, відмічалася чітка позитивна динаміка імунологічних показників, а саме нормалізація кількості CD3+ та CD4+-лімфоцитів, імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК, а також нормалізація кількості найбільш патогенних середньомолекулярних комплексів (таблиця 1). В групі співставлення динаміка імунологічних показників була суттєво менш виражена, зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, переважно за рахунок найбільш патогенної фракції (11S-19S), тобто явища вторинної імунологічної недостатності (вторинного імунодефіциту).

Таблиця 1

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на динаміку імунологічних показників у реконвалесцентів ВГА ( $M \pm m$ )

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=40)	Група співставлення (n=30)	P
CD3+, %	69,9±2,1	$\frac{56,1 \pm 2,3}{68,2 \pm 1,8}$	$\frac{55,9 \pm 2,1}{56,5 \pm 1,5}$	>0,1 <0,05
CD4+, %	45,5±1,5	$\frac{37,2 \pm 1,2}{45,4 \pm 1,1}$	$\frac{37,9 \pm 1,6}{39,2 \pm 0,9}$	>0,1 <0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	$\frac{1,4 \pm 0,02}{2,0 \pm 0,03}$	$\frac{1,38 \pm 0,03}{1,55 \pm 0,02}$	>0,1 <0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	$\frac{1,4 \pm 0,02}{2,0 \pm 0,03}$	$\frac{2,96 \pm 0,09}{68,2 \pm 1,8}$	>0,1 <0,05
фракція, % (11S-19S)	31,3±1,2	$\frac{1,4 \pm 0,02}{2,0 \pm 0,03}$	$\frac{42,0 \pm 1,9}{36,9 \pm 1,9}$	>0,1 = 0,05
г/л	0,59±0,02	$\frac{1,22 \pm 0,05}{0,65 \pm 0,02}$	$\frac{1,28 \pm 0,06}{0,97 \pm 0,03}$	>0,1 <0,05

Примітка: в табл. 1 і 2 в чисельнику – показник до початку проведення реабілітації, в знаменнику – після завершення курсу медичної реабілітації, P підрховано між показниками в основній групі та групі співставлення.

В групі хворих ВГВ в періоді ранньої реконвалесценції імунологічні зсуви були ще більш виражені, ніж при ВГА, що поєдналося також з більш

вираженим астеничним та постгепатитним синдромом. Принципово в обстежених хворих відмічалася зниження рівня CD4+ та CD4+-лімфоцитів,

коефіцієнту CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, переважно за рахунок найбільш патогенних середньо молекулярних імунних комплексів, тобто фракції (11S-19S), що свідчило про наявність вторинного імунodefіциту. В основній групі та групі співставлення імунні порушення до початку проведення курсу медичної реабілітації були практично однакові (таблиця 2).

З таблиці 2 видно, що в основній групі реконвалесцентів ВГВ після завершення курсу медичної реабілітації відмічається практично повна нормалізація вивчених імунологічних показників, а саме

кількості CD3+ та CD4+-клітин, коефіцієнту CD4/CD8, який віддзеркалює співвідношення Т-хелперів та Т-супресорів (Th/Ts), рівня ЦІК та вмісту найбільш патогенних середньо молекулярної фракції (11S-19S) імунних комплексів.

В групі співставлення також відмічалася деяка позитивна динаміка імунологічних показників, однак суттєво менш значуща, ніж у реконвалесцентів основної групи, у зв'язку з чим в осіб, які були в групі співставлення, зберігався вторинний імунodefіцит.

