

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до гепатології та інфекційної патології.

Актуальність предмету винаходу пов'язана зі значною розповсюдженістю вірусного гепатиту А (ВГА) у сучасних умовах, особливо серед осіб молодого віку, що мешкають в екологічно несприятливих регіонах з великим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками. За даними, що отримані в період останніх епідемій ВГА, поперед усього епідемії у м. Суходільську в липні-жовтні 2003 року дорослі молодого віку хворіють на ВГА частіше, ніж діти. У зв'язку з несприятливим впливом на організм хворих ксенобіотиків, які шкідливі для печінки і водночас пригнічують імунітет та сприяють розвитку вторинних імунодефіцитних станів, формується хронічна неспецифічна патологія печінки. Тому ВГА у таких хворих перебігає більш тяжко та тривало, ніж у осіб, які мешкають у відносно сприятливих екологічних зонах, з вираженим "метаболічним" токсикозом, нерідко хвилеподібним перебігом після жовтяничного періоду та з загостреннями патологічного процесу у печінці в періоді реконвалесценції. Тому вельми актуальною є розробка патогенетично обґрунтованих способів лікування ВГА у дорослих, у першу чергу цитолітичного варіанту (ЦВ) гострого ВГА, який найбільш часто зустрічається в клінічній практиці.

Існує спосіб лікування ЦВ ВГА у дорослих хворих шляхом призначення хворим відповідної дієти (стіл 5 або 5а), ліжкового режиму до зникнення або суттєвого зменшення жовтяниці з подальшим переведенням хворих на півліжковий режим, та глюкозо-вітамінної терапії (Дунаевський О.А. Вирусный гепатит А. - В кн.: Инфекционные болезни / Под ред. акад. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1996. -С.226-232).

Однак цей спосіб недостатньо ефективний, особливо у хворих на ЦВ ВГА, що постійно мешкають в умовах екологічно несприятливих регіонів та підлягають дії ксенобіотиків. Тому існуючий спосіб не забезпечує прискорення одужання хворих на ЦВ ВГА, у зв'язку з чим хвороба може тривати. Відмічаються загострення ВГА у періоді реконвалесценції.

Тому для підвищення ефективності лікування ЦВ ВГА запропоновано використовувати дієту з підвищеним вмістом білка та амінокислот (Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1999. -С.308-309). Цей спосіб підвищує ефективність лікування хворих з ЦВ ВГА, однак у низці випадків при гострому ВГА високобілкова дієта може сприяти погіршенню загального стану хворих та функціональних проб печінки. Крім того, дуже важко підбирати оптимальне співвідношення між вмістом окремих амінокислот, що входять до складу високобілкової дієти, а нераціональне співвідношення амінокислот може погіршити функціональний стан печінкової паренхіми.

Відомий також спосіб лікування ЦВ ВГА у дорослих хворих шляхом введення протизапального препарату амізону (Амизон: применение в лечении и профилактике инфекционных болезней: Методич. рекомендации. - Киев, 2002. -С.28-31). Це досить ефективний спосіб лікування дорослих хворих з ЦВ ВГА, оскільки амізон, крім протизапальної дії, володіє також інтерферогенним та імунокорегуючим ефектом. Однак у частини хворих з ЦВ ВГА введення амізону викликає, або посилює диспептичні прояви, які досить характерні для хворих з ЦВ ВГА, що постійно мешкають в умовах екологічно несприятливих регіонів, із забрудненням довкілля ксенобіотиками. Крім того, оскільки до складу амізону входить йод, лікування амизоном протипоказане тим хворим, в яких відмічається підвищена чутливість до йоду.

Існує також спосіб лікування хворих з ЦВ ВГА у дорослих, при якому поряд з ліжковим режимом, відповідною дієтою (стіл 5 або 5а), глюкозо-вітамінною терапією, хворим на ЦВ ВГА вводять комплекс антиоксидантів (аскорутин, аевіт), що в патогенетичному плані зменшує вираженість пероксидації ліпідів, а в клінічному - сприяє прискоренню одужання хворих на ВГА (Фролов В.М. Досвід лікування гострого вірусного гепатиту А при спалаховому характеру інфекції // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 1998. -Вип. 6(20). -С.116-128).

Цей спосіб позитивно себе зарекомендував при лікуванні дорослих хворих з ЦВ ВГА в період спалахової захворюваності на ВГА в умовах екологічно несприятливих регіонів. До недоліків способу відноситься те, що у частини хворих на ЦВ ВГА все ж таки відмічається так званий "хвилеподібний" варіант перебігу ВГА, при якому в періоді покращення клініко-лабораторних показників знову виникають загострення патологічного процесу в паренхімі печінки, та погіршення клініко-біохімічних показників (функціональних проб печінки). Тому цей спосіб лікування ЦВ ВГА у дорослих потребує подальшого удосконалення.

У зв'язку з цим був розроблений спосіб лікування дорослих хворих на ЦВ ВГА, при якому додатково до ліжкового режиму, дієти відповідно столу 5 або 5а, глюкозо-вітамінної терапії та комплексу антиоксидантів вводять гепатопротекторний препарат вітчизняного виробництва антраль по 0,2г 3-4 рази на добу усередину протягом 10-15 діб поспіль (Деклараційний патент №57365 А61К33/06 - Україна. - Спосіб лікування цитолітичного варіанту гострого вірусного гепатиту А у дорослих. -Бюл. №6, 2003р.). Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що у частини хворих досить тривало зберігаються порушення біохімічних показників (гіпертрансфераземія, підвищення фракції прямого білірубину, тимолової проби), що пов'язано з порушеннями метаболічного гомеостазу. Тому потрібне подальше удосконалення відомого способу-прототипу.

Задачею винаходу було підвищення ефективності лікування дорослих хворих на ЦВ ВГА, скороченню його терміну та прискорення одужання хворих, нормалізація в них показників перекисного окислення ліпідів.

Вказана задача досягається тим, що дорослим хворим на ЦВ ВГА додатково до ліжкового режиму, дієти відповідно столу 5 або 5а, глюкозо-вітамінної терапії, комплексу антиоксидантів та антралю вводять новий гепатозахисний препарат глутаргін вітчизняного виробництва по 0,5г 3-4 рази на добу усередину протягом 7-10 днів поспіль, в залежності від досягнутого ефекту, потім по 0,25г 3 рази на день ще протягом 10-14 днів поспіль.

Глутаргін - новий вітчизняний гепатозахисний препарат, що за механізмами фармакологічної дії принципово відрізняється від існуючих гепатопротекторів. За своєю хімічною структурою глутаргін представляє сіль L-аргініна та глутамілової кислоти (аргініна глутамат); він активно включається до регуляції метаболічних процесів у печінці, виявляє детоксикуючий ефект шляхом зв'язування аміака, а також знижує активність пероксидації ліпідів біомембран, виявляє антигіпоксичну дію, покращує процеси енергозабезпечення гепатоцитів. Наша пропозиція щодо включення глутаргіну в лікувальний комплекс у дорослих хворих на ЦВ ВГА базується на вперше встановленій при проведенні власних досліджень закономірності, що глутаргін та антраль володіють взаємопотенціюючою дією щодо пригнічення процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і тому забезпечують зниження вмісту продуктів ПОЛ у крові - як проміжних, тобто дієнових кон'югат (ДК), так і кінцевого - малонового

диальдегіду (МДА) суттєво швидше, ніж може дати проста сумація антиоксидантних ефектів обох препаратів. Отже, нами було вперше обґрунтовано доцільність та перспективність використання при лікуванні ЦВ ВГА глютаргіну додатково до відповідної дієти (стіл 5 або 5а), ліжкового режиму, глюкозо-вітамінної терапії, комплексу антиоксидантів та антралю.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Дорослому хворому із встановленим діагнозом ЦВ ВГА призначають ліжковий режим (до зникнення або суттєвого зменшення жовтяниці), відповідну дієту (стіл 5 або 5а), глюкозо-вітамінну терапію, антиоксидант (аевіт, аскорутин) у середньотерапевтичних дозах, антраль усередину після їжі по 0,2г 3-4 рази на добу протягом 10-15 діб поспіль та додатКОВО глютаргін усередину у вигляді таблеток по 0,5г 3-4 рази на добу протягом 7-10 діб поспіль, залежно від досягнутого ефекту, потім по 0,25г 3 рази на день ще протягом 10-14 днів поспіль.

При розробці заявленого способу лікування дорослих хворих з ЦВ ВГА нами було обстежено дві групи пацієнтів у віці від 18 до 40 років з цим діагнозом - основна (120 хворих, з них 56 чоловіків та 64 жінки), що отримувала лікування згідно до заявленого способу, та група зіставлення (також 120 хворих, з них 58 чоловіків та 62 жінки), що лікувалася згідно з відомим способом-прототипом. У всіх обстежених хворих діагноз ВГА був підтверджений серологічно на підставі виявлення анти-HAV класу Ig M. Усі хворі, що були під наглядом, спостерігалися нами в період великого епідемічного спалаху ВГА, що обумовило одночасне проведення досліджень. У всіх обстежених пацієнтів був виставлений діагноз гострого ВГА, жовтяничної форми, цитолітичного варіанту, при середньотяжкому перебізі хвороби. Обидві групи обстежених були рандомізовані за віком, статтю хворих, терміном госпіталізації, рівнем вихідної гіпербілірубінемії.

Проведення клінічних досліджень та лабораторних обстежень хворих на ЦВ ВГА, які були під наглядом, дозволило встановити, що до початку лікування в обох групах - основній та зіставлення клінічна симптоматика і зсуви біохімічних показників з боку так званих функціональних проб печінки були однотиповими. Клінічна картина захворювання характеризувалася наявністю переджовтяничного періоду протягом 3-4 діб за диспептичним, астено-вегетативним або змішаним варіантом, появою загальнотоксичного синдрому. Що характеризувався загальною слабкістю, нездужанням, дифузним головним болем, зниженням або повною відсутністю апетиту, нудотою, та у частини хворих також блюванням, підвищеною стомленістю; печінковим синдромом, а саме збільшенням печінки, чутливістю при пальпації печінкового краю, потемнінням сечі, обкладеністю язика жовтим нальотом, жовтяничністю склер, шкіри та слизових оболонок.

Проведення клінічного обстеження в динаміці дозволило встановити, що заявлений спосіб лікування ЦВ ВГА має суттєві переваги в плані впливу на клінічні показники (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів лікування на динаміку клінічних показників в обстежених хворих на ЦВ ВГА (M±m)

Клінічні показники у обстежених хворих	Спосіб лікування		P
	заявлений (n=120)	відомий (прототип) (n=120)	
тривалість збереження (діб):			
загальної слабкості	5,0±0,2	10,3±0,5	<0,01
нездужання	5,1±0,3	10,6±0,9	<0,01
підвищеної стомленості	5,2±0,5	11,6±0,9	<0,01
жовтяниці	9,8±0,5	18,8±1,6	<0,01
субіктеричності склер	12,3±0,6	25,1±1,8	<0,01
потемніння сечі	4,6±0,25	9,6±0,6	<0,05
обкладеності язика	18,6±1,6	26,6±1,8	<0,05
гепатомегалії	15,5±1,1	25,6±1,5	<0,01
чутливості печінкового краю при пальпації	5,1±0,25	9,9±0,5	<0,05

Дійсно, при використанні заявленого способу лікування суттєво скорочувалася тривалість збереження загальнотоксичного синдрому відносно групи зіставлення, яка отримувала лікування згідно з відомим способом-прототипом, а саме загальної слабкості та нездужання в середньому на 4,5±0,2 доби, підвищеної стомленості - на 4,4±0,2 доби. В основній групі, яка отримувала лікування згідно до заявленого способу, вірогідно раніше нормалізувався апетит, загальне самопочуття хворих, покращувався їхній психоемоційний настрій. Отже, додаткове використання глютаргіну згідно до заявленого способу, хворим на ЦВ ВГА, сприяло суттєвому прискоренню ліквідації синдрому загального інфекційного токсикозу у хворих з ЦВ ВГА.

Відмічено також позитивний вплив заявленого способу лікування дорослих хворих на ЦВ ВГА на динаміку печінкового синдрому (таблиця 1). Дійсно, в основній групі, яка лікувалася згідно із заявленим способом, тривалість збереження жовтяниці скорочувалася в середньому на 9,0±0,4 доби відносно групи зіставлення, тобто в 1,9 рази (P<0,01), субіктеричність склер - на 12,8±0,5 доби, тобто в 2 рази (P<0,01), збільшення розмірів печінки (гепатомегалії) - на 10,1±0,8 доби (в 1,7 рази; P<0,01), чутливість при пальпації печінкового краю - на 4,8±0,2 доби, тобто в 1,9 рази (P<0,05), потемніння сечі - на 5,0±0,2 доби, тобто в 2,1 рази (P<0,05), обкладеність язика густим білим або жовтим брудним нальотом - на 8,0±0,9 доби (P<0,05).

У цілому тривалість збереження печінкового синдрому у хворих на ЦВ ВГА, які отримували лікування згідно із заявленим способом, зменшилася в 1,8 рази. Отже, заявлений спосіб лікування сприяє скороченню терміну нормалізації клінічних показників, ліквідації як загальноінфекційного токсикозу так і печінкового синдрому, тобто прискорює одужання дорослих хворих з наявністю ЦВ ВГА.

Позитивний вплив заявленого способу лікування ЦВ ВГА підтверджується також даними лабораторного (біохімічного) обстеження, тобто вивчення функціональних проб печінки. Дійсно, до початку лікування в обох групах обстежених були однотипові зсуви біохімічних показників (так званих «функціональних проб печінки»), які характеризувалися збільшенням рівня як загального так і прямого (тобто зв'язаного) білірубіну, підвищенням активності амінотрансфераз сироватки крові - АлАТ і АсАТ та показника тимолової проби, зниженням коефіцієнту

альбуміні/глобуліні (А/Г), що свідчить про наявність запального процесу у печінки та погіршення білкового обміну, а саме продукції альбуміну у паренхімі печінки (таблиця 2). У всіх обстежених хворих в крові з'являлись серологічні маркери ВГА - анти HAV класа Ig M, що було етіологічним підтвердженням діагнозу вірусного гепатиту А.

Таблиця 2

Вплив заявленого та відомого способів лікування  
на функціональні проби печінки в обстежених хворих на ЦВ ВГА ( $M \pm m$ )

Біохімічні показники	Норма	Спосіб лікування		Р
		заявлений (n=120)	відомий (прототип) (n=120)	
Білірубін: (мкмоль/л) загальний прямий	до 20,0	<u>102,5±5,6</u> 16,2±1,3	<u>101,3±5,8</u> 38,8±1,9	>0,1 <0,01
		<u>68,3±2,3</u> 3,1±0,3	<u>67,9±2,1</u> 15,4±1,2	>0,1 <0,01
	2,3-3,2			
АлАТ (ммоль/год.л)	до 0,68	<u>3,55±0,25</u> 0,56±0,03	<u>3,58±0,3</u> 1,28±0,06	>0,1 <0,01
АсАТ (ммоль/год.л)	до 0,54	<u>2,84±0,22</u> 0,35±0,02	<u>2,86±0,25</u> 0,92±0,05	>0,1 <0,01
Тимолова проба (од.)	до 5,0	<u>18,6±0,3</u> 5,1±0,2	<u>18,5±0,35</u> 10,2±0,3	>0,1 <0,01
Коефіцієнт А/Г	1,1-1,3	<u>0,85±0,02</u> 1,1±0,01	<u>0,86±0,03</u> 0,91±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 встановлено, що в основній групі хворих до початку третього тижня лікування вивчені біохімічні показники нормалізуються, а саме - знижується до норми рівень білірубину 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 зіставлення зберігаються зсуви біохімічних показників, що свідчить про незавершеність патологічного процесу в паренхімі печінки. Дійсно, концентрація загального білірубину в групі зіставлення була в 2,4 рази більша, 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 заявленого способу над відомим у плані прискорення нормалізації біохімічних показників в обстежених хворих на ЦВ ВГА, так званих функціональних проб печінки. Таким чином, отримані дані свідчать про високу ефективність заявленого способу лікування хворих з ЦВ ВГА та наявність суттєвих переваг даного способу відносно відомого способу-прототипу. В обстежених хворих відмічено прискорення ліквідації загальнотоксичного та печінкового синдромів, більш швидка нормалізація функціональних проб печінки. У зв'язку з цим тривалість лікування хворих з ЦВ ВГА в інфекційному стаціонарі, які отримували глутаргін відповідно до заявленого способу, скорочувалося в середньому на 6,2±0,3 дні відносно групи зіставлення, яка лікувалася за допомогою відомого способу-прототипу ( $P < 0,01$ ).

Нами було також вивчено вплив заявленого способу лікування хворих з ЦВ ВГА на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), а саме на 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).

Таблиця 3

Вплив заявленого та відомого способів лікування  
на динаміку показників ПОЛ в обстежених хворих на ЦВ ВГА ( $M \pm m$ )

Показники ПОЛ	Норма	Спосіб лікування		Р
		заявлений (n=120)	відомий (прототип) (n=120)	
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;  
Р підраховано між показниками в групах, які лікувалися за допомогою заявленого та відомого способів.

З таблиці 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 зіставлення підвищення концентрації МДА відмічено в 3,1 рази, ДК - в 2,8 рази. Після завершення лікування в основній групі хворих на ЦВ ВГА, яка лікувалася згідно із заявленим способом, відмічено зниження концентрації як МДА, так й ДК до верхньої межі норми. У той же час у групі зіставлення відмічено збереження цих показників на рівні, який вірогідно перевищував норму - МДА після завершення лікування в основній групі хворих на ЦВ ВГА була в 1,5 рази нижче, ніж у групі зіставлення, ДК - в 1,7

рази нижче ( $P < 0,05$ ). Отже, проведені лабораторні дослідження свідчать про патогенетичну обґрунтованість заявленого способу лікування хворих на ЦВ ВГА, оскільки при використанні цього способу відмічається нормалізація показників ПОЛ, що свідчить про реалізацію задачі дослідження.

Таким чином, заявлений спосіб лікування хворих на ЦВ ВГА має суттєві переваги відносно відомого способу. Оскільки сприяє підвищенню ефективності лікування, скороченню його терміну, зменшенню ймовірності розвитку тривалого перебігу та загострень гепатиту, а в патогенетичному плані - нормалізації показників ПОЛ. Заявлений спосіб добре переноситься хворими, побічних ефектів або ускладнень від призначеного лікування не відмічалось. Оскільки при використанні заявленого способу прискорюється одужання хворих та зменшується ліжко-день у середньому на  $6,2 \pm 0,3$  дні, умовний економічний ефект складає біля 183грн. на 1 особу. Глутаргін зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату. Він дозволений для поширеного використання, доступний за ціною, і тому заявлений спосіб може бути рекомендований для поширеного застосування в умовах інфекційних відділень та лікарень.

Приводимо приклади конкретного використання заявленого способу.

#### Приклад 1

Хворий К., 25 років, менеджер на приватній фірмі, захворів гостро, раптово. Відмітив виникнення загальної слабкості, нездужання, підвищення температури тіла до  $38,2^{\circ}\text{C}$ . На другий день захворювання з'явилася субіcterичність склер, потемніла сеча. На третій день від початку захворювання появилася жовтяниця. Температура тіла нормалізувалася, однак зберігалися загальна слабкість, нездужання, пониження апетиту, помірний головний біль, підвищена стомленість. При огляді відмічено наявність жовтяниці шкіри та склер, гепатомегалії, печінковий край при пальпації чутливий, язик обкладений густим жовтуватим нальотом. З анамнезу відомо, що за 1 місяць до захворювання у хворого був контакт з особами, які в той час захворіли на ВГА. Ан. крові біохімічний: білірубін загальний -  $108,6 \text{ мкмоль/л}$ , зв'язаний (прямий) -  $59,8 \text{ мкмоль/л}$ ; АлАТ -  $3,62 \text{ ммоль/год.л}$ , АсАТ -  $2,82 \text{ ммоль/год.л}$ , тимолова проба - 18,6од. Виставлений діагноз цитолітичного варіанту ВГА, жовтяничної форми. Діагноз підтверджений шляхом серологічного виявлення анти-HAV класу Ig M при відсутності інших маркерів гепатитів (В та С).

Призначено лікування згідно до заявленого способу, а саме ліжковий режим, відповідну дієту (стіл 5а, потім після поліпшення процесів травлення - 5), глюкозо-вітамінну терапію, антиоксиданти (аевіт та аскорутин) у середньотерапевтичних дозах, антраль усередину після їжі по 0,2г 3 рази на добу протягом 10 діб поспіль та додатково глутаргін усередину у вигляді таблеток по 0,5г 3 рази на добу протягом 7 діб поспіль, потім по 0,25г 3 рази на день ще протягом 10 днів поспіль.

Під впливом проведеного лікування відмічена швидка позитивна динаміка з боку клінічних показників, а саме тривалість збереження загальної слабкості та нездужання склала 4 доби, головного болю та зниження апетиту - 2 доби, потемніння сечі - 3 доби, після чого колір сечі нормалізувався. Тривалість збереження гепатомегалії склала 12 діб, чутливості краю печінки при пальпації - 4 доби, жовтяниці - 8 діб, субіcterичності склер - 11 діб. Підвищена стомленість зникла вже на четверту добу з початку лікування. При повторному біохімічному обстеженні через 2 тижні з початку лікування відмічена нормалізація функціональних проб печінки, а саме зниження рівня білірубину до  $19,4 \text{ мкмоль/л}$ , прямої фракції - до  $3,6 \text{ мкмоль/л}$ , АлАТ - до  $0,63 \text{ ммоль/год.л}$ , АсАТ - до  $0,52 \text{ ммоль/год.л}$ , тимолової проби - до 5од. При додатковому вивченні показників ПОЛ встановлені такі результати: до початку лікування  $10,7 \text{ мкмоль/л}$  МДА і  $28,0 \text{ мкмоль/л}$  ДК. На початку третього тижня лікування: МДА  $3,6 \text{ мкмоль/л}$ , ДК -  $10,7 \text{ мкмоль/л}$  перед випискою хворого зі стаціонару: МДА  $3,57 \text{ мкмоль/л}$ , ДК -  $10,2 \text{ мкмоль/л}$ .

Хворий був виписаний із стаціонару клінічно здоровим з нормальними біохімічними показниками на 20-ту добу з початку лікування. За даними диспансерного обстеження протягом 6 місяців скарг не з'являв, загальний стан був задовільним, розміри печінки у нормі, біохімічні показники не відхилялися від норми.

