



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18070 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61K 36/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ - ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОЄДНАНИМ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

(21) u200605405

(22) 17.05.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. №10, 2006р.

(72) Фролов Валерій Митрофанович, Саламех Сулейман Саламех, Харченко В'ячеслав В'ячеславович

(73) Фролов Валерій Митрофанович, Саламех Сулейман Саламех Абу Хаматтах, Харченко В'ячеслав В'ячеславович

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією - хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ), поєднаним з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК), що включає введення комбінації фітопрепаратів, який

2

відрізняється тим, що хворим вводять комбінований фітопрепарат холенорм.

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що холенорм вводять усередину безпосередньо перед вживанням їжі по 5мл у півсклянці води 2-3 рази на день протягом 2-3 тижнів поспіль, та при необхідності (неповна ремісія хвороби) введення холенорму здійснюють повторно після двотижневої перерви.

3. Спосіб за пп.1, 2, який відрізняється тим, що для тривалого збереження ремісії хворим на коморбідну патологію (ХНХ+ПВ ДПК) введення холенорму повторюють 2-3 рази на рік з інтервалами 4-6 місяців між курсами вживання цього комбінованого фітопрепарату.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до гастроентерології.

Актуальність предмету корисної моделі полягає в тому, що в теперішній час суттєво збільшилася питома вага коморбідної патології органів травлення, зокрема хронічних захворювань жовчовивідних шляхів, особливо хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та запально-дистрофічних процесів у дванадцятипалій кишці (ДПК), насамперед пептичних виразок (ПВ). У той же час практично відсутні раціональні підходи до лікування та особливо медичної реабілітації хворих із такою патологією. Оскільки на ПВ ДПК, сполучені з ХНХ, хворіють особи молодого, найбільш працездатного віку, а проведення медичної реабілітації таких хворих необхідно для підтримки працездатності людей з такою патологією та попередження подальшого прогресування хвороби, можна вважати вельми актуальним розробку патогенетичне обґрунтованих способів медичної реабілітації пацієнтів з наявністю коморбідної патології: ХНХ, сполученого з ПВ ДПК.

Відомий спосіб медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією: ХНХ, сполученим з ДПК, шляхом введення настоянки ехінацеї пурпурової як фітопрепарату, який підвищує показники імуні-

тету та зменшує прояви вторинного імунodefіциту у хворих з такою коморбідною патологією [Звягинцева Т.Д., Ермолаев Д.Н. Изучение состояния иммунитета у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим бескаменным холециститом // Сучасна гастроентерологія. - 2002. - №3 (9). - С.47-49].

Однак при використанні цього способу практично відсутня чітко виражена позитивна дія на функціональний стан жовчного міхура (ЖМ) та жовчовивідних шляхів, у той час як у патогенетичному плані для реабілітації хворих з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) саме важливим є нормалізація функціонального стану ЖМ та покращення жовчовиділення. Крім того, тривалість введення препаратів з ехінацеї пурпурової не повинна перевищувати 2 тижнів, оскільки в подальшому при продовженні їхнього введення відмічається „провал” імунологічних показників. Клінічний досвід показує, що для досягнення достатнього ефекту медичної реабілітації хворих на коморбідну патологію (ХНХ+ПВ ДПК) її тривалість повинна бути не менше 30-40 діб поспіль, що неможливо при застосуванні препаратів з ехінацеї пурпурової. Тому даний спосіб потребує удосконалення.

(19) UA (11) 18070 (13) U

Існує також спосіб медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією: ХНХ, сполученим з ПВ ДПК, шляхом введення іншого фітопрепарату, а саме хофітолу, який містить у своєму складі екстракт артишоку [Фролов В.М., Харченко В.В. Фармакологические эффекты препаратов артишока посевного // В кн.: Глутаргин - фармакологическое действие и клиническое применение. - Харьков: Элтон, 2005. - С.97-118]. При використанні цього способу відмічається позитивний вплив на функціональний стан ЖМ та зменшення інтенсивності запальних процесів у жовчовивідних шляхах за рахунок покращення відтоку жовчі, однак при цьому не відмічається чітко вираженого позитивного впливу на стан слизової оболонки (СО) ДПК, тому у хворих може тривалий час зберігатися нестійка ремісія ПВ ДПК та загострення супутнього гастроудоденіту.

Тому було запропоновано удосконалення способу медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією: ХНХ, сполученим з ПВ ДПК, шляхом введення хворим з такою патологією водночас комбінації двох фітопрепаратів - сиропу ехінацеї (*Echinacea* *symp*) та артишоку екстракту Здоров'я, що забезпечило позитивний вплив як на стан імунітету, так і на моторну функцію ЖМ з покращенням відтоку жовчі [Фролов В.М., Харченко В.В. Эффективность препаратов из эхинаеи пурпурной и артишока посевного в медицинской реабилитации больных хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с патологией гастродуоденальной зоны // Проблемы экологичной та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наукових праць. - Київ; Луганськ; Харків. - 2005. - Вип. 5 (68). - С.112-118].

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відноситься те, що тривалість введення сиропу ехінацеї також не повинна перевищувати 2 тижнів, після чого можливе виникнення „провалу” імунітету, якщо цей препарат продовжувати вводити. Крім того, у низки хворих не відмічається посилення регенерації СО ДПК та прискорення досягнення ремісії при наявності фонового гастроудоденіту. Тому спосіб-прототип потребує подальшого удосконалення.

Задачею корисної моделі було удосконалення відомого способу-прототипу, а саме прискорення досягнення стійкої ремісії захворювання та збільшення її тривалості у хворих з наявністю коморбідної патології (ХНХ+ПВ ДПК).

Досягнення вказаної задачі здійснюється шляхом введення з метою медичної реабілітації хворим з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) комбінованого вітчизняного препарату рослинного походження холенорму, який володіє імуномодуючою, протизапальною та антиоксидантною дією, посилює швидкість регенерації пошкоджених тканин, сприяє нормалізації моторної функції жовчовивідних шляхів та пасажу жовчі.

Холенорм - це вітчизняний комбінований фітопрепарат, який виготовляється НПВ „Екомед” (Київ). До складу холенорму (Kholenorm) входить комплекс біологічно активних речовин з листя зеленого чаю (*Folia Camellina sinensis*), листя м'яти

перцевої (*Folia menthae piperitae*), трави звіробою звичайного (*Hb. Hyperici perforate*), трави полину звичайного (*Hb. Artemisiae vulgaris*), суцвіття цмину піщового (*Flores Helichrysi arenarii*), кукурудзяних приймочок (*Stigmatae Maydis*), плодів фенхелю (*Fructis Foeniculi vulgaris*). Холенорм володіє гепатозахисними, жовчогінними, спазмолітичними властивостями, посилює процеси репаративної регенерації пошкоджених тканин, особливо СО шлунково-кишкового тракту та, за нашими даними, суттєво покращує виведення жовчі і водночас зменшує вираження запальних процесів у гастроудоденальній зоні та жовчовивідних шляхах. Авторами корисної моделі встановлено в експериментальних умовах, що введення холенорму забезпечує як покращення моторної функції ЖМ та пасаж жовчі при явищах часткового холестазу, так і одночасно сприяє прискоренню загоєння ерозивних дефектів СО ДПК при наявності ерозивного або ерозивно-геморагічного гастроудоденіту. Саме ці експериментальні дані були підставою для вивчення в подальшому можливої ефективності холенорму в якості засобу медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) та розробці, виходячи з цього, корисної моделі.

Отже, наша пропозиція щодо використання фітопрепарату холенорму вітчизняного виробництва як засобу медичної реабілітації хворих на коморбідну патологію (ХНХ+ПВ ДПК) базується на вперше встановленій авторами корисної моделі закономірності, що при введенні холенорму повною мірою реалізується спазмолітичний, жовчогінний, гепатозахисний ефекти цього препарату. Крім того, нами вперше встановлені в клінічних умовах такі дуже важливі механізми фармакологічної дії холенорму, як антиоксидантна, протизапальна та імуномодуюча, що має важливе значення для здійснення медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК).

Корисна модель реалізується таким чином. Хворим на коморбідну патологію (ХНХ+ПВ ДПК) у фазі нестійкої ремісії, які підлягають медичній реабілітації, призначають комбінований фітопрепарат холенорм по 5мл на півсклянки води безпосередньо перед вживанням їжі 2-3 рази на добу протягом 3-4 тижнів поспіль. При необхідності після двотижневої перерви курс медичної реабілітації повторюють (у тих випадках, коли при проведенні першого курсу медичної реабілітації не була досягнута повна ремісія хвороби). Нами досвідним шляхом було встановлено, що саме така схема введення холенорму забезпечує максимальну клінічну ефективність при проведенні медичної реабілітації хворих на коморбідну патологію (ХНХ+ПВ ДПК) та сприяє реалізації усіх основних напрямків фармакологічної ефективності цього фітопрепарату, корисних для даної групи хворих. У патогенетичному плані використання холенорму в якості засобу медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) спрямовано на зменшення порушень моторики ЖМ та ДПК, оптимізацію пасажу жовчі та пригнічення активності запального процесу у ЖМ, посилення репаративних процесів у СО ДПК та прискоренню загоєння ПВ ДПК.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих: основна (80 осіб), якій медична реабілітація проводилася за допомогою фітопрепарату холенорм, та група зіставлення (також 80 осіб), яка отримувала медичну реабілітацію за допомогою відомого способу-прототипу. Обидві групи були рандомізовані за клінічним статусом обстежених пацієнтів, а саме тяжкістю перебігу коморбідної патології у гострому періоді хвороби, загальною тривалістю захворювання та ступенем неповноти ремісії патологічного процесу.

До початку проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів обох груп була однотипова клінічна картина коморбідної патології, яка характеризувалася наявністю астено-невротичного, диспептичного та помірно вираженого больового синдромів. Проявами астено-невротичного синдрому була підвищена стомлюваність, загальна слабкість та нездужання, емоційна лабільність, поганий настрій, підвищена дратівливість, іноді тупий дифузний головний біль та запаморочення. Диспептична симптоматика характеризувалася нудотою, гіркотою або металевим присмаком у роті, нерідко метеоризмом, наявністю закрепів або чергуванням закрепів та проносів. Больовий синдром проявлявся у вигляді тяжкості в епігастрії та правому підребер'ї, в частини випадків голодних або нічних больових відчуттів, при клінічному обстеженні виявлено наявність помірно позитивних симптомів Кера та Ортнера у більшості обстежених хворих, що було пов'язано з наявністю хронічного запального процесу в ЖМ, обкладеність язика білим або брудним жовтим нальотом у всіх обстежених, чутливість при пальпації в епігастрії та правому підребер'ї у значної частини хворих, які були під наглядом. За даними УЗД органів черевної порожнини, у всіх обстежених відмічено потовщення стінки ЖМ, частіше в межах 3-6мм, нерідко наявність двоконтурності стінки міхура, деформації ЖМ перетинками у вигляді „пісочного годинника”, вміст у порожнині ЖМ концентрованої жовчі („замазки”), що свідчило про ураження міхура хронічним запальним процесом. При динамічному

УЗД після вживання жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків) зниження скорочувальної функції ЖМ у тому або іншому ступені виявлено у всіх хворих, які були під наглядом, тобто мала місце гіпокінезія ЖМ. За даними фіброгастродуоденоскопії (ФГДС), у всіх обстежених ПВ ДПК була у фазі відносної ремісії та рубцювання, однак нерідко виявлялися ознаки хронічного гастродуоденіту в якості фонової патології шлунково-кишкового тракту.

При динамічному нагляді було встановлено, що у пацієнтів основної групи (які отримували комбінований фітопрепарат холенорм) вже протягом першого тижня проведення медичної реабілітації загальний стан та самопочуття суттєво покращилися, зменшилися прояви астенії та зникли такі скарги, як гіркота або металевий присмак у роті та тяжкість у правому підребер'ї. Протягом другого тижня медичної реабілітації у більшості хворих зникли такі диспептичні явища, як нудота та метеоризм, почав очищуватися язик від брудного нальоту, суттєво покращилися загальний настрій, емоційний стан, посилилася працездатність. У цілому в клінічному співвідношенні до початку четвертого тижня медичної реабілітації повноцінна ремісія з ліквідацією астено-невротичного синдрому, диспептичних явищ та больових відчуттів досягнута у 75 осіб з основної групи (93,75%) та наприкінці четвертого тижня - у 76 осіб (95,0%). У 3-х осіб з основної групи ремісія мала частковий характер, оскільки у хворих залишалися помірно виражені астеничні або астено-невротичні та диспептичні скарги, а у 1 хворого також зберігалася помірно виражена тяжкість у правому підребер'ї. У групі зіставлення, в якій медична реабілітація здійснювалася за допомогою відомого способу-прототипу, до кінця четвертого тижня проведення реабілітаційних заходів повна ремісія була досягнута лише у 40 хворих (50,0%) та часткова ще у 26 (32,5±3,0%); у 14 осіб (17,5±1,8%) залишалися скарги астеничного або астено-невротичного характеру та помірно виражені диспептичні і больові прояви (Таблиця 1).

