



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49065** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
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 НА ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u200912146

(22) 26.11.2009

(24) 12.04.2010

(46) 12.04.2010, Бюл.№ 7, 2010 р.

(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ЛУК'Я-  
НЧУК ВІКТОР ДМИТРОВИЧ, ЗЕЛЬОНІЙ ІГОР  
ІВАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ЛУК'Я-  
НЧУК ВІКТОР ДМИТРОВИЧ, ЗЕЛЬОНІЙ ІГОР  
ІВАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на хро-  
нічний калькульозний холецистит після операції

холецистектомії, що включає введення харчової  
домішки лікувально-профілактичної дії, що містить  
у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен  
вівса посівного з додатком 10-20 % за масою пло-  
дів розторопші плямистої та сиропу ехінацеї пур-  
пурової, який **відрізняється** тим, що додатково  
вводять фітопрепарат авеол.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що аве-  
ол вводять усередину по 15-20 крапель 2-3 рази  
на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4-6  
тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефек-  
ту.

Корисна модель відноситься до галузі меди-  
цини, а саме до хірургії.

Актуальність предмету корисної моделі  
пов'язана зі значним розповсюдженням хронічного  
калькульозного холециститу (ХКХ) у сучасних умо-  
вах серед населення України й інших країн СНД:  
за даними медичної статистики лише за період з  
1992 р. до 2000 р. захворюваність на ХКХ зросла в  
2,1 рази, що свідчить про неухильне збільшення  
кількості хворих на дану патологію (дивись: Голуб-  
чиков М.В. Статистичний огляд захворюваності  
населення України на хвороби печінки та  
жовчовивідних шляхів // Сучасна  
гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - № 2. - С.  
53-55). Основний метод лікування хворих на ХКХ з  
наявністю клінічної маніфестації патологічного  
процесу - це хірургічна операція, тобто  
холецистектомія (ХЕК). Однак, після проведення  
ХЕК нерідко відмічаються ускладнення, які  
пов'язані з активацією бактеріальної інфекції в  
жовчовивідних шляхах, або загостренням  
патологічного процесу в печінці, що пов'язують з  
наявністю вторинного імунно-дефіцитного стану,  
вираженість якого посилюється внаслідок опера-  
тивного втручання. Тому потрібне проведення  
медичної реабілітації хворих після  
холецистектомії, що знижує можливість розвитку  
після ХЕК різноманітних ускладнень, а також ви-  
никнення так званого постхолецистектомічного  
синдрому.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на  
ХКХ після операції ХЕК шляхом введення  
пацієнтам препаратів жовчних кислот, переважно  
похідних урсодезоксихолевої кислоти - урсоль-  
фальку або урсосану, які володіють гепатопротек-  
торною дією, проявляють імуномодулюючу  
активність, індукують жовчовиведення (Бабак  
О.Я., Чернова В.М. Современные подходы к тера-  
пии желчнокаменной болезни // Международный  
медицинский журнал. - 1998. - № 4. - С. 30-32).

Однак, при проведенні медичної реабілітації  
похідними жовчних кислот нерідко виникають  
диспептичні розлади, для досягнення клінічного  
ефекту вказані препарати потрібно тривало вжи-  
вати, крім того, вони коштовні й тому недостатньо  
доступні для багатьох хворих.

Відомий також спосіб медичної реабілітації  
хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає  
введення харчових волокон, переважно з зернових  
культур, оскільки вони забезпечують зниження  
літогенного потенціалу жовчі й зменшують  
імовірність подальшого каменеутворення в  
жовчовивідних шляхах (Плотникова О.А., Шара-  
фетдинов Х.Х., Мещерякова В.А. Пищевые волок-  
на как корректоры литогенного потенциала желчи  
у больных, перенесших холецистэктомию // Рос-  
сийский журнал гастроэнтерологии, гепатоло-  
гии, колопроктологии. - 1997. - Т. VII, №5. - С. 177-179).

