



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57374 (13) A

(51) 7 A61K45/00, A61K33/06

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

1

2

(21) 2002097296

(22) 09 09 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович

(73) Фролов Валерій Митрофанович

(57) 1 Спосіб лікування гострого вірусного гепатиту С, що включає введення препаратів α -інтерферону та циклоферону, який відрізняється тим, що додатково вводять гепатопротекторний препарат антраць по 0,2 г 3-4 рази на добу протягом 10-15 діб поспіль

2 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, препарати α -інтерферону вводять за схемою по 2-3 млн МО на добу протягом першого тижня лікування, потім по 1 млн МО 3 рази на тиждень протягом 1 місяця, в подальшому по 1 млн МО 2 рази на тиждень ще 1-2 місяця в залежності від досягнутого ефекту

3 Спосіб за пп 1, 2, який відрізняється тим, що циклоферон вводять у вигляді 12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу 5 діб поспіль, потім по 2 мл 1 раз в 2-3 дні ще 5-10 ін'єкцій препарату

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до гепатології

Актуальність проблеми винаходу пов'язана зі значною поширеністю HCV - інфекції в сучасних умовах, причому від 80 до 85% випадків гострий вірусний гепатит С (ГВГС) у подальшому трансформується в хронічний вірусний гепатит С (ГВГС), а потім в цироз печінки. Тому лікування ГВГС має велике значення в профілактиці розвитку хронічної HCV - інфекції. На жаль, існуючі способи лікування ГВГС недостатньо ефективні і тому потребують подальшого удосконалення.

Існує спосіб лікування ГВГС шляхом введення препаратів α -інтерферону (інтрон А, роферон та інші) у дозі 5 - 6 млн МО 3 рази на тиждень протягом 3 місяців (Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита - М Медицина, 1999 - С 99 - 100). Однак при введенні таких великих доз інтерферонів часто відмічаються ускладнення та побічні ефекти. Крім того, ефективність лікування ГВГС при використанні вказаного способу не перевищує 50%.

Тому пропонується дозу α -інтерферону при лікуванні ГВГС знизити до 3 млн МО 3 рази на тиждень, а тривалість лікування, навпаки підвищити до 6 - 12 місяців (Усков Г.А., Целиковский А.В. Системный подход к диагностике и лечению при HCV - инфекции // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. Тез докл. 4 Российской научно - практической конференции - М, 2001 - С 347 - 348). Однак і при такій схемі введення інтерферонів більш ніж у 80% хворих

відмічаються побічні реакції, в тому числі лихоманка, міалгії, головний біль, зниження апетиту, нудота, депресія, а також розвиток лейкопенії, тромбоцитопенії та інших. Ефективність лікування ГВГС за допомогою цього способу також не перевищує 50%.

Відомий також спосіб лікування ГВГС шляхом введення індуктору ендogenous інтерфероутворення - циклоферону (Андрійчин М.А., Господарський І.Я., Зайгрічук О.П. Застосування індукторів інтерфероутворення у хворих на гепатити В і С // Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи возбудителей и их исходы - Киев, 2001 - С 232 - 234). При цьому способі лікування побічних ефектів від введення препарату практично не відмічається, однак ефективність способу не перевищує 30 - 40%, тому він потребує подальшого удосконалення.

Нами запропонований спосіб лікування ГВГС шляхом введення комбінації циклоферону та препаратів α -інтерферону (лаферон, інтрон А, реаферон), причому оскільки нами було виявлено взаємне потенціювання противірусного та інтерферогенного ефектів циклоферону і α -інтерферонів (Фролов В.М. Оценки эффективности комбинированной терапии препаратами α -интерферона и циклоферона при остром вирусном гепатите С // Проблемы экологичной та медичної генетики і клінічної імунології. Зб. наук. праць - Київ, Луганськ, Харків, 1998 - Вип. 6(20) - С 145 - 156). Спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в

(13) A

(11) 57374

(19) UA

якості прототипу

До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих тривало зберігається підвищений рівень перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що сприяє збереженню синдрому цитолізу і підвищує ймовірність розвитку хронічного ГВГС

Задачею винаходу було підвищення ефективності лікування ГВГС, зменшення частоти виникнення хронічної патології печінки, а в патогенетичному плані - зменшення вираженості синдрому перекисації ліпідів і цитолізу гепатоцитів шляхом оптимізації схем та доз введення препаратів L-інтерферонів та циклоферону і додатково введення хворим на ГВГС нового українського препарату антралю, який володіє гепатопротекторною та антиоксидантною дією

Наша пропозиція базується на вперше встановленій нами закономірності, що введення антралю додатково до α -інтерферону і циклоферону суттєво посилює гепатозахисний ефект усієї комбінації препаратів, та сприяє прискоренню одужання хворих на ГВГС. Раніше при гепатиті С антраль не використовувався

При розробці запропонованого способу нами також були оптимізовані схеми введення α -інтерферону та циклоферону і їх дози, що також є результатами творчого процесу та наших клінічних спостережень. В результаті цього нами пропонується вводити по 2 - 3млн МО α -інтерферонів на добу протягом першого тижня лікування ГВГС, у подальшому по 1млн МО 3 рази на тиждень протягом 1 місяця, а потім по 1млн МО 2 рази на тиждень ще 1 - 2 місяці, та циклоферон по 2мл 12,5% розчину 1 раз на добу 5 днів поспіль, потім по 2мл циклоферону 1 раз у 2 - 3 дні ще 5 - 10 ін'єкцій

Отже, запропонований спосіб здійснюється таким чином. При встановленні діагнозу ГВГС хворому призначають циклоферон за схемою, препарат α -інтерферону (лаферон, інтрон А, реаферон та інші) по 1млн МО 2 - 3 рази на добу протягом першого тижня лікування, потім по 1млн ОД 3 рази на тиждень ще протягом 1 місяця, в подальшому по 1млн 2 рази на тиждень ще 1 - 2 місяці, та додатково антраль усередину по 0,2г 3 - 4 рази на добу протягом 10 - 15 днів поспіль. При необхідності повторний курс лікування антралем може бути проведений з інтервалом 2 - 3 тижні

При розробці запропонованого способу нами було обстежено 40 хворих з діагнозом ГВГС, з яких перша група (20 осіб) отримувала лікування

згідно до запропонованого способу, та друга група (теж 20 осіб) - згідно до існуючого способу - прототипу, обидві групи були рандомізовані за віком та статтю хворих, тяжкістю перебігу гепатиту. В обох групах були хворі переважно із середньотяжким перебігом ГВГС

У динаміці вивчали клініко - біохімічні показники та стан ПОЛ. Отримані дані в обох групах порівнювали між собою за допомогою персонального комп'ютера Celeron 300 А. При цьому використовували стандартні пакети прикладних програм, розрахованих на аналіз клінічної та біохімічної інформації

При співставленні отриманих даних в обох групах було встановлено, що запропонований спосіб має суттєві переваги понад існуючим способом - прототипом. У таблиці 1 наведені дані про вплив запропонованого та існуючого способів лікування ГВГС на динаміку клінічних показників. Як видно з таблиці, до початку лікування клінічна картина ГВГС характеризувалася наявністю загальнотоксичного синдрому (загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту та працездатності, підвищена дратівливість) та ознак патології печінки (жовтяниця, потемніння сечі, гепатомегалія, спленомегалія, чутливість краю печінки при пальпації). Використання запропонованого способу сприяло зменшенню тривалості збереження жовтяниці на $8,7 \pm 0,5$ днів (в 1,9 рази), потемніння сечі - на $7,9 \pm 0,4$ доби (в 2 рази), субіктеричності склер - на $8,6 \pm 0,6$ доби (в 1,7 рази), гепатомегалії - на $13,5 \pm 1,2$ доби (в 1,9 рази), спленомегалії - на $9,4 \pm 0,8$ днів (в 1,9 рази), загальної слабкості - на $9,8 \pm 0,8$ доби (в 2 рази), нездужання - на $9,6 \pm 0,9$ доби (в 2 рази), зниження апетиту - на $7,1 \pm 0,8$ доби (в 1,8 рази), тяжкості у правому підребер'ї - на $7,2 \pm 0,6$ доби (в 2 рази), зниження працездатності - на $9,7 \pm 0,6$ доби (в 2,1 рази), чутливості краю печінки при пальпації - на $5,2 \pm 0,3$ доби (в 2 рази), підвищеної дратівливості - на $9,5 \pm 0,5$ доби (в 2,4 рази)

Отже, отримані дані свідчать про позитивний вплив запропонованого способу лікування ГВГС на вивчені клінічні показники у обстежених хворих, оскільки у хворих першої групи суттєво раніше ліквідувалися патологічні прояви гепатиту, нормалізувався загальний стан та самопочуття. Крім того, у хворих першої групи суттєво раніше нормалізувалися біохімічні показники, так звані функціональні проби печінки

Таблиця 1

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування ГВГС на клінічні показники ($M \pm m$)

| Клінічні показники | Способи лікування | | P |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------|
| | Запропонований спосіб (n = 20) | Існуючий спосіб (n = 20) | |
| Тривалість збереження (днів) | | | |
| - жовтяниці | $10,2 \pm 0,5$ | $18,9 \pm 1,1$ | $< 0,05$ |
| - потемніння сечі | $8,1 \pm 0,6$ | $16,0 \pm 0,9$ | $< 0,05$ |
| - субіктеричності склер | $12,2 \pm 0,8$ | $20,8 \pm 1,2$ | $< 0,05$ |
| - гепатомегалії | $14,6 \pm 1,2$ | $28,1 \pm 1,8$ | $< 0,01$ |
| - спленомегалії | $10,8 \pm 0,3$ | $20,2 \pm 0,9$ | $< 0,01$ |
| - загальної слабкості | $10,1 \pm 0,4$ | $19,9 \pm 1,2$ | $< 0,01$ |

| Клінічні показники | Способи лікування | | P |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------|
| | Запропонований спосіб (n = 20) | Існуючий спосіб (n = 20) | |
| - нездужання | 9,9 ± 0,3 | 19,5 ± 0,9 | < 0,01 |
| - зниження апетиту | 8,9 ± 0,4 | 16,0 ± 0,9 | < 0,01 |
| - тяжкості у правому підребер'ї | 7,0 ± 0,5 | 14,2 ± 0,3 | < 0,01 |
| - зниження працездатності | 9,2 ± 0,5 | 18,9 ± 1,2 | < 0,01 |
| - чутливості краю печінки при пальпації | 5,0 ± 0,3 | 10,2 ± 0,6 | < 0,01 |
| - підвищеної дратівливості | 6,6 ± 0,25 | 16,1 ± 1,1 | < 0,01 |

До початку лікування в обох групах були однакові зсуви біохімічних показників, які характеризувалися гіпербілірубінемією, підвищенням концентрації прямого (пов'язаного) білірубину, активності сироваткових амінотрансфераз - АлАТ і АсАТ, а у частини хворих також так званих екскреторних ферментів - лужної фосфатази (ЛФ) та гаммаглутамілтранспептидази (ГГТП), показника тимолової проби, помірного зниження альбуміно/глобулінового коефіцієнту (А/Г), як це видно з таблиці 2

Повторне обстеження хворих, які були під на-

глядом, було проведено на 20-ту добу від початку лікування. Воно дозволило встановити, що у хворих першої групи, які отримували лікування згідно до запропонованого способу, відмічається повна нормалізація біохімічних показників, а саме ліквідація гіпербілірубінемії, нормалізація концентрації прямого (пов'язаного) фракції білірубину. Активність амінотрансфераз (АлАТ, АсАТ) та екскреторних ферментів (ЛФ, ГГТП) у першій групі хворих нормалізувалася, також як показник тимолової проби і показник А/Г

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на динаміку біохімічних показників у хворих на ГВГС (M ± m)

| Біохімічні показники | Норма | Запропонований спосіб (n = 52) | Існуючий спосіб (n = 30) | P |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------|--------|
| Білірубін (мкмоль/л) загальний | 12,0 - 19,9 | 89,5 ± 2,5 | 90,1 ± 2,8 | > 0,1 |
| | | 14,1 ± 0,8 | 22,2 ± 0,9 | < 0,05 |
| прямий (пов'язаний) | 2,1 - 4,2 | 55,6 ± 2,1 | 56,0 ± 2,2 | > 0,1 |
| | | 3,8 ± 0,3 | 12,6 ± 0,3 | < 0,01 |
| АлАТ (ммоль/г*л) | 0,3 - 0,68 | 3,2 ± 0,2 | 3,1 ± 0,15 | > 0,1 |
| | | 0,52 ± 0,02 | 1,25 ± 0,03 | < 0,01 |
| АсАТ (ммоль/г*л) | 0,2 - 0,54 | 2,12 ± 0,2 | 2,2 ± 0,2 | > 0,1 |
| | | 0,4 ± 0,01 | 1,03 ± 0,02 | < 0,01 |
| Тимолова проба (ОД) | 0 - 5 | 7,8 ± 0,3 | 7,6 ± 0,2 | > 0,1 |
| | | 4,0 ± 0,2 | 6,1 ± 0,2 | < 0,05 |
| ГГТП (нмоль/л) | 600 - 2500 | 3020 ± 35 | 2980 ± 36 | > 0,1 |
| | | 2112 ± 22 | 2750 ± 23 | < 0,05 |
| ЛФ (ммоль/г л) | 0,5 - 1,3 | 3,1 ± 0,15 | 3,2 ± 0,12 | > 0,1 |
| | | 1,05 ± 0,05 | 2,0 ± 0,1 | < 0,01 |
| А/Г | 1,1 - 1,3 | 0,85 ± 0,02 | 0,86 ± 0,03 | > 0,1 |
| | | 1,1 ± 0,01 | 0,9 ± 0,01 | < 0,05 |

Примітка у чисельнику - дані до початку лікування, у знаменнику - на 30-ту добу від початку лікування

Таким чином, до 20-ї доби лікування у хворих першої групи була досягнута стійка та повна клініко - біохімічна ремісія ГВГС

У другій групі обстежених хворих на ГВГС, яка отримувала лікування згідно до існуючого способу-прототипу, також відмічена позитивна динаміка вивчених біохімічних показників, однак суттєво менш виражена, ніж у хворих першої групи. На 20-ту добу з початку лікування у хворих цієї групи ще зберігалося помірне підвищення концентрації прямого (пов'язаного) білірубину, залишкова гліцера-

ривня ГГТП, ЛФ, показника тимолової проби, зниження коефіцієнту А/Г (таблиця 2). Нормалізація функціональних проб печінки у хворих другої групи відмічена лише на 30 - 32 добу від початку лікування, тобто на 10 - 12 діб пізніше, ніж у хворих першої групи. Отже, отримані дані свідчать, що використання запропонованого способу лікування ГВГС сприяє суттєвому прискоренню одужання хворих з повною нормалізацією клініко - біохімічних показників

Було вивчено також вплив запропонованого способу лікування на показники ПОЛ у хворих на

ГВГС. До початку лікування в обох групах обстежених відмічалася підвищення рівня як проміжних продуктів ПОЛ - дієнових кон'югатів (ДК), так і кін-

цевого продукту пероксидації ліпідів - малонового діальдегіду (МДА), як це наведено в таблиці 3

Таблиця 3

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на динаміку показників ПОЛ у хворих на ГВГС (М ± m)

| Показники ПОЛ | Норма | Запропонований спосіб (n = 20) | Існуючий спосіб (n = 20) | P |
|---------------|-----------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| ДК, мкмоль/л | 9,1 ± 0,4 | $\frac{18,6 \pm 0,8}{9,0 \pm 0,3}$ | $\frac{18,2 \pm 0,7}{9,0 \pm 0,3}$ | > 0,1 < 0,05 |
| МДА, мкмоль/л | 3,2 ± 0,2 | $\frac{18,2 \pm 0,7}{9,0 \pm 0,3}$ | $\frac{7,1 \pm 0,3}{5,5 \pm 0,2}$ | > 0,1 < 0,05 |

З таблиці 3 видно, що у хворих першої групи, які лікувалися за допомогою запропонованого способу, на 20-ту добу від початку лікування відмічена нормалізація вивчених показників ПОЛ - як МДА, так і ДК. У хворих з другої групи, яка отримувала лікування існуючим способом - прототипом, також відмічена тенденція до зниження цих обох показників, однак вони зберігалися на рівні, який перевищував як норму, так і аналогічні показники в першій групі хворих, яка лікувалася за допомогою запропонованого способу (таблиця 3). Отже, отримані дані свідчать, що під впливом запропонованого способу лікування хворих на ГВГС нормалізуються показники ПОЛ, що дозволяє рахувати запропонований спосіб патогенетично обґрунтованим та доцільним для використання.

Диспансерний нагляд протягом 1 року дозволив встановити, що серед хворих, які лікувалися за допомогою запропонованого способу, рецидивів та загострень патологічного процесу в печінці не було. Загальний стан та самопочуття хворих було добрим, скарги на стан здоров'я не відмічалися, біохімічні показники функціональних проб печінки були нормальними. Серед хворих другої групи, яка лікувалася за допомогою існуючого способу - прототипу, у 5 осіб (25%) відмічена наявність деяких клінічних симптомів ураження печінки (помірна гепатомегалія, чутливість краю печінки при пальпації), а також в термін 6 - 12 міс після виписки зі стаціонару відмічена помірна гіпертрансфераземія (АлАТ 1,6 - 2,9 ммоль/год л, АсАТ 1,0 - 2,3 ммоль/год л), незначне підвищення тимолової проби (6 - 7 од.). Це було підставою для заклучення о можливому хронічному гепатиту у даних хворих.

Таким чином, проведення диспансерного нагляду дозволило встановити, що використання запропонованого способу сприяє профілактиці розвитку хронічної патології печінки у хворих на ГВГС. Наведені дані можуть бути підкріплені конкретними клінічними прикладами.

Приклад 1

Хворий А, 32 років, водій автотранспорту, захворів гостро, скаржився на розвиток жовтяниці, загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, наявність тяжкості у правому підребер'ї, підвищену дратівливість, зниження працездатності, нудоту. В анамнезі - оперативне втручання та курсові ін'єкції за 1 - 1,5 місяця до початку захворювання. Жовтяниця виникла на шосту добу з моменту

появи загальнотоксичних симптомів. При огляді шкіра та склери жовтяничні, сеча темна. Печінка збільшена (4 - 6 см), пальпується нижній полюс селезінки. Край печінки чутливий при пальпації.

Аналіз крові біохімічний: білірубін загальний - 91,2 мкмоль/л, прямий - 56,6 мкмоль/л, АлАТ - 3,26 ммоль/г л, АсАТ - 2,84 ммоль/г л, тимолова проба - 8,2 од., ГГТП - 2865 нмоль/л, ЛФ - 3,05 ммоль/г л, А/Г - 0,88. У крові за методом ІФА виявлені анти - НСВ класу Іg М. Рівень ДК - 18,2 мкмоль/л, МДА - 6,8 мкмоль/л. Діагноз: Гострий ВГС, середньотяжкий перебіг.

Хворому було призначено лікування згідно із запропонованим способом, а саме: лаферон по 1 млн МО 3 рази на добу перший тиждень, потім по 1 млн МО 3 рази на тиждень протягом 1 місяця, в подальшому по 1 млн МО 2 рази на тиждень ще 1 місяць (всього на курс 41 млн МО лаферону), циклоферон по 2 мл 12,5% розчину 1 раз на добу 5 діб поспіль, потім по 2 мл 1 раз в 2 дні ще 5 ін'єкцій (всього на курс 20 мл циклоферону), та додатково антраль у середину по 0,2 г 3 рази на добу протягом 10 діб поспіль (6 г на курс).

Під впливом запропонованого способу загальний стан та самопочуття хворого А суттєво покращилися. Тривалість збереження жовтяниці склала 10 діб, потемніння сечі - 8 діб, суб'єктивності склер - 12 діб, загальної слабкості та нездужання - 10 діб, зниження апетиту - 9 діб. Тяжкість у правому підребер'ї зберігалася протягом 7 діб, гепатомегалія - 14 діб, спленомегалія - 10 діб, чутливість краю печінки при пальпації - 5 діб, підвищена дратівливість - 6 діб. Отже, протягом двох тижнів лікування у хворого зникли патологічні прояви з боку печінки, нормалізувався загальний стан та самопочуття.

Повторне обстеження на 20-ту добу з початку лікування дозволило відмітити нормалізацію так званих функціональних проб печінки та зниження до норми концентрації продуктів ПОЛ. Дійсно, рівень загального білірубіну у хворого А знизився до 14,6 мкмоль/л, прямої фракції - до 3,9 мкмоль/л, АлАТ - до 0,53 ммоль/г л, АсАТ - до 0,42 ммоль/г л, тимолової проби - до 4,3 од., ГГТП - до 2050 нмоль/л, ЛФ - до 1,1 ммоль/г л, коефіцієнт А/Г підвищився до 1,1. Встановлено, що на 20-ту добу від початку лікування концентрація МДА знизилася до 3,08 мкмоль/л, ДК - до 0,9 мкмоль/л.

Диспансерний нагляд протягом 1 року дозволив встановити відсутність рецидивів та загост-

рень захворювання. Весь термін загальний стан хворого А зберігався задовільним, самопочуття - добрим, скарг на стан здоров'я не було, функціональні проби печінки зберігалися в межах норми.

Приклад 2

Хвора К, 35 років, домогосподарка, захворіла гостро, скаржилася на загальну слабкість, нездужання, нудоту, зниження працездатності, поганий апетит, тяжкість у правому підбер'ї, підвищену дратівливість. На п'яту добу хвороби відмічено потемніння сечі, на шосту - з'явилася жовтяниця. В анамнезі - оперативне втручання та курсові ін'єкції за 1 - 2 місяця до початку захворювання. При огляді шкіра та склери помірно жовтяничні, сеча темна. Печінка збільшена (4 - 6 см), пальпується нижній полюс селезінки. Край печінки чутливий при пальпації.

Аналіз крові біохімічний: білірубін загальний - 96,8 мкмоль/л, прямий - 68,9 мкмоль/л, АЛАТ - 3,22 ммоль/г л, АсАТ - 2,29 ммоль/г л, тимолова проба - 8,6 од., ГГТП - 2268 нмоль/л, ЛФ - 3,02 ммоль/г л, коефіцієнт А/Г - 0,86. У крові за методом ІФА виявлені анти - НСV класу Ig M. Рівень ДК - 17,9 мкмоль/л, МДА - 6,9 мкмоль/л. Діагноз: гострий ВГС, середньотяжкий перебіг.

Хворій було призначено лікування згідно до запропонованого способу, а саме: лаферон по 1 млн МО 3 рази на добу внутрішньом'язово протягом першого тижня, потім по 1 млн МО 3 рази на тиждень протягом 1 місяця та ще по 1 млн МО 2 рази на тиждень 2 місяця поспіль (всього на курс 49 млн МО), циклоферон по 2 мл 12,5% розчину 1 раз на добу 5 днів поспіль, потім по 2 мл 1 раз в 3 дні ще 10 ін'єкцій (всього 30 мл циклоферону), та додатково антраль по 0,2 г 4 рази на добу усередину протягом 15 днів поспіль (всього 12 г антраля на курс лікування).

Під впливом запропонованого курсу лікування, як самопочуття, так і загальний стан хворої по-

кращилися. Жовтяниця зникла на десяту добу від початку лікування, субіктеричність склер - на 12 добу. Тривалість збереження загальної слабкості склала 10 днів, нездужання - 9 днів, зниження апетиту - також 9 днів, тяжкості у правому підбер'ї - 7 днів. Гепатомегалія зберігалася протягом 15 днів, спленомегалія - 11 днів, чутливість краю печінки при пальпації - 5 днів. Повторне обстеження на 20-ту добу з початку лікування дозволило встановити нормалізацію вивчених показників, а саме, рівень білірубіну (15,8 мкмоль/л) та його прямої фракції (3,8 мкмоль/л), АЛАТ (0,61 ммоль/г л), АсАТ (0,43 ммоль/г л), показника тимолової проби (4,8 од.), активності екскреторних ферментів - ГГТП (2235 нмоль/л) та ЛФ (1,2 ммоль/г л), коефіцієнту А/Г (1,2). Відмічена також нормалізація концентрації метаболітів ПОЛ - ДК - (8,9 мкмоль/л) і МДА (3,15 мкмоль/л). Отже, під впливом запропонованого способу лікування у хворої К, до 20-го дня досягнута стійка повноцінна ремісія захворювання з ліквідацією скарг та клінічних проявів гострого гепатиту С, нормалізацією клінічних та біохімічних показників.

Диспансерний нагляд протягом 1 року після виписки хворої зі стаціонару дозволив встановити, що за цей період рецидивів або загострень патологічного процесу з боку печінки не було. Самопочуття та загальний стан хворої зберігалися задовільними, скарг на стан здоров'я не було, функціональні проби печінки були в межах норми.

Запропонований спосіб корисний, оскільки він дозволяє скоротити термін лікування хворих на ВГС, прискорити одужання та запобігати трансформації гепатиту в хронічну патологію печінки. Умовний економічний ефект від використання запропонованого способу складає біля 289 грн на 1 хворого. Отримані дані дозволяють рекомендувати поширене використання вказаного способу в умовах інфекційних відділень та лікарень.