Таблиця 1

Частота досягнення ремісії коморбідної патології (ХНХ+ПВ ДПК) при використанні заявленого та існуючого способів реабілітації (М±m)

Характер досягнутої ремісії коморбідної патології	Групи обстежених хворих		Р
	Основна (n=80)	зіставлення (n=80)	
Повна ремісія	$\frac{76}{95 \pm 4,5}$	$\frac{40}{50,0 \pm 3,8}$	<0,01
Неповна ремісія	$\frac{3}{3,8 \pm 0,9}$	$\frac{26}{32,5 \pm 3,0}$	<0,01
Відсутність ремісії	$\frac{1}{1,2 \pm 0,5}$	$\frac{14}{17,5 \pm 1,8}$	<0,001

Примітка: в чисельнику абсолютна кількість хворих, в знаменнику - відносна (М±m).

Таким чином, у клінічному плані протягом 1 місяця (4 тижнів) проведення медичної реабілітації в групі зіставлення серед хворих, які отримували

медичну реабілітацію стосовно до способу-прототипу, повна повноцінна ремісія досягнута в 1,5 рази рідше, ніж у пацієнтів з основної групи,

яким медична реабілітація здійснювалася на підставі заявленого способу. З Таблиці 1 видно, що повна ремісія при коморбідній патології мала місце в 1,5 рази частіше при застосуванні заявленого способу медичної реабілітації, а відсутність ремісії була в 14,6 рази рідше ( $P < 0,001$ ), ніж у групі зіставлення ( $P < 0,001$ ). Це свідчить про ефективність заявленого способу медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією та наявність переваг стосовно відомого способу-прототипу.

При проведенні диспансерного нагляду за хворими обох груп (основної та зіставлення) протягом року було встановлено, що тривалість збереження повноцінної клінічної ремісії захворювання складала серед хворих основної групи в середньому  $7,6 \pm 0,2$  місяці та в групі зіставлення -  $4,5 \pm 0,3$  місяці, тобто в середньому на  $3,1 \pm 0,15$  місяці менше (Таблиця 2).

Таблиця 2

Тривалість збереження повної ремісії коморбідної патології (ХНХ+ПВ ДПК) при використанні заявленого та існуючого способів медичної реабілітації ( $M \pm m$ ), %

Групи хворих	Тривалість збереження повної ремісії хвороби			Середня тривалість ремісії (місяців)
	до 3 місяців	від 3 до 6 місяців	6-10 місяців	
основна (n=76)	$\frac{2}{2,6 \pm 0,2}$	$\frac{5}{11,5 \pm 1,6}$	$\frac{65}{85,5 \pm 4,3}$	$7,6 \pm 0,2$
зіставлення (n=40)	$\frac{12}{30,0 \pm 3,2}$	$\frac{26}{65,0 \pm 4,8}$	$\frac{2}{5,0 \pm 0,4}$	$4,5 \pm 0,3$
Кратність різниці (разів)	11,5	5,65	17,1	1,69
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01

Примітки: в чисельнику абсолютна кількість хворих, в знаменнику - відносна в % ( $M \pm m$ ); тривалість збереження ремісії проаналізована в тих хворих, в яких була досягнута повна клінічна ремісія.

З Таблиці 2 видно, що тривалість збереження ремісії коморбідної патології у більшості обстежених основної групи (85,5%) перевищує 6 місяців, тоді як у групі зіставлення лише в 5% випадків тривалість збереження більше 6 місяців ( $P < 0,001$ ). Навпаки, майже у третини хворих тривалість збереження повної ремісії хвороби в групі зіставлення не перевищує 3 місяців, тоді як в основній групі ремісія тривалістю менше 3 місяців мала місце лише у 2,6% хворих ( $P < 0,001$ ).