Але цей спосіб не забезпечує покращання  
жовчовиведення й посилення регенерації слизової

(13) **U**

(11) **49065**

(19) **UA**

оболонки жовчовивідних шляхів, він не виявляє також протизапального ефекту.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що передбачає введення таким пацієнтам харчової домішки, яка містить зародки пшениці з додаванням квіток календули (Опарин А.Г., Опарин А.А., Благовещенская А.В. и др. Влияние биологически активной добавки «Мелкодисперсные зародыши пшеницы с календулой» на клиническое течение хронических холециститов // Гастроэнтерология: Медвід. зб. - Дніпропетровськ, 2001. - Вип. 33. - С. 171-174).

Однак використання даного способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК досить повільно прискорює покращання клінічних проявів захворювання, у тому числі астеничного синдрому й вегетативних розладів, у зв'язку з чим цей спосіб потребує подальшого удосконалення.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК шляхом введення в якості харчової домішки лікувально-профілактичного продукту «Мульти-сорб», який містить концентрат природних харчових волокон у вигляді стійкого до впливу ферментів шлунково-кишкового тракту комплексу біополімерів рослинних клітинних стінок, що включає целюлозу, геміцелюлозу, пектинові речовини й лігнін. При вживанні мультисорбу лігнін забезпечує сорбцію жовчних кислот і сприяє інтенсивному розпаду холестерину, покращує можливість подальшого каменеутворення (Бичкова О.Ю. Клініко-патогенетичне обґрунтування використання препарату «Мультисорб» у хворих після лапароскопічної холецистектомії // Проблеми медичної науки та освіти. - 2001. - № 2. - С. 35-37).

Але при використанні мультисорбу в якості способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК недостатньо забезпечений гепатозахисний ефект, який потрібний в зв'язку з частою наявністю в таких пацієнтів хронічної фонової патології печінки.

У зв'язку з цим був також запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає введення таким пацієнтам відвару комплексної харчової домішки профілактичної дії (КХДП) відповідно деклараційному патенту України на винахід № 42607 А (Деклараційний патент України на винахід № 42607 А з пріоритетом від 07.05.2001. "Комплексна харчова домішка профілактичної дії". - Гришина В.С., Фролов В.М., Гришин М.В. - Опубл. 15.10.2001 р. - Бюл. № 9), що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію неочищених зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої (Деклараційний патент України на винахід № 59730 А. - Опубл. 15.09.2003 р. - Бюл. № 9).

Однак використання цієї харчової домішки лікувально-профілактичної дії не забезпечує відновлення імунологічного гомеостазу, і тому у хворих на ХКХ після операції ХЕК нерідко зберігаються порушення імунологічних показників у вигляді вторинного імунodefіциту, що може сприяти розвитку запальних ускладнень.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що передбачає введення додатково до КХДП препаратів ехінацеї пурпурової, зокрема сиропу ехінацеї (Патент України на корисну модель № 17880. - МПК (2006) А61К 31/00. - Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії. - Опубл. 16.10.2006. - Бюл. № 10).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

До недоліків найближчого аналогу відноситься те, що при його використанні у хворих на ХКХ після операції ХЕК ще зберігаються зсуви імунологічних показників і концентрації так званих «середніх молекул» у сироватці крові, які свідчать про наявність у них проявів „метаболічної“ інтоксикації.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, у тому числі покращання імунологічних показників.

Вказана задача досягається шляхом введення хворим на ХКХ після операції ХЕК додатково до КХДП та сиропу ехінацеї фітопрепарату авеолу (настоянки трави вівса посівного).

Авеол (Aveol) - це спиртова настоянка трави вівса посівного (*Hb. Avena sativa L.*) у співвідношенні 1:5. Авеол відноситься до фармакологічної групи тонізуючих засобів. Код АТС А13А. Дія препарату обумовлена властивостями компонентів, які входять до складу трави вівса посівного: з наявністю індольного алкалоїду авеніну пов'язана седативна дія настою, тритерпенові сапоніни обумовлюють стимулювальний, антидепресивний і адаптогенний ефект, сприяють підвищенню розумової й фізичної працездатності, стимуляції неспецифічного імунітету. Стерини й сапоніни, за рахунок структурної подібності до холестерину, мають здатність впливати на його обмін в організмі, що реалізується проти склеротичним ефектом. Основний клітинний механізм дії вівса полягає в покращанні енергозабезпечення тканин і клітин, підвищенні їх функціональної активності мембраностабілізуючими й антиоксидантними властивостями. До того ж, трава вівса посівного органічні кислоти - щавелеву, малонову, ерукову, а також кумарин, скополетин, вітаміни А, Е, В1, В2. У той же час при ХКХ після операції ХЕК даний препарат раніше не використовувався, що робить пропозицію авторів корисною моделі новою й перспективною. Авеол зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/9746/01/01) й дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 398 від 04.06.09).

Наша пропозиція щодо введення хворим на ХКХ після операції ХЕК додатково до КХДП та сиропу ехінацеї сучасного фітопрепарату авеолу базується на вперше встановленій авторами корисної моделі в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, яка полягає в тому, що введення таким хворим авеолу сприяє відновленню імунологічних показників і

ліквідації вторинного імунodefіциту, що забезпечує нормалізацію імунних факторів і суттєво зменшує ймовірність розвитку запальних ускладнень. Треба підкреслити, що саме автори корисної моделі вперше встановили взаємопотенціюючий ефект фітопрепаратів з трави вівса посівного, розторопші плямистої й ехінацеї пурпурової стосовно позитивного впливу на імунологічні показники у хворих на ХКХ після операції ХЕК, патогенетичне обґрунтували доцільність і перспективність застосування саме цих препаратів, які раніше в клінічній практиці не використовувалися.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворому з першої доби після операції ХЕК з приводу ХКХ вводять усередину сироп ехінацеї по 5 мл 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 10-15 діб поспіль, з другої доби - відвар харчової домішки профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої, в теплом вигляді по 200 мл 2-3 рази на добу протягом 2 тижнів і додатково - авеол по 15-20 крапель 2-3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4-6 тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Вказана схема введення препаратів, а також курсова доза авеолу встановлені нами в спеціально проведених дослідженнях досвідним шляхом і тому теж є предметом корисної моделі.

При розробці корисної моделі нами було обстежено дві групи хворих на ХКХ після операції ХЕК: основна група (64 особи) отримувала медичну реабілітацію в післяопераційному періоді згідно до заявленого способу (тобто з використанням харчової домішки, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої, сиропу ехінацеї пурпурової й додатково - авеолу) і група зіставлення (70 осіб) - відповідно до існуючого способу-прототипу (тобто з використанням лише вказаної харчової домішки й сиропу ехінацеї пурпурової). Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих, тривалістю захворювання на ХКХ, частотою попередніх загос-

трень хронічного холециститу, наявністю супутньої патології печінки.

В обох групах вивчали динаміку клінічних і деяких лабораторних показників. При цьому було встановлено, що до початку лікування в обох групах відмічалася однотипова клінічна симптоматика, пов'язана з патологією жовчовивідних шляхів, а саме загальна слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркота або металевий смак у роті, здуття живота, обкладеність язика білим або жовтуватим нальотом, зниження апетиту, диспептичні прояви, у низки хворих - збільшення печінки в межах 2-3 см, закрепи. При проведенні медичної реабілітації вказана симптоматика поступово зменшувалася, або повністю зникла в обох групах, однак у першій групі, яка отримувала курс медичної реабілітації згідно до заявленого способу, ліквідація вказаної клінічної симптоматики була суттєво швидшою (таблиця 1).

З таблиці 1 видно, що під впливом заявленого способу медичної реабілітації у хворих на ХКХ після операції ХЕК відмічалася скорочення відносно групи хворих, в яких медична реабілітація проводилася за допомогою існуючого способу-прототипу, тривалості збереження таких симптомів, як загальна слабкість - в 1,58 рази (на  $2,9 \pm 0,1$  доби), нездужання - в 1,77 рази (на  $3,3 \pm 0,2$  доби), зниження апетиту - в 1,70 рази (на  $3,2 \pm 0,2$  доби), тяжкості в правому підребер'ї - в 1,43 рази (на  $2,6 \pm 0,1$  доби), диспептичних проявів - в 1,68 рази (на  $3,4 \pm 0,2$  доби), гепатомегалії - в 1,28 рази (на  $3,7 \pm 0,3$  доби), гіркоти або металевого смаку в роті - в 1,48 рази (на  $2,7 \pm 0,1$  доби), відрижки - в 1,56 рази (на  $3,5 \pm 0,3$  доби), здуття живота - в 1,51 рази (на  $2,5 \pm 0,1$  доби), закрепів - в 1,63 рази (на  $3,1 \pm 0,2$  доби), обкладеності язика брудним білим або жовтим нальотом - в 1,34 рази (на  $3,6 \pm 0,3$  доби), астеничного або астено-невротичного стану - в 1,43 рази (на  $3,3 \pm 0,2$  доби), вегетативних розладів, а саме тривалого червоного або змішаного дермографізму, коливань артеріального тиску, дихальної аритмії та інш. - в 1,38 рази (на  $3,8 \pm 0,3$  доби), головного болю - в 1,54 рази (на  $2,9 \pm 0,2$  доби), зниження фізичної працездатності - в 1,59 (на  $3,0 \pm 0,2$  доби) і запаморочення - в 1,60 рази (на  $2,8 \pm 0,1$  доби),  $P < 0,05-0,01$ .

Таблиця 1

Вплив заявленого способу медичної корекції на клінічні показники в обстежених хворих на ХКХ після операції ХЕК ( $M \pm m$ )

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=64)	Існуючий спосіб (n=70)	P
Тривалість збереження загальної слабкості (діб):	$5,0 \pm 0,2$	$7,9 \pm 0,3$	$<0,05$
нездужання	$4,3 \pm 0,1$	$7,6 \pm 0,2$	$<0,01$
зниження апетиту	$4,6 \pm 0,2$	$7,8 \pm 0,2$	$<0,01$
тяжкості в правому підребер'ї	$6,1 \pm 0,3$	$8,7 \pm 0,3$	$<0,05$
диспептичних проявів	$5,0 \pm 0,2$	$8,4 \pm 0,3$	$<0,01$
гепатомегалії	$13,1 \pm 0,5$	$16,8 \pm 0,6$	$<0,05$
гіркоти або металевого смаку в роті	$5,6 \pm 0,3$	$8,3 \pm 0,3$	$<0,05$
відрижки	$6,2 \pm 0,3$	$9,7 \pm 0,3$	$<0,05$

Продовження табл. 1

Вплив заявленого способу медичної корекції на клінічні показники в обстежених хворих на ХКХ після операції ХЕК (M±m)

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=64)	Існуючий спосіб (n=70)	P
здуття живота	4,9±0,2	7,4±0,3	<0,05
закрепів	4,9±0,3	8,0±0,3	<0,01
обкладеності язика нальотом	10,6±0,4	4,2±0,5	<0,05
астенічного стану	7,7±0,3	11,0±0,4	<0,05
вегетативних розладів	10,1±0,4	13,9±0,5	<0,05
головного болю	5,4±0,3	8,3±0,3	<0,05
зниження працездатності	5,1±0,3	8,1±0,3	<0,05
запаморочення	4,7±0,2	7,5±0,2	<0,01

Примітка: стовпчик P - вірогідність розбіжностей між показниками в основній групі й групі зіставлення.

Отже, отримані дані свідчать, що використання запропонованого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, сприяє прискоренню ліквідації клінічних проявів захворювання, у тому числі астенічного синдрому й вегетативних розладів, обумовлює нормалізацію самопочуття хворих і загального стану пацієнтів.

Було вивчено також вплив заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК на динаміку деяких імунологічних показників, а саме загальний рівень Т-лімфоцитів (CD3<sup>+</sup>), кількість циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4<sup>+</sup>), коефіцієнт CD4/CD8 (Th/Ts), концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЩК), а також вміст у крові так званих «середніх молекул» (СМ), які характеризують вираженість „метаболічної“ інтоксикації.

Встановлено, що до початку проведення медичної реабілітації в обстежених хворих обох груп (основної й зіставлення) відмічалася Т-лімфопенія, тобто зниження кількості Т-клітин (CD3<sup>+</sup>), а також Т-хелперів/індукторів (CD4<sup>+</sup>) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8 і вміст у крові СМ (таблиця 2).

Після завершення курсу медичної реабілітації у хворих основної групи, яка отримувала заявлений спосіб медичної реабілітації, відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів (CD4<sup>+</sup>) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК до верхньої межі норми, зменшення концентрації СМ (див. таблицю 2).

У групі зіставлення, що отримувала медичну реабілітацію стосовно існуючого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених показників була суттєво меншою. Тому в цій групі хворих зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів (CD4<sup>+</sup>) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, була вірогідно підвищена концентрація ЦІК і СМ. Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК патогенетичне обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на імунологічні показники й сприяє зниженню концентрації СМ, що свідчить про зменшення проявів „метаболічної“ інтоксикації.

Таблиця 2

Вплив заявленого й існуючого способів медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК на деякі лабораторні показники (M±m)

Лабораторні показники	Норма	Способи медичної реабілітації		P
		заявлений (n=64)	існуючий (n=70)	
CD3 <sup>+</sup> , %	69,3±2,2	<u>51,8±1,7</u> 69,0±2,0	<u>51,2±1,8</u> 60,3±1,9	>0,1 <0,05
CD4 <sup>+</sup> , %	45,6±1,8	<u>30,5±1,5</u> 45,1±1,7	<u>31,3±1,6</u> 37,4±1,6	>0,1 <0,05
CD8 <sup>+</sup> , %	22,9±1,2	<u>20,6±1,2</u> 22,2±1,1	<u>20,0±1,2</u> 22,1±1,0	>0,1 >0,1
CD4/CD8	2,0±0,03	<u>1,48±0,02</u> 2,03±0,03	<u>1,57±0,02</u> 1,67±0,02	>0,1 <0,01
ЦІК, г/л	1,88±0,03	<u>3,06±0,09</u> 2,01±0,04	<u>2,95±0,08</u> 2,36±0,05	>0,1 <0,01
СМ, г/л	0,53±0,03	<u>2,45±0,11</u> 0,74±0,05	<u>2,54±0,12</u> 1,05±0,06	>0,1 <0,01

Примітка: у чисельнику - показники до початку проведення медичної реабілітації, у знаменнику - після її завершення.

Отже, використання заявленого способу має суттєві переваги відносно існуючого способу-прототипу. Умовний економічний ефект використання заявленого способу складає біля 180 грн. на 1 хворого. Спосіб добре переноситься хворими, не потребує коштовних або дефіцитних ліків і може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

#### Приклад 1.

Хвора П., 55 років, страждає на ХКХ протягом останніх 9 років, неодноразово обстежувалася амбулаторне й в стаціонарі. Загострення запального процесу в жовчному міхурі відмічаються 2-3 рази на рік, частіше після вживання гострої й жирної їжі. Скаржиться на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті, періодично виникаючі напади жовчної колики. Крім того хвора скаржилася на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, диспептичні прояви, здуття живота, закрепи. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини встановлено потовщення до 6 мм і ригідність стінки жовчного міхура, у порожнині міхура - 3 конкременти округлої форми діаметром 10, 16 і 20 мм, а також детрит і мікроліти. Хворій П. у плановому порядку проведена операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки. Потім було призначено проведення медичної реабілітації згідно до заявленого способу, а саме вживання відвару з харчової домішки лікувально-профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, по 250 мл 3 рази на день усередину в теплому вигляді 2 тижні поспіль, сироп ехінацеї пурпурової всередину по 5 мл 4 рази на день після вживання їжі протягом 15 днів поспіль і додатково - авеол усередину по 15 крапель 2 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 4 тижнів поспіль. У результаті проведеного лікування як загальний стан хворої так і її самопочуття поступово поліпшилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації зникли загальна слабкість, нездужання, нормалізувався апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви, здуття живота, закрепи. Протягом другого тижня нормалізувалася працездатність, ліквідувався астеничний стан, зменшилася обкладеність язика. Тривалість збереження гепатомегалії склала 12 діб.

При проведенні лабораторного обстеження хворої П. встановлено, що до початку проведення курсу медичної реабілітації в неї мала місце Т-лімфопенія (51% CD3<sup>+</sup>), зниження кількості Т-хелперів (31% CD4<sup>+</sup>), а також коефіцієнту CD4/CD8, (1,57), підвищення рівня ЦІК (2,93 г/л) і концентрації СМ (2,54 г/л). Після завершення курсу медичної реабілітації кількість CD3<sup>+</sup>-клітин підвищилася до 69 %, CD4<sup>+</sