



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61237

(13) A

(51) 7 A61K31/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЮ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

2

(21) 2002108201

(22) 16 10 2002

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р

(72) Ковешников Олександр Володимирович, Фролов Валерій Митрофанович

(73) Ковешников Олександр Володимирович, Фролов Валерій Митрофанович

(57) 1 Спосіб лікування хронічного реактивного гепатиту у хворих, які перенесли операцію холе-

цистектомії, що включає введення антиоксидантів та гепабене, який відрізняється тим, що додатково вводять вітчизняний гепатопротекторний препарат антраль

2 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, що антраль вводять усередину по 0,2-0,4г 3-4 рази на добу протягом 7-10 діб поспіль, а потім після перерви протягом 2 тижнів - по 0,2г 3 рази на добу протягом 10-12 діб поспіль

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії

Актуальність проблеми винаходу пов'язана з тим, що поряд з хронічною патологією жовчного міхура, яка є приводом до операції холецистектомії, у більшості хворих одночасно відмічається також патологія печінки у вигляді хронічного реактивного гепатиту (ХРГ), яка загострюється в більшості випадків після операції холецистектомії, і тому потребує лікування. Наявність супутнього ХРГ може значно погіршити вихід після проведеної холецистектомії, а існуючі способи лікування ХРГ потребують подальшого удосконалення, що має суттєве значення для хірургічної практики.

Існує спосіб лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, шляхом введення препаратів гепатопротекторної дії, переважно рослинного походження у вигляді екстрактів або комплексу флавоноїдів з росторопші плямистої - сілібору, сілімарину, карсилу та інших (Аксенова Э.М., Вахрушев Я.М. Нарушения функции печени после холецистэктомии и их лечебная коррекция //Росс гастроэнтерологический журнал -1998 - №1 - С 5-10). Однак цей спосіб недостатньо ефективний, забезпечує позитивний результат лише у 50-60% хворих з ХРГ після проведення холецистектомії і тому потребує подальшого удосконалення.

Тому був розроблений спосіб лікування ХРГ у хворих після операції холецистектомії шляхом додаткового призначення комплексу антиоксидантів - токоферолу ацетату або аевіту та аскорбінової кислоти (Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Ско-

пиченко С.В. Обоснование применения гепатопротекторов-антиоксидантов в комплексном лечении хронических гепатитов// 36 наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика - Київ, 2000 - Вип 9, кн 4 - С 64-67)

Цей спосіб більш ефективний і патогенетично обґрунтований, однак у 30-35% хворих на ХРГ після проведення холецистектомії його використання також недостатньо ефективне, і тому він потребує подальшого удосконалення.

Найбільш ефективний з існуючих є спосіб лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, шляхом введення поряд з антиоксидантами гепатопротекторного препарату гепабене, до складу якого входить екстракти розторопші плямистої та рутки лікарської (Звягинцева Т.В., Бычкова О.Ю. Патогенетическое обоснование применения антиоксидантов и гепабене у больных холелитиазом //Новое в клинической фармакологии и фармакотерапии заболеваний внутренних органов. Матер. научно-практич. конференции - М. Б.н., 2000 - С 243-245). Цей спосіб обрано в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих на ХРГ після операції холецистектомії тривало зберігаються порушення функціональних проб печінки, що свідчить про наявність загострення хронічного патологічного процесу в печінковій паренхимі, що в клінічному плані виявляється у вигляді збереження помірного загострення ХРГ. Сумарно ефективність способу прототипу складає біля 70-75%, і тому він потре-

(13) A

(11) 61237

(19) UA

бує подальшого удосконалення

Задачею винаходу було підвищення ефективності лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, шляхом додаткового введення хворим нового українського препарату гепатозахисної дії антралю

Пропозиція щодо додаткового введення антралю базується на вперше встановленій авторами заявки в експериментальних умовах, та потім підтвердженій в клініці закономірності, яка заключається в тому, що при одночасному введенні антиоксидантів, гепабене і антралю, відмічається взаємне потенціювання дії вказаних препаратів як відносно впливу на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) в плані їхнього зниження, так і відносно активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ) в плані її підвищення. Крім того, спільне введення антиоксидантів, гепабене та антралю забезпечує прискорення ліквідації синдрому "метаболічного" токсикозу, що з'являється суттєвим прискоренням зниження концентрації так званих "середніх молекул" (СМ) в сироватці крові, та переважає сумарно від дії гепабене з антиоксидантами та антралю окремо

Запропонований нами спосіб здійснюється таким чином. Хворому, який переніс операцію холецистектомії, якщо в нього мають місце клініко-біохімічні ознаки ХРГ, призначають введення комплексу антиоксидантів (токоферолу ацетат або аевіт, аскорбінова кислота або аскорутин) у середнь-терапевтичних дозировках, гепабене по 2 капсули тричі на день у середину протягом 3 тижнів, а потім по 1 капсулі 2-3 рази на день ще протягом 2-3 тижнів. Додатково хворим на ХРГ вводять усередину новий український препарат антраль по 0,2-0,4г 3-4 рази на добу у середину протягом 7-10 діб поспіль, а після перерви на протязі 2 тижнів - по 0,2г 3 рази на добу протягом 10-12 діб поспіль. Антраль - принципово новий гепатопротектор, що розроблений в Інституті фармакології та токсикології АМН України, в хімічному плані він є координаційна сполука алюмінію з амінокарбоною кислотою, а в фармакологічному - характеризується високою гепатозахисною, антиоксидантною та протизапальною дією, володіє також імунорегуючим ефектом, добре переноситься хворими, відрізняється низькою токсичністю та відсутністю побічних реакцій. Антраль дозволений для клінічного використання в Україні без обмежень, випускається НПО "Фармак" (Київ). Вищевказана схема використання антралю при лікуванні хворих на ХРГ була розроблена авторами заявки в ході створення винаходу. Двокурсове введення антралю сприяє досягненню повноцінної та тривалої ремісії ХРГ, запобігає подальшому виникненню загострень патологічного процесу в паренхімі печінки

При розробці пропонуваного способу лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, нами було обстежено 2 групи хворих з наявністю загострення або постійної ремісії ХРГ в післяопераційному періоді. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих, тяжкістю перебігу загострення ХРГ. В обох групах переважали хворі, в яких холецистектомія була проведена за допомогою лапароскопічного способу. Осно-

вна група включала 56 осіб, які після холецистектомії отримували лікування ХРГ за допомогою запропонованого способу. Група співставлення мала кількість 60 осіб, у яких ХРГ лікувалося після операції холецистектомії за допомогою існуючого способу-прототипу. Диспансерний нагляд хворих з обох груп здійснювався на базі хірургічного відділення Луганської обласної клінічної лікарні, а потім - на базі Луганського обласного гепатологічного центру. В ході диспансерного нагляду вивчалися клініко-біохімічні показники, що характеризували функціональний стан печінки, та проводилося ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Діагноз ХРГ у обстежених хворих був підтверджений морфологічно - шляхом інтраопераційної крайової біопсії печінки, яка здійснювалася з правої частки печінки в місці, до якого прилягав віддалений жовчний міхур. При морфологічному дослідженні у всіх хворих встановлено наявність патоморфологічних ознак хронічного неспецифічного реактивного гепатиту у вигляді поліморфізму гепатоцитів, наявності білкової та жирової дистрофії, лімфоцитарної інфільтрації навколо жовчних проток, помірного фіброзу портальних трактів. Крім того у всіх хворих, що були під наглядом, вивчали за допомогою ІФА маркери вірусних гепатитів В та С. При наявності цих маркерів хворі з обстеження були виключені.

При вивченні в обох групах (основної та групи співставлення) клінічних показників було встановлено, що до початку лікування клініка ХРГ в обох групах обстежених була однотиповою. Хворі скаржилися на наявність болю або тяжкості у правому підребер'ї, пркоти у роті, загальної слабкості, нездужання, відрижки, диспептичних проявів у вигляді зниження апетиту, нудоти, нерідко здуття живота та запорів. При об'єктивному огляді було встановлено збільшення печінки, яка виступала з-під краю реберної дуги на 1-2см, а також обкладеність язика. Поверхня печінки була гладка, консистенція - помірно щільна, пальпація печінкового краю - чутлива. При УЗД органів черевної порожнини у всіх хворих, що були під наглядом, встановлено помірне збільшення розмірів печінки, підвищення її акустичної щільності, або не рівномірність ехогенної структури.