#### Приклад 2

Хвора С., 21 року, вчителька, захворіла гостро, коли раптово виникли загальна слабкість, нудота, нездужання, підвищилася температура тіла. На другий день захворювання з'явилися субіcterичність склер та тяжкість у правому підбер'ї, потемніла сеча. На третій день захворювання з'явилася жовтяниця. При огляді відмічено наявність жовтяниці шкіри та склер, гепатомегалії (+3-4см), чутливості печінкового краю при пальпації, язик значно обкладений густим білим нальотом. З анамнезу відомо, що за 4 тижні до початку захворювання у хворої був контакт з особами, які в той час знаходилися наприкінці інкубаційного періоду гострого ВГА, та потім поступили до інфекційного стаціонару з таким діагнозом.

Ан. крові біохімічний: білірубін загальний -  $112,3 \text{ мкмоль/л}$ , зв'язаний (прямий) -  $68,6 \text{ мкмоль/л}$ ; АлАТ -  $3,44 \text{ ммоль/год.л}$ , АсАТ -  $2,55 \text{ ммоль/год.л}$ , тимолова проба - 16,5од. Встановлений діагноз цитолітичного варіанту ВГА, жовтяничної форми. Діагноз підтверджений серологічно виявленням анти-HAV класу Ig M при відсутності інших маркерів гепатитів (В або С).

Хворій призначено лікування згідно до заявленого способу, а саме ліжковий режим, відповідну дієту (стіл 5а, після поліпшення стану - 5), глюкозо-вітамінну терапію, антиоксиданти (аскорутин та токоферолу ацетат) у середньотерапевтичних дозах, антраль усередину після їжі по 0,2г 4 рази на добу протягом 15 діб поспіль та додатково глутаргін усередину у вигляді таблеток по 0,5г 3 рази на добу протягом 10 діб поспіль, потім по 0,25г 3 рази на день ще протягом 14 днів поспіль. При динамічному обстеженні було встановлено, що під впливом проведеного лікування відмічався позитивний ефект у плані ліквідації загальнотоксичного та печінкового синдрому. Тривалість збереження загальної слабкості та нездужання склала 3 доби, головного болю та зниження апетиту - 2 доби, потемніння сечі - 4 доби. Тривалість збереження гепатомегалії склала 12 діб, чутливості краю печінки при пальпації - 5 діб, жовтяниці - 7 діб, субіcterичності склер - 11 діб. У хворої під впливом заявленого способу лікування поступово зникла загальна слабкість, стомленість, нормалізувався апетит.

При повторному біохімічному обстеженні на 15-ту добу з початку лікування відмічена нормалізація функціональних проб печінки, а саме зниження рівня білірубину до  $18,6 \text{ мкмоль/л}$ , прямої (зв'язаної) фракції - до  $3,5 \text{ мкмоль/л}$ , АлАТ - до  $0,62 \text{ ммоль/год.л}$ , АсАТ - до  $0,52 \text{ ммоль/год.л}$ , тимолової проби - до 4од. При вивченні показників ПОЛ встановлені такі результати: до початку лікування МДА -  $9,7 \text{ мкмоль/л}$ , ДК -  $28,6 \text{ мкмоль/л}$ . Перед випискою зі стаціонару (після завершення лікування) показник МДА був  $3,20 \text{ мкмоль/л}$ , ДК -  $9,5 \text{ мкмоль/л}$ . Хвора виписана додому у задовільному стані з нормальними біохімічними показниками, що характеризують функціональний стан печінки на 22-гу добу з початку лікування. При диспансерному обстеженні протягом 6 місяців загальний стан С. був задовільний, скарг не з'являла, біохімічні показники були в нормі. Отже, отримані

дані свідчать про ефективність заявленого способу лікування ЦВ ВГА у дорослих та його перевагах відносно відомого способу-прототипу. Глутаргін добре переноситься хворими, не викликає, побічних реакцій, у тому числі алергічних. Даний препарат хворі переносили добре, ніяких ускладнень від нього не відмічено. Це є підставою для рекомендацій відносно поширеного використання заявленого способу в клінічній практиці.