Таким чином, виходячи з результатів клінічного обстеження хворих, які були під наглядом, встановлено, що при використанні заявленого способу медичної реабілітації пацієнтів з коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) частота досягнення повної ремісії хвороби в 1,5 рази перевищує цей показник у пацієнтів групи зіставлення, а тривалість збереження досягнутого позитивного ефекту при проведенні медичної реабілітації в середньому на  $3,1 \pm 0,15$  місяців більша. Виходячи з цього, на практиці в більшості випадків повторний курс медичної реабілітації може бути рекомендовано проводити з інтервалом 4-6 місяців, тобто 2-3 рази протягом календарного року, в залежності від досягнутого ефекту.

Застосування комбінованого фітопрепарату холенорму в якості засобу медичної реабілітації хворих з коморбідною патологією: ХНХ, поєднанням з ПВ ДПК, добре переноситься хворими; оскільки цей фітопрепарат має приємні органолептичні якості, насамперед добрий смак, пацієнти охоче його вживають. Яких-небудь негативних наслідків вживання холенорму, в тому числі алергічних реакцій, не було зареєстровано.

Наводимо конкретні приклади застосування заявленого способу.

#### Приклад 1

Хвора С., 36 років, вчителька середньої школи, страждає на поєднану патологію травного апарату протягом 6 років: спочатку було виявлено наявність хронічного некалькульозного холециститу та потім при детальному обстеженні встановлено також наявність пептичної виразки цибулини ДПК (діагноз підтверджений даними ФГДС). У зв'язку з виникненням чергового загострення цієї коморбідної патології (ХНХ+ПВ ДПК) проведено лікування в умовах міського гастроентерологічного стаціонару. Однак на момент виписки із стаціонару стан здоров'я хворої неповністю відновився, оскільки зберігалися скарги на наявність помірної слабкості, нездужання, запаморочення, тяжкості у правому підребер'ї, гіркоти у роті, зниження працездатності, підвищеної дратівливості.

При об'єктивному огляді встановлено наявність помірно позитивних симптомів Кера та Ортнера, чутливості печінкового краю при пальпації та чутливості при пальпації в епігастрії, язик був густо обкладений жовтуватим брудним нальотом. За даними ФГДС, встановлено наявність рубцевої деформації цибулини ДПК II ступеня та помірно вираженого катарального гастро-дуоденіту; при проведенні УЗД органів черевної порожнини встановлено потовщення стінок ЖМ до 4мм, наявність деформації ЖМ перетинкою; в порожнині ЖМ - детрит („замазка“), його моторна функція після прийому жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтки) суттєво зменшена (гіпомоторна дискінезія).

У зв'язку з виявленою коморбідною патологією (ХНХ+ПВ ДПК) та станом неповноцінної ремісії

патологічного процесу у травній системі, хворій С. призначено проведення медичної реабілітації за допомогою фітопрепарату холенорму, який був призначений по 5мл на півсклянки води перед вживанням їжі 2 рази на добу (зранку та ввечері) протягом 3 тижнів поспіль.

При проведенні динамічного спостереження було встановлено, що при здійсненні курсу медичної реабілітації за допомогою холенорму самопочуття хворої поступово покращилося, вже після першого тижня вживання холенорму зникла гіркота у роті та тяжкість у правому підребер'ї, зменшилася слабкість та нездужання. Через 2 тижні проведення медичної реабілітації у хворій С. підвищилася працездатність, зменшилася дратівливість, симптом Ортнера і Кера вже були негативними, край печінки при пальпації - безболісний. У хворій зникло також відчуття запаморочення. Після 3 тижнів проведення медичної реабілітації за допомогою холенорму у хворій С. вже були відсутні скарги на стан здоров'я, оскільки на той час повністю зникли диспептичні та астено-невротичні розлади, покращився емоційний тонус, підвищилася працездатність. За даними УЗД, при повторному обстеженні покращилася моторна функція ЖМ. Отже, за даними клініко-інструментального дослідження, було встановлено досягнення стійкої ремісії коморбідної патології органів травлення (ХНХ+ПВ ДПК). Для закріплення досягнутого ефекту курс медичної реабілітації був повторно проведений через 6 місяців. Весь цей період, за даними диспансерного обстеження хворої С., її самопочуття та загальний стан зберігалися задовільними, скарг на стан органів травлення в неї не було, загострень ПВ ДПК або ХНХ не виявлено. Це свідчить про достатню ефективність проведеного курсу медичної реабілітації хворій С. з використанням заявленого способу.

#### Приклад 2

Хворий К., 40 років, бухгалтер, страждає на сполучену патологію (ХНХ+ПВ ДПК) протягом останніх 8 років, загострення коморбідної патології відмічаються 2-3 рази на календарний рік. У період останнього загострення хвороби лікувався в умовах денного стаціонару, оскільки за сімейними обставинами (хвороба дружини) не мав можливості для стаціонарного лікування. Після завершення лікування в умовах денного гастроентерологічного стаціонару зберігалися скарги на загальну слабкість, нездужання, підвищену дратівливість, дифузний головний біль, запаморочення, гіркоту у роті, тяжкість у правому підребер'ї, знижену працездатність. Іноді хворий також відмічав нудоту та помірний біль в епігастрії, метеоризм.

При об'єктивному обстеженні відмічені помірно позитивні симптоми Ортнера та Кера, чутливість в епігастрії та правому підребер'ї при пальпації, наявність метеоризму. Язик у хворого був густо обкладений брудним сірим нальотом. За даними УЗД органів черевної порожнини встановлено потовщення стінки ЖМ до 6мм, наявність двоконтурності стінки, деформація ЖМ перетинкою. В порожни-

ні ЖМ був детрит („замазка”), його скорочувальна функція на вживання в якості жовчогінного сніданку 2 яєчних жовтків була суттєво знижена. За даними ФГДС, підтверджено наявність ПВ цибулини ДПК у фазі рубцювання (рубцева деформація цибулини ДПК II ступеня) та встановлено наявність катарального гастродуоденіту в якості фонові патології гастродуоденальної зони у хворого на ХНХ та ПВ ДПК.

У зв'язку з неповною ремісією коморбідної патології - ХНХ+ПВ ДПК, наявністю порушень евакуаторної функції ЖМ, що підтверджено даними УЗД, було прийняте рішення провести хворому К. курс медичної реабілітації із застосуванням комбінованого фітопрепарату холенорму. З цієї метою холенорм призначали по 5мл на півсклянки води 3 рази на добу без посередньо перед вживанням їжі протягом 4 тижнів поспіль.

При проведенні динамічного нагляду за станом здоров'я хворого К. було встановлено, що протягом терміну проведення медичної реабілітації в нього поступово знизилися, а потім ліквідувалися астеничні прояви, покращилася працездатність, нормалізувалося самопочуття, зникли головний біль та запаморочення, підвищився емоційний тонус. Насамперед у хворого при проведенні медичної реабілітації зникли гіркота у роті та метеоризм, на момент завершення курсу медичної реабілітації язик був у значному ступені вільний від брудного сірого нальоту. При повторному здійсненні УЗД органів черевної порожнини було встановлено зменшення товщини стінки ЖМ до 3мм та покращення скорочувальної функції ЖМ після вживання жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків). Проведення диспансерного нагляду дозволило встановити стійкість досягнутої ремісії коморбідної патології травного тракту (ХНХ+ПВ ДПК) протягом усього періоду диспансерного обстеження. Повторний курс медичної реабілітації був проведений через півроку з моменту завершення першого курсу. Самопочуття хворого К. весь цей період залишалося задовільним, скарг на стан здоров'я не було, диспептичні розлади були відсутні.

Отже, використання заявленого способу медичної реабілітації обумовлює досягнення стійкої повноцінної ремісії у пацієнтів з наявністю коморбідної патології (ХНХ+ПВ ДПК), причому цей спосіб має суттєві переваги стосовно відомого способу-прототипу. Це надає можливість вважати заявлений спосіб патогенетичне обґрунтованим, доцільним та перспективним для використання в клініці та амбулаторно-поліклінічній практиці. Холенорм - вітчизняний комбінований фітопрепарат, який є в достатній кількості в аптечній мережі України, достатній за ціною та не має ніяких протипоказань для введення. Умовний економічний ефект від використання заявленого способу складає біля 216грн. на 1 хворого. Побічних ефектів при введенні холенорму виявлено не було. Все це дає підставу для рекомендації по поширеному використанні заявленого способу в практичній гастроентерології.

