



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57365

(13) A

(51) 7 A61K33/06

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЦИТОЛІТИЧНОГО ВАРІАНТУ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДОРОСЛИХ

1

2

(21) 2002097286

(22) 09 09 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Терьошин
Вадим Олександрович, Лоскутова Ірина
Володимирівна, Шаповалова Ірина Олександрівна
(73) Фролов Валерій Митрофанович, Терьошин
Вадим Олександрович, Лоскутова Ірина
Володимирівна, Шаповалова Ірина Олександрівна(57) Спосіб лікування цитолітичного варіанту
гострого вірусного гепатиту А у дорослих, що
включає призначення ліжкового режиму, дієти
відповідно столу 5 або 5а, глюкозо-вітамінної
терапії та комплексу антиоксидантів, який
відрізняється тим, що додатково хворому
вводять гепатопротекторний препарат антраль по
0,2 г 3-4 рази на день усередину протягом 10-15
днів поспіль

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до гепатології.

Актуальність проблеми винаходу пов'язана зі значною розповсюдженістю вірусного гепатиту А в сучасних умовах, нерідким розвитком тривалого перебігу захворювання, особливо серед хворих, які мешкають в екологічно несприятливих умовах регіонів України та інших країн СНД, в яких відмічається високий рівень забруднення довкілля ксенобіотиками або радіонуклідами, що негативно впливає на стан імунітету та гепатобіліарної системи. Тому вельми актуальною є розробка патогенетично обґрунтованих способів лікування найбільш часто зустрічаючого цитолітичного варіанту (ЦВ) гострого вірусного гепатиту А (ГВГА).

Існує спосіб лікування ЦВ ГВГА шляхом призначення ліжкового режиму (до зникнення жовтяниці), відповідної дієти (стіл 5 або 5а) та глюкозо-вітамінної терапії (Дунаевский О.А. Вирусный гепатит А. В кн. Инфекционные болезни / Под ред. акад. В.И. Покровского - М: Медицина, 1996 - С. 226-232).

Однак цей спосіб у низці випадків недостатньо ефективний та не забезпечує прискорення одужання хворих на ГВГА, у зв'язку з чим хвороба може тривати, відмічаються загострення та рецидиви гепатиту.

Тому для підвищення ефективності лікування ЦВ ГВГА запропоновано використання дієти з підвищеним рівнем білка та амінокислот (Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей / Пер. с англ. - М: Медицина, 1999 - С. 308-309). Однак у деяких випадках при гострому гепатиті А

високобілкова дієта може сприяти погіршенню загального стану хворих та функціональних проб печінки.

Існує також спосіб лікування ЦВ ГВГА шляхом введення хворим протизапального препарату амізону (Амизон. применение в лечении и профилактике инфекционных болезней. Методические рекомендации - Киев, 2000 - С. 28-31). Однак у частини хворих амизон викликає диспепсичні явища. Крім того, оскільки до складу амізону входить йод, лікування цим препаратом протипоказано тим хворим, у яких відмічається підвищена чутливість до йоду.

Відомий також спосіб лікування ЦВ ГВГА у дорослих, при якому крім ліжкового режиму, відповідної дієти (стіл 5 або 5а) глюкозо-вітамінної терапії хворим вводять комплекс антиоксидантів (аскорутін, аевіт), що в патогенетичному плані зменшує вираженість пероксидації ліпідів, а в клінічному - сприяє прискоренню одужання хворих на ГВГА (Фролов В.М. Досвід лікування гострого вірусного гепатиту А при спалаховому характері інфекції // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. 36 наук. праць - Київ, Луганськ, Харків, 1998 - Вип. 6 (20) - С. 116-128). Цей спосіб є найбільш ефективним з існуючих і тому обрано в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих на ЦВ ГВГА все-таки відмічається тривалий перебіг хвороби (так званий "хвилеподібний" варіант перебігу гепатиту) з розвитком загострень патологічного процесу в паренхімі печінки. Тому існуючий спосіб лікування ЦВ ГВГА потребує подальшого удосконалення.

(13) A

(11) 57365

(19) UA

Задачею винаходу було підвищення ефективності лікування ЦВ ГВГА та прискорення одужання хворих шляхом додаткового введення дорослим хворим нового вітчизняного гепатопротектору антралю

Авторами заявки на винахід було вперше ретельно вивчена фармакологічна активність антралю в умовах експерименту, встановлена його висока гепатозахисна та антиоксидантна дія, що було підставою для подальшого вивчення ефективності антралю при захворюваннях печінки в клінічних умовах. При цьому нами було вперше встановлено наявність взаємно потинцюючої дії антралю та антиоксидантів у плані реалізації антиоксидантного і імунотропного ефектів. Це дало нам можливість патогенетичне обґрунтувати доцільність призначення хворим на ЦВ ГВГА комбінації антиоксидантів і антралю.

Отже, нами було патогенетичне обґрунтовано доцільність використання в комплексній терапії ЦВ ГВГА комплексу антиоксидантів і антралю додатково до відповідної дієти (стіл 5а), ліжкового режиму та глюкозо-вітамінної терапії. Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Дорослому хворому із встановленим діагнозом ЦВ ГВГА призначають ліжковий режим (до зникнення або суттєвого зменшення жовтяниці), відповідну дієту (стіл 5 або 5а), глюкозо-вітамінну терапію, антиоксидантні препарати (аевіт, аскорутин) у середньо терапевтичних дозах та додатково - новий вітчизняний гепатопротектор антраль, усередину після їжі по 0,2 г 3-4 рази на добу протягом 10 - 15 діб поспіль (тобто курсова доза антралю при лікуванні хворих на ЦВ ГВГА складає від 6 до 12г).

При розробці запропонованого способу лікування хворих з ЦВ ГВГА було обстежено дві групи пацієнтів з цим діагнозом: основна (102 хворих, з них 46 чоловіків та 56 жінок віком від 18 до 32 років) та група співставлення (120 осіб, з них 55 чоловіків та 65 жінок віком від 18 до 33 років). У всіх обстежених був встановлений ГВГА, жовтянична форма, середньо тяжкий перебіг захворювання, цитолітичний варіант. Діагноз у всіх обстежених був підтверджений серологічно на підставі виявлення анти-HAV класу IgM. Більшість хворих, що були під наглядом, спостерігалися нами в період водного спаху ГВГА, що обумовлювало одно типовість епідеміологічних даних.

Хворі основної групи (102 особи) отримували лікування згідно до запропонованого способу, хворі групи співставлення (120 осіб) - відповідно

до способу -- прототипу. Обидві групи обстежених були рандомізовані за віком, статтю хворих, строком вступу до стаціонару, рівнем вихідної гіпербілірубінемії.

Обстеження хворих, які були під наглядом, у динаміці лікування, дозволило встановити, що до початку лікування клінічна симптоматика в обох групах - основної та групи співставлення була одно типовою і характеризувалася наявністю загально токсичного синдрому (загальна слабкість, нездужання, головний біль, зниження апетиту, підвищена стомлюваність) та гепатитного (печінкового) синдрому, а саме збільшення печінки, чутливість печінкового краю при пальпації, потемніння сечі, обкладеність язика білим або жовтим нальотом, жовтяничність шкіри та склер.

При проведенні клінічного обстеження обох груп було встановлено, що запропонований спосіб лікування має суттєві переваги в плані впливу на динаміку клінічних показників (таблиця 1). При використанні запропонованого способу лікування тривалість збереження загальнотоксичного синдрому суттєво знижалася відносно групи співставлення, в тому числі загальної слабкості - у середньому на $5,3 \pm 0,2$ доби (в 2,1 рази), нездужання - на $5,5 \pm 0,3$ доби (в 2 рази), головного болю - на $3,4 \pm 0,25$ доби (в 2 рази), зниження апетиту - на $5,5 \pm 0,3$ доби (в 2,2 рази), підвищеної стомлюваності - на $6,4 \pm 0,4$ доби (в 2,2 рази), при великому ступені вірогідності різниці ($P < 0,01$). Таким чином, використання антралю додатково до антиоксидантів згідно до запропонованого способу суттєво прискорювало ліквідацію синдрому загального токсикозу у хворих з ЦВ ГВГА.

Відмічено також позитивний вплив запропонованого способу лікування на динаміку печінкового синдрому (таблиця 1). Дійсно, в основній групі хворих, яка лікувалася згідно до запропонованого способу, тривалість збереження жовтяниці скорочувалася в середньому на $9,0 \pm 0,4$ доби відносно групи співставлення, тобто в 1,9 рази ($P < 0,01$), субіктеричності склер - на $12,8 \pm 0,5$ доби, тобто в 2 рази ($P < 0,01$), збільшення розмірів печінки (гепато-мегалії) - на $10,1 \pm 0,8$ доби (в 1,7 рази, $P < 0,01$), чутливості печінкового краю при пальпації - на $4,8 \pm 0,2$ доби, тобто в 1,9 рази ($P < 0,05$), потемніння сечі - на $5,0 \pm 0,2$ доби, тобто в 2,1 рази ($P < 0,05$), обкладеності язика густим білим або жовтим нальотом - на $8,0 \pm 0,9$ доби ($P < 0,05$).

Таблиця 1

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на динаміку клінічних показників в обстежених хворих на ЦВ ГВГА (М \pm m)

Клінічні показники	Запропонований спосіб (n = 102)	Існуючий спосіб (n = 120)	P
Тривалість збереження (діб)			
загальної слабкості	$5,0 \pm 0,2$	$10,3 \pm 0,5$	$< 0,01$
нездужання	$5,1 \pm 0,3$	$10,6 \pm 0,9$	$< 0,01$
головного болю	$3,2 \pm 0,2$	$6,6 \pm 0,5$	$< 0,01$
зниження апетиту	$4,5 \pm 0,3$	$10,0 \pm 0,8$	$< 0,01$

Клінічні показники	Запропонований спосіб (n = 102)	Існуючий спосіб (n = 120)	P
підвищеної стомлюваності	$5,2 \pm 0,5$	$11,6 \pm 0,9$	$< 0,01$
гепатомегалії	$15,5 \pm 1,1$	$25,6 \pm 1,5$	$< 0,01$
чутливості печінкового краю при пальпації	$5,1 \pm 0,25$	$9,9 \pm 0,5$	$< 0,05$
потемніння сечі	$4,6 \pm 0,25$	$9,6 \pm 0,6$	$< 0,05$
обкладеності язика густим нальотом	$18,6 \pm 1,6$	$26,6 \pm 1,8$	$< 0,05$
жовтяниці	$9,8 \pm 0,5$	$18,8 \pm 1,6$	$< 0,01$
субіктеричності склер	$12,3 \pm 0,6$	$25,1 \pm 1,8$	$< 0,01$
Частота виявлення (абс і %)			
тривалого перебігу ВГА	$\frac{1}{0,98 \pm 0,5}$	$\frac{7}{5,8 \pm 1}$	$< 0,05$
загострень гепатиту в періоді реконвалесценції	$\frac{1}{0,98 \pm 0,5}$	$\frac{6}{5 \pm 1}$	$< 0,05$

У цілому тривалість збереження печінкового синдрому у хворих з ЦВ ВГА, які отримували лікування згідно до запропонованого способу, зменшилася в 1,8 рази. Показово також, що в основній групі (яка лікувалася за допомогою запропонованого способу) частота тривалого перебігу ВГА склала всього $0,98 \pm 0,5\%$, тоді як у групі співставлення - $5,8 \pm 1\%$, тобто була в 5,9 рази частіше ($P < 0,05$). При диспансерному обстеженні протягом 1 року після завершення лікування було встановлено, що частота загострень гепатиту в основній групі склала $0,98 \pm 0,5\%$, тоді як у групі співставлення - $5 \pm 1\%$, тобто в 5 разів частіше (таблиця 1).

Дані про позитивний вплив запропонованого способу лікування ЦВ ВГА на клінічні показники підтверджуються також результатами лабораторного (біохімічного) обстеження, тобто динамікою так званих функціональних проб печінки. До початку лікування в обох групах обстежених були однотипові зсуви біохімічних показників, які характеризувалися збільшенням рівня загального та прямого білірубіну, активності амінотрансфераз сироватки - АлАТ і АсАТ, підвищенням показника тимолової проби, зниженням коефіцієнту альбуміни/глобуліни, тобто А/Г (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на функціональні проби печінки (M \pm m)

Біохімічні показники	Норма	Запропонований спосіб (n = 102)	Існуючий спосіб (n = 120)	P
Білірубін (мкмоль/л) загальний -	до 20,0	$\frac{102,5 \pm 5,6}{16,2 \pm 1,3}$	$\frac{101,3 \pm 5,8}{38,8 \pm 1,9}$	$> 0,1$ $< 0,01$
прямий -	2,3 - 3,2	$\frac{68,3 \pm 2,3}{3,1 \pm 0,3}$	$\frac{67,9 \pm 2,1}{15,4 \pm 1,2}$	$> 0,1$ $< 0,01$
АлАТ (ммоль/год л)	до 0,68	$\frac{3,55 \pm 0,25}{0,56 \pm 0,03}$	$\frac{3,58 \pm 0,3}{1,28 \pm 0,06}$	$> 0,1$ $< 0,01$
АсАТ (ммоль/год л)	до 0,54	$\frac{2,84 \pm 0,22}{0,35 \pm 0,02}$	$\frac{2,86 \pm 0,25}{0,92 \pm 0,05}$	$> 0,1$ $< 0,01$
Тимолова проба (ОД)	до 5,0	$\frac{18,6 \pm 0,3}{5,1 \pm 0,2}$	$\frac{18,5 \pm 0,35}{10,2 \pm 0,3}$	$> 0,1$ $< 0,01$
Коефіцієнт А/Г	1,1 - 1,3	$\frac{0,85 \pm 0,02}{1,1 \pm 0,01}$	$\frac{0,86 \pm 0,03}{0,91 \pm 0,02}$	$> 0,1$ $< 0,01$

Примітка в чисельнику - показники до початку лікування, в знаменнику - на початку третього тижня лікування (15 - 16 доба)

При повторному обстеженні хворих, які були під наглядом, встановлено, що в основній групі хворих до початку третього тижня лікування вивчені біохімічні показники нормалізуються, а саме - знижується до норми рівень білірубіну та концентрація його прямої фракції, нормалізується активність амінотрансфераз сироватки - АлАТ і

АсАТ, показник тимолової проби, коефіцієнт А/Г (таблиця 2). У той же час у групі співставлення зберігаються зсуви біохімічних показників, що свідчить про незавершеність патологічного процесу в паренхімі печінки. Дійсно, концентрація загального білірубіну в групі співставлення була в 2,4 рази більш ніж в основній групі, прямої фракції

- в 5 разів, активність АлАТ - 2,3 разів, АсАТ - в 2,6 разів більше, показник тимолової проби - в 2 рази більше (таблиця 2). Отже, отримані дані свідчать про суттєві переваги запропонованого способу лікування понад існуючим у плані прискорення нормалізації біохімічних показників в обстежених хворих на ЦВ ГВГА, так званих функціональних проб печінки. Це підтверджує дані щодо прискорення одужання хворих, які отримані при аналізі динаміки клінічних показників.

Таким чином, отримані дані свідчать про високу ефективність запропонованого способу лікування хворих з ЦВ ГВГА та наявність суттєвих переваг даного способу відносно існуючого способу-прототипу. В обстежених хворих відмічено прискорення ліквідації загально токсичного та печінкового синдромів, більш швидка нормалізація функціональних проб печінки, а також суттєве зниження частоти тривалого перебігу ГВГА та загострень гепатиту в періоді реконвалесценції та диспансерного

нагляду, якщо вони лікувалися за допомогою запропонованого способу.

Нами було також вивчено вплив запропонованого способу лікування хворих з ЦВ ГВГА на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), а саме рівень дієнових кон'югат (ДК) та малонового діальдегіду (МДА). До початку лікування в обох групах обстежених хворих зміни показників ПОЛ були однотиповими та характеризувалися підвищенням вмісту в сироватці крові як проміжних продуктів ПОЛ - ДК, так і кінцевого продукту - МДА (таблиця 3).

З таблиці 3 видно, що до початку лікування в основній групі збільшення концентрації МДА в сироватці крові було в 3,2 рази, ДК - в 2,9 рази. У групі співставлення підвищення концентрації МДА відмічено в 3,1 рази, ДК - в 2,8 рази. Після завершення лікування в основній групі хворих на ГВГА, яка лікувалася згідно до запропонованого способу, відмічено зниження концентрації як МДА, так й ДК до верхньої межі норми.

Таблиця 3

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на динаміку показників ПОЛ в обстежених хворих на ЦВ ГВГА (Мін)

Показники ПОЛ	Норма	Запропонований спосіб (n = 102)	Існуючий спосіб (n = 120)	P
МДА (мкмоль/л)	3,2 ± 0,2	<u>10,2 ± 0,4</u> 3,6 ± 0,25	<u>9,8 ± 0,25</u> 5,4 ± 0,2	> 0,1 < 0,05
ДК (мкмоль/л)	9,6 ± 0,4	<u>27,6 ± 0,35</u> 10,4 ± 0,2	<u>26,8 ± 0,4</u> 17,2 ± 0,3	> 0,1 < 0,05

Примітка: в чисельнику - показники до початку лікування, в знаменнику - після завершення лікування, P підраховано між показниками в групах, які лікувалися за допомогою запропонованого та існуючого способів.