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на динаміку імунологічних показників у реконвалесцентів ВГВ (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=40)	Група співставлення (n=30)	P
CD3+, %	69,9±2,1	$\frac{50,2 \pm 1,8}{67,7 \pm 1,7}$	$\frac{50,3 \pm 1,9}{55,2 \pm 1,8}$	$>0,1$ $<0,05$
CD4+, %	45,5±1,5	$\frac{35,5 \pm 1,2}{44,9 \pm 1,1}$	$\frac{35,3 \pm 1,1}{38,2 \pm 0,8}$	$>0,1$ $<0,05$
CD8+, %	22,9±1,1	$\frac{20,8 \pm 0,8}{22,8 \pm 0,9}$	$\frac{21,2 \pm 0,7}{20,9 \pm 0,8}$	$>0,1$ $=0,05$
CD4/CD8	2,0±0,03	$\frac{1,7 \pm 0,02}{1,97 \pm 0,01}$	$\frac{1,67 \pm 0,02}{1,85 \pm 0,01}$	$>0,1$ $<0,05$
ЦІК, г/л	1,88±0,03	$\frac{3,38 \pm 0,1}{2,06 \pm 0,1}$	$\frac{3,42 \pm 0,2}{2,75 \pm 0,12}$	$>0,1$ $<0,05$
фракція, % (11S-19S)	31,3±1,2	$\frac{43,3 \pm 1,9}{32,2 \pm 1,6}$	$\frac{42,8 \pm 1,8}{36,6 \pm 1,8}$	$>0,1$ $<0,05$
г/л	0,59±0,02	$\frac{1,46 \pm 0,06}{0,66 \pm 0,02}$	$\frac{1,46 \pm 0,06}{1,0 \pm 0,05}$	$>0,1$ $<0,05$

Отже, отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу медичної реабілітації гострих ВГ та його перспективності для клінічної практики. Поряд з нормалізацією самопочуття та загального стану реконвалесцентів, використання запропонованого способу сприяє ліквідації вторинного імунodefіциту в обстежених осіб, які перехворіли на гострі ВГ, що підтверджує патогенетичну значущість запропонованого способу.

Наводимо конкретні приклади використання запропонованого способу.

#### Приклад 1

Хворий С, 20 років, студент, знаходився в інфекційному стаціонарі протягом 26 ліжко-днів із діагнозом "гострий ВГА, гостра жовтянична форма, цитолітичний варіант, середньо-тяжкий перебіг захворювання". Діагноз підтверджений серологічне виявленням в крові хворого анти-HAV класу Ig M при відсутності маркерів ВГВ та ВГС. Перебіг захворювання був типовим, та характеризувався наявністю жовтяниці. Гепатомегалії, гіпербілірубінемії, підвищення рівня пов'язаної (прямої) фракції білірубіну, збільшення активності АЛАТ та АсАТ,

значним підвищенням тимолової проби (25 од.), лікування проводилося з використанням базисної та глюкозо-вітамінної терапії, відповідних режиму і дієти (стіл 5а). Під впливом проведеного лікування загальний стан хворого покращився, зникла жовтяниця, зменшилися розміри печінки, нормалізувався рівень загального білірубіну. Однак в період реконвалесценції у хворого зберігалася загальна слабкість, нездужання, зниження працездатності, був поганий апетит. Відмічалася тяжкість в правому підребер'ї. При огляді встановлено наявність субіктеричності склер, обкладання язика густим білим нальотом, помірна гепатомегалія (+3см), чутливість краю печінки при пальпації, слабо позитивний симптом Керра. В крові хворого була підвищена активність амінотрансфераз (АЛАТ - 1,96ммоль/год л, АсАТ - 1 26ммоль/год л), показник тимолової проби (9,6 од.), вміст прямої фракції білірубіну (10,2ммоль/л).

У зв'язку із збереженням в періоді реконвалесценції у хворого С ознак астеничного та так званого постгепатитного синдрому, хворому був призначений курс медичної реабілітації відповідно

запропонованого способу, а саме комплекс антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), карсил у середньотерапевтичних дозуваннях та додатково протефлазід по 5 крапель 3 рази на добу усередину потягом 15 діб поспіль.

Під впливом проведеного курсу медичної реабілітації загальний стан хворого та його самопочуття суттєво покращилися вже на початку другої доби проведення реабілітації. Розміри печінки нормалізувалися на сьому добу проведення реабілітації, біохімічні показники (білірубін, АлАТ, АсАТ, тимолова проба) - на 8-10 добу. Зникла чутливість печінки при пальпації, симптом Кера - негативний. Встановлена також позитивна динаміка імунологічних показників: CD 3+ - до початку профілактики 56%, після завершення - 68%, CD 4+ - відповідно 37% і 45%, імунорегуляторний індекс - 1,4 і 2,0, рівень ЦІК - 3,06г/л і 1,92г/л, вміст середньомолекулярної фракції (11S-19S) - 41% (1,25г/л) та 32,5% (0,62г/л).

Отже. До завершення курсу медичної реабілітації у хворого С досягнута повноцінна клініко-біохімічна ремісія, повністю ліквідувалися так звані постгепатитний та астеничний синдроми, нормалізувалися біохімічні та імунологічні показники. Диспансерне обстеження протягом 12 місяців дозволило встановити тривалість досягнутої ремісії, рецидивів гепатиту не було, загальний стан хворого та його самопочуття добрі, скарг на стан здоров'я немає, функціональні проби печінки в межах норми.

#### Приклад 2

Хвора К, 48 років, робітниця, знаходилася в інфекційному стаціонарі з приводу гострого вірусного гепатиту В, холестатичного варіанту, середньо тяжкого перебігу захворювання протягом 2 місяців. Діагноз підтверджений виявленням в крові маркерів ВГВ за допомогою ІФА. В періоді реконвалесценції у хворої зберігалися загальна слабкість, нездужання, пркота у роті, зниження апетиту, погане самопочуття. Скаржилася також на тяжкість у правому підребер'ї, порушення сну, підвищену дратівливість. Суттєве зниження працездатності, підвищену стомлюваність.

При біохімічному обстеженні встановлена наявність помірної гіпербілірубінемії (30,6мкмоль/л), підвищення пов'язаної (прямої) фракції (15,6мкмоль/л), збільшення активності амінотрансфераз сироватки крові (АлАТ - 1,99ммоль/год л,

АсАТ - 1,36ммоль/год л), підвищення тимолової проби (9,8 од.). При огляді встановлено наявність помірно жовтяниці склер та субіктеричності шкіри, гепатомегалії (+3-5 см), чутливість краю печінки при пальпації, позитивний симптом Кера. Язик густо обкладений білим нальотом. Отже, у зв'язку з наявністю астеничного та постгепатитного синдрому, хворій К. призначено проведення курсу медичної реабілітації відповідно до запропонованого способу, а саме шляхом введення комплексу антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), карсилу та додатково протефлазиду по 10 крапель 3 рази на добу усередину потягом 40 діб поспіль.

При динамічному обстеженні було встановлено, що у хворої К. під впливом курсу медичної реабілітації поступово зникли скарги, покращалося самопочуття та загальний стан. Жовтяниця зникла на десяту добу від початку проведення медичної реабілітації, до початку третього тижня реабілітації знизилися розміри печінки, зникла чутливість печінки при пальпації та симптом Кера став негативний. Повторне біохімічне обстеження дозволило встановити, що до кінця 1-го місяця медичної реабілітації нормалізувалися функціональні проби печінки - білірубін загальний - 18,8мкмоль/л, пряма фракція - 3,2мкмоль/л, АлАТ - 0,56ммоль/год л, АсАТ - 0,42ммоль/год л, тимолова проба - 4,5 од. Відмічалася також позитивна динаміка імунологічних показників (CD3+ 50% до початку проведення медичної реабілітації та 66% після її завершення, CD4+ відповідно 35% і 45%, індекс CD4/CD8 - 1,65 і 2,05, рівень ЦІК - 3,32г/л і 1,98г/л, середньомолекулярна фракція імунних комплексів 42,5%, тобто 1,37г/л та 32,5% тобто 0,64г/л).

Отже, під впливом запропонованого курсу медичної реабілітації досягнута повноцінна клініко-біохімічна ремісія ВГВ у хворої К., яка супроводжувалася нормалізацією імунологічних показників. Проведення диспансерного нагляду протягом 12 місяців дозволило встановити повноцінність досягнутої ремісії та відсутність рецидивів або загострень гепатиту.

Таким чином, запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на гострі ВГ має суттєві переваги щодо існуючого способу-прототипу. Спосіб корисний і може бути рекомендований для поширеного використання в умовах медичної практики.