Біохімічні зсуви у обстежених хворих на ХРГ характеризувалися збільшенням кількості прямого (пов'язаного) білірубіну при кількості загального білірубіну біля верхньої межі норми, помірною гіпертрансфераземією (підвищення активності АЛАТ і АсАТ), збільшенням показника тимолової проби, а у частини обстежених - активності лужної фосфатази (ЛФ) та гаммаглутамілтранспептидази (ГГТП). Відмічена також тенденція до зменшення коефіцієнту альбуміні/глобуліни (А/Г), що було обумовлено зниженням білково-синтетичної функції печінки.

При динамічному спостереженні було встановлено, що в основній групі хворих на ХРГ під впливом запропонованого способу лікування суттєво прискорюється зникнення скарг на стан здоров'я та відмічається нормалізація клінічних показників у обстежених хворих (таблиця 1).

З таблиці видно, що при використанні запропонованого способу лікування ХРГ у хворих, що

перенесли операцію холецистектомії, відмічається суттєве скорочення тривалості збереження клінічної симптоматики загострення гепатиту, а саме - загальної слабкості - на $6,8 \pm 1,0, 2$ дні (в 1,9 рази), нездужання - на $6,6 \pm 0,15$ дні (в 1,9 рази), тяжкості у правому підребер'ї - на $9,1 \pm 0,2$ дні (в 2,2 рази), зниження апетиту - на $7,2 \pm 0,2$ дні (в 2 рази), диспептичних проявів, в тому числі нудоти - на $5,6 \pm 0,2$ дні (в 1,8 рази), гепатомегалії - на $14,1 \pm 1,0, 3$ дні (в 1,8 рази), почуття гіркоти у роті - на $7,0 \pm 0,3$ дні (в 2,1 рази), відрижки - на $7,3 \pm 1,0, 25$ дні (в 2 рази),

здуття животу - на $6,6 \pm 0,3$ дні (в 2,1 рази), запорів - на $6,1 \pm 0,25$ дні (в 2 рази), обкладеності язика густим білим або брудно-сірим нальотом - на $14,5 \pm 0,4$ дні (в 2 рази) Таким чином, використання запропонованого способу лікування хворих на ХРГ, які перенесли операцію холецистектомії, сприяє суттєвому скороченню тривалості збереження симптомів як загально-токсичного, так і диспептичного характеру, обумовлює прискорення досягнення ремісії хронічного реактивного гепатиту

Таблиця 1

Вплив запропонованого способу лікування на клінічні показники у обстежених хворих на ХРГ ($M \pm m$)

Клінічні показники	Запропонований спосіб (n=56)	Існуючий спосіб (n=60)	P
Тривалість збереження (днів)			
загальної слабкості	$7,2 \pm 0,25$	$14,0 \pm 0,35$	$<0,01$
нездужання	$7,0 \pm 0,15$	$13,6 \pm 0,3$	$<0,01$
тяжкості у правому підребер'ї	$7,8 \pm 0,25$	$16,9 \pm 0,35$	$<0,01$
зниження апетиту	$6,9 \pm 0,22$	$14,1 \pm 0,3$	$<0,01$
диспептичних проявів	$6,6 \pm 0,25$	$12,2 \pm 0,25$	$<0,01$
гепатомегалії	$18,2 \pm 0,35$	$32,3 \pm 0,4$	$<0,01$
гіркоти у роті	$6,2 \pm 0,3$	$13,2 \pm 0,35$	$<0,01$
відрижки	$7,0 \pm 0,2$	$14,3 \pm 0,3$	$<0,01$
здуття живота	$6,2 \pm 0,35$	$12,8 \pm 0,4$	$<0,01$
запорів	$6,4 \pm 0,3$	$12,5 \pm 0,35$	$<0,01$
обкладеності язика	$14,3 \pm 0,35$	$28,8 \pm 0,45$	$<0,01$

Вивчена також динаміка біохімічних показників у обстежених хворих. До початку лікування в обох групах були однотипові зміни з боку біохімічних показників, які характеризувалися підвищенням прямої фракції білірубину, активності аміно-

трансфераз сироватки крові (АлАТ та АсАТ), показника тимолової проби, рівня екскреторних ферментів - ЛФ та ГГТП, коефіцієнт А/Г був знижений (таблиця 2)

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів лікування на біохімічні показники у хворих на ХРГ ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Норма	Запропонований спосіб (n=56)	Існуючий спосіб (n=60)	P
Білірубін (мкмоль/л) - загальний	13-20	$21,2 \pm 0,15$ $12,3 \pm 0,1$	$21,1 \pm 0,18$ $19,6 \pm 0,15$	$>0,1$ $<0,05$
- прямий	2,1-3,1	$10,6 \pm 0,08$ $2,1 \pm 0,05$	$10,8 \pm 0,09$ $8,6 \pm 0,1$	$>0,1$ $<0,01$
АлАТ (ммоль/л-л)	0,3-0,68	$1,69 \pm 0,02$ $0,52 \pm 0,02$	$1,65 \pm 0,06$ $1,23 \pm 0,03$	$>0,1$ $<0,01$
АсАТ (ммоль/л-л)	0,3-0,54	$1,31 \pm 0,03$ $0,45 \pm 0,02$	$1,28 \pm 0,02$ $1,05 \pm 0,03$	$>0,1$ $<0,01$
Тимолова проба (од)	0-5	$6,8 \pm 0,1$ $4,6 \pm 0,05$	$6,6 \pm 0,05$ $6,0 \pm 0,1$	$>0,1$ $<0,05$
ЛФ, (од)	2,1-3,2	$5,6 \pm 0,05$ $2,8 \pm 0,03$	$5,4 \pm 0,06$ $3,9 \pm 0,02$	$>0,1$ $<0,05$
ГГТП (мкмоль/с-л)	500-2200	2920 ± 65 2036 ± 28	2865 ± 52 26110 ± 32	$>0,1$ $<0,05$
А/Г	1,1-1,3	$0,82 \pm 0,02$ $1,23 \pm 0,03$	$0,84 \pm 0,03$ $0,96 \pm 0,02$	$>0,1$ $<0,05$

Примітка в чисельнику - показники до початку лікування, в знаменнику - на 15-ту добу з початку лікування

Зсуви біохімічних показників в обох групах були однаково виражені. При повторному вивченні біохімічних показників на 15-ту добу від початку

проведення лікування було встановлено, що в основній групі, яка отримувала лікування згідно до запропонованого способу, відмічена нормалізація вивчених показників, що свідчило про досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії. Дійсно, з таблиці 2 видно, що в основній групі хворих, яка отримув-

вала лікування згідно до запропонованого способу, відмічається нормалізація концентрації як загального білірубину, так і його прямої фракції, а також активності амінотрансфераз (АлАТ та АсАТ), показника тимолової проби, рівня ЛФ та ГГТП, співвідношення А/Г. В групі співставлення, яка лікувалася за допомогою існуючого способу-прототипу, рівень прямого білірубину був в середньому в 4 рази вище, ніж в основній групі, активність АлАТ - в 2,3 рази та АсАТ - в 2,3 рази вище, ніж в основній групі. В групі співставлення зберігається також підвищення відносно норми показників тимолової проби, ЛФ, ГГТП та помірне зниження коефіцієнту А/Г.

Подальше проведення клініко-біохімічного обстеження дозволило встановити, що в основній групі стійка клініко-біохімічна ремісія ХРГ у 52 (92,9%) хворих досягнута до 15-ої доби лікування, у останніх 4 хворих - до 20-ої доби. Таким чином, середній термін досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії склав $15,2 \pm 0,5$ діб.

В групі співставлення тривалість досягнення ремісії у 40 (86,7%) осіб склала до 20 діб, у останніх 20 хворих - від 20 до 30 діб, середній термін досягнення ремісії був $24,4 \pm 0,8$ доби, тобто на $9,2 \pm 0,3$ доби більше, ніж у хворих основної групи ($p < 0,01$). Таким чином, використання запропонованого способу лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, сприяє суттєвому прискоренню досягнення ремісії гепатиту.

Проведення диспансерного нагляду після досягнення ремісії ХРГ дозволило встановити, що в основній групі тривалість збереження ремісії у 50 хворих (89,3%) склала 1 рік та більше (тобто весь термін диспансерного нагляду). У 6 хворих (10,7%) термін збереження ремісії склав від 6 до 11 місяців. В групі співставлення у 42 (70%) хворих ремісія тривала протягом року (період диспансерного обстеження), у 18 (30%) - від 6 до 11 місяців. Отже, кількість хворих з тривалістю ремісії протягом 1 року та більш при використанні запропонованого способу лікування ХРГ підвищується на $19,3 \pm 2,2\%$ ($p < 0,01$), а кількість хворих з терміном ремісії менше 1 року зменшується в 2,8 рази. Це свідчить про ефективність запропонованого способу лікування ХРГ у хворих, які перенесли операцію холецистектомії, та перспективність його використання в клінічній практиці.

Запропонований спосіб не потребує використання коштовних та дефіцитних реактивів і обладнання. Він доступний для лікарів та хворих, оскільки базується на використанні вітчизняних препаратів, а саме антралю, добре переноситься хворими, не викликає побічних ефектів. Тому вказаний спосіб може бути рекомендований для поширеного використання в умовах хірургічної клініки.

Наводимо конкретні приклади використання запропонованого способу.

Приклад 1

Хвора М., 42 років, госпіталізована в хірургічне відділення обласної клінічної лікарні зі скаргами на періодично виникаючий біль у правому підребер'ї ниючого характеру з ірадіацією в праву лопатку, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, гіркоти у роті, нудоту, загальну слабкість, нездужання, зни-

ження апетиту та працездатності. Після вживання жирної та смаженої їжі самопочуття погіршується, посилюється тяжкість та виникає біль у правому підребер'ї, виникає здуття животу, нудота. Хворіє протягом останніх 6 років, неодноразово обстежувалася амбулаторно та в стаціонарі, встановлений діагноз хронічного калькульозного холециститу та супутнього хронічного реактивного гепатиту.

При об'єктивному огляді загальний стан хворої задовільний. Язик густо обкладений білим нальотом. Живіт здутий, при пальпації болючий у правому підребер'ї. Симптом Ортенбергера та Керра позитивні. Печінка виступає на 2-3 см з-під краю реберної дуги, край чутливий при пальпації. УЗД органів черевної порожнини - гепатомегалія, не рівномірна ехогенність паренхіми печінки, потовщення стінки жовчного міхура до 5 мм, в просвіті міхура - жовчний камінь розмірами 6×12 мм, округлої форми, значна кількість мікролітів, детриту. Клінічний діагноз хронічний калькульозний холецистит, хронічний реактивний гепатит.

Хворій проведена операція лапароскопічної холецистектомії, під час якої взято біопсію печінки. Результати морфологічного дослідження біоптату печінки: помірна жирова та білкова дистрофія гепатоцитів, інтенсивний перидуктальний фіброз, значна лімфоцитарна інфільтрація порталних трактів з поширенням у паренхіму печінки.

При обстеженні через 2 тижня після проведення оперативного втручання було встановлено, що хвора скаржилася на загальну слабкість, нездужання, наявність тяжкості у правому підребер'ї, зниження апетиту, почуття гіркоти у роті, відрижку, здуття животу. При огляді встановлено збільшення розмірів печінки, яка виступає на 2-3 см з-під реберного краю, відмічається чутливість печінкового краю при пальпації. Язик густо обкладений білим нальотом.

Дані біохімічного обстеження білірубін загальний - $21,6 \text{ мкмоль/л}$, прямий - $10,8 \text{ мкмоль/л}$, АлАТ - $1,62 \text{ мкмоль/г-л}$, АсАТ - $1,28 \text{ мкмоль/г-л}$, коефіцієнт де Рпіса - 0,79, тимолова проба - 7,0 од., ЛФ - 5,65 од., ГГТП - 2968 мкмоль/с-л , коефіцієнт А/Г - 0,84.

Встановлений діагноз: стан після лапароскопічної холецистектомії, загострення хронічного реактивного гепатиту.

В зв'язку з наявністю загострення ХРГ хворій було призначено лікування згідно до запропонованого способу, а саме антиоксиданти (аевіт, аскорутин) у середньо-терапевтичних дозировках, гепабене по 2 капсули тричі на день усередину протягом 3 тижнів, а потім по 1 капсулі 2 рази на день ще протягом 2 тижнів та додатково - антраль по 0,2 г 4 рази на добу усередину протягом 7 діб поспіль, а після перерви на протязі 2 тижнів - по 0,2 г 3 рази на добу протягом 10 діб поспіль.

При динамічному клініко-лабораторному обстеженні було встановлено, що під впливом призначеного лікування загальне самопочуття та стан хворої поступово поліпшилися. Загальна слабкість та нездужання зберігалися 7 днів, тяжкість у правому підребер'ї, зниження апетиту - 8 днів, диспептичні прояви, гіркота у роті та здуття живота зникли на шосту добу від початку лікування, обкладеність язика - на 14-ту добу. Гепатомегалія

зберігалася протягом 18 діб з початку лікування

Повторне біохімічне обстеження, яке було проведено на 15 добу з початку лікування, дозволило встановити, що під впливом лікування, яке проводилося згідно до запропонованого способу, мала місце нормалізація функціональних проб печінки, а саме зниження концентрації загального білірубину до 12,6мкмоль/л, прямої фракції білірубину - до 2,2мкмоль/л, активності амінотрансфераз - АлАТ до 0,56мкмоль/г-л, АсАТ - 0,4мкмоль/г-л, тимолової проби - до 5од, активності екскреторних ферментів ЛФ - 3,0од, ГГТП - до 2025мкмоль/с-л, підвищення коефіцієнту А/Г - до 1,22

Подальше диспансерне обстеження протягом 1 року після завершення курсу лікування згідно до запропонованого способу дозволило встановити тривалість досягнутої клініко-біохімічної ремісії ХРГ та відсутність як скарг, так і клінічних ознак загострення хронічного гепатиту Приклад 2

Хворий С., 46 років, страждає на хронічний калькульозний холецистит протягом 10 років В хірургічному відділенні обласної лікарні йому виконано операцію лапароскопічної холецистектомії в плановому порядку Через 2 тижні після лапароскопічної холецистектомії хворий скаржився на загальну слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, нудоту, піркоту у роті, здуття живота При огляді загальний стан хворого задовільний Язик густо обкладений білим нальотом Живіт м'який, при пальпації чутливий у правому підребер'ї Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2-3см, край печінки при пальпації помірно болісний При УЗД органів черевної порожнини печінка збільшена у розмірах, не рівномірної щільності Дані біохімічного обстеження загальний білірубін - 22,3мкмоль/л, прямий білірубін - 11,2мкмоль/л, активність АлАТ - 1,73мкмоль/г-л, АсАТ - 1,34мкмоль/г-л, коефіцієнт де Рпіса - 0,77, тимолова проба - 7,5од, ЛФ - 5,72од, ГГТП - 2973мкмоль/с-л, коефіцієнт А/Г - 0,81 Встановлений діагноз загострення хронічного реактивного гепатиту У зв'язку з цим хворому призначено лікування згідно до запропонованого способу, а саме

антиоксиданти (токоферолу ацетат та аскорутин) у середньо-терапевтичних дозировках, гепабене по 2 капсули 3 рази на день усередину протягом 3 тижнів, а потім по 1 капсулі 3 рази на день ще протягом 3 тижнів та додатково антраль по 0,4г 3 рази на добу усередину протягом 10 діб поспіль, а після перерви на протязі 2 тижнів - по 0,2г 3 рази на добу протягом 12 діб поспіль

Під впливом проведеного лікування як самопочуття, так і загальний стан хворого поступово поліпшилися Тривалість збереження загальної слабкості та нездужання склала 7 діб, тяжкості у правому підребер'ї - 8 діб, зниження апетиту, нудоти та інших диспептичних проявів - 6 діб, піркоти у роті, здуття живота - також 6 діб Обкладеність язика густим білим нальотом зберігалася 14 діб, гепатомегалія - 18 діб Повторне біохімічне обстеження було проведено на 15-ту добу з початку лікування Воно дозволило відмітити чітку позитивну динаміку вивчених показників, а саме зниження концентрації загального білірубину до 12,5мкмоль/л, прямої фракції - до 2,3мкмоль/л, активність АлАТ - до 0,55мкмоль/г-л, АсАТ - до 0,42мкмоль/г-л, тимолової проби - до 4,6од, ЛФ - до 2,9од, ГГТП - до 2068мкмоль/с-л, підвищення коефіцієнту А/Г до 1,22 Отже, була досягнута повноцінна клініко-біохімічна ремісія ХРГ

Щодо подальшого перебігу захворювання, то за даними диспансерного обстеження встановлено, що протягом року після проведення лікування згідно до запропонованого способу-прототипу, загострення патологічного процесу в печінці були відсутні, загальний стан хворого та його самопочуття були задовільними

Отже, отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу лікування ХРГ у хворих, які до того перенесли операцію холецистектомії, корисність його для клінічної практики та наявності суттєвих переваг відносно існуючого способу-прототипу, що дозволяє рекомендувати вказаний спосіб для поширеного використання в умовах хірургічних відділень та гастроентерологічних стаціонарів