У той же час у групі співставлення відмічено збереження цих показників на рівні, який вірогідно перевищував норму. Концентрація МДА після завершення лікування в основній групі хворих на ГВГА була в 1,5 рази нижче, ніж у групі співставлення, ДК - в 1,7 рази нижче (P < 0,05). Отже, проведені лабораторні дослідження свідчать про патогенетичну обґрунтованість запропонованого способу лікування хворих на ЦВ ГВГА, оскільки при використанні цього способу відмічається прискорення нормалізації показників ПОЛ.

Таким чином, запропонований спосіб лікування хворих на ЦВ ГВГА має суттєві переваги відносно існуючого способу-прототипу. Він сприяє підвищенню ефективності лікування, скороченню його терміну, зменшенню ймовірності розвитку тривалого перебігу та загострень гепатиту, а в патогенетичному плані - прискоренню нормалізації показників ПОЛ. Запропонований спосіб добре переносився хворими, побічних ефектів або ускладнень від призначеного лікування не відмічалось. Оскільки при використанні запропонованого способу прискорюється одужання хворих та зменшується ліжко-день у середньому на 6,1 ± 0,3 дні, умовний економічний ефект складає біля 183 грн на 1 особу.

Антраль зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату, дозволений для поширеного використання, доступний за ціною, і

тому запропонований спосіб може бути рекомендований для поширеного застосування в умовах інфекційних відділень та лікарень.

Наведені дані можуть бути підкріплені наступними клінічними прикладами конкретного використання запропонованого способу.

Приклад 1

Хворий С., 20 років, студент, захворів гостро, раптово, коли відмітив виникнення загальної слабкості, нездужання, підвищення температури тіла до 38,2°C. На другий день захворювання потемніла сеча, з'явилася субіcterичність склер. На третій день від початку захворювання відмічена жовтяниця. Температура тіла нормалізувалася, однак зберігалася загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту, помірний головний біль, підвищена стомлюваність. При огляді відмічено наявність жовтяниці шкіри та склер, гепатомегалії (+ 3 - 4 см), чутливості печінкового краю при пальпації, обкладеність язика густим жовтуватим нальотом. З анамнезу відомо, що за 1 місяць до захворювання у хворого був контакт з особами, які в той час захворіли на ГВГА. Ан. крові біохімічний білірубін загальний - 108,6 мкмоль/л, пов'язаний (прямий) - 59,8 мкмоль/л, АлАТ - 3,62 ммоль/год л, АсАТ - 2,82 ммоль/год л, тимолова проба - 18,60д. Встановлений діагноз: цитолітичного варіанту ГВГА, жовтяничної форми. Діагноз підтверджений серологічно виявленням анти-HAV класу IgM при

відсутності інших маркерів гепатитів (В та С)

Призначено лікування згідно до запропонованого способу, а саме піжковий режим, дієта (стіл 5а), глюкозо-вітамінна терапія, комплекс антиоксидантів (аевг, аскорутин) у середньотерапевтичних дозах та додатково антраль по 0,2г 3 рази на добу усередину після вживання їжі протягом 10 діб поспіль (8г препарату на курс)

Під впливом запропонованого лікування відмічена швидка позитивна динаміка з боку клінічних показників а саме тривалість збереження загальної слабкості та нездужання склапа 4 доби, головного болю та зниження апетиту — 3 доби, потемніння сечі — 4 доби, після чого колір сечі нормалізувався. Тривалість збереження гепатомегалії склапа 14 діб, чутливості краю печінки при пальпації — 5 діб, жовтяниці — 9 діб, субістеричності склер — 12 діб. Підвищена стомлюваність зникла вже на п'яту добу з початку лікування. При повторному біохімічному обстеженні через 2 тижні з початку лікування відмічена нормалізація функціональних проб печінки, а саме зниження рівня загального білірубину до 19,6мкмоль/л, прямої фракції - до 3,8мкмоль/л, АлАТ - до 0,65ммоль/год-л, АсАТ - до 0,54ммоль/год-л, тимолової проби - до 5од. Диспансерний нагляд протягом 1 року після виписки зі стаціонару дозволив встановити повне одужання хворою, загострень та рецидивів гепатиту не відмічено. При додатковому вивченні показників ПОЛ встановлені такі результати до початку лікування: МДА - 10,6мкмоль/л, ДК - 28,2мкмоль/л. На початку третього тижня лікування МДА 3,8мкмоль/л, ДК - 10,9мкмоль/л перед випискою хворого зі стаціонару МДА 3,58мкмоль/л, ДК - 9,3мкмоль/л. У період диспансерного нагляду концентрація МДА і ДК у сироватці крові у хворого С була в межах норми.

Приклад 2

Хвора М., 22 років, домогосподарка, захворіла гостро, раптово. Початок захворювання - з підвищеної температури, загальної слабкості, нудоти, нездужання. На другий день захворювання потемніла сеча, з'явилися субістеричність склер та тяжкість у правому підребер'ї. На третій день хвороби з'явилася жовтяниця. Температура тіла після з'явлення жовтяниці нормалізувалася, однак зберігалися слабкість, нездужання, зниження апетиту, помірний головний біль, підвищена стомлюваність. При огляді відмічено наявність жовтяниці шкіри та склер, гепатомегалії (+ 3 - 4см), чутливості печінкового краю при пальпації, значна обкладеність язика густим білим нальотом. З анамнезу відомо, що за 4 тижні до початку захворювання у хворої був контакт з особами, які в той час захворіли на ГВГА.

Ан крові біохімічний білірубін загальний -

112,5мкмоль/л, пов'язаний (прямий) - 68,8мкмоль/л, АлАТ - 3,42ммоль/год-л, АсАТ - 2,56ммоль/год-л, тимолова проба - 16,8од. Встановлений діагноз цитолітичного варіанту ГВГА, жовтяничної форми. Діагноз підтверджений серологічне виявленням анти-HAV класу Ig M при відсутності інших маркерів гепатитів (В або С).

Хворій призначено лікування згідно до запропонованого способу, а саме піжковий режим, дієта (стіл 5а), глюкозо-вітамінна терапія, комплекс антиоксидантів (аевг, аскорутин) у середньотерапевтичних дозах та додатково антраль по 0,2г 4 рази на добу усередину після вживання їжі протягом 15 діб поспіль (12 г препарату на курс).

При динамічному обстеженні було встановлено, що під впливом проведеного лікування відмічався позитивний ефект у плані ліквідації загально токсичного та печінкового синдрому. Тривалість збереження загальної слабкості та нездужання склапа 4 доби, головного болю та зниження апетиту — 3 доби, потемніння сечі — 4 доби. Тривалість збереження гепатомегалії склапа 14 діб, чутливості краю печінки при пальпації — 6 діб, жовтяниці — 9 діб, субістеричності склер — 12 діб. У хворої під впливом запропонованого лікування поступово зникли загальна слабкість, стомлюваність, нормалізувався апетит.

При повторному біохімічному обстеженні на 16-ту добу з початку лікування відмічена нормалізація функціональних проб печінки, а саме зниження рівня загального білірубину до 18,8мкмоль/л, прямої (зв'язаної) фракції - до 3,6мкмоль/л, АлАТ - до 0,62ммоль/год-л, АсАТ - до 0,51ммоль/год-л, тимолової проби - до 5од. Коефіцієнт А/Г підвищився до 1,1. Диспансерний нагляд протягом 1 року після виписки зі стаціонару дозволив встановити повне одужання хворої. Рецидивів та загострень гепатиту не відмічено. При додатковому вивченні показників ПОЛ встановлені такі результати до початку лікування: МДА - 9,8мкмоль/л, ДК - 28,8мкмоль/л. Перед випискою зі стаціонару (після завершення лікування) показник МДА був 3,22мкмоль/л, ДК - 9,6мкмоль/л. У період диспансерного обстеження концентрація МДА і ДК у сироватці крові у хворої М була в межах норми.

Отже, отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу лікування ЦВ ГВГА у дорослих та його перевагах відносно існуючого способу-прототипу. Не відмічено негативних наслідків лікування антраль хворі переносили добре, ніяких ускладнень від нього не відмічено. Це є підставою для рекомендацій відносно поширеного використання запропонованого способу в клінічній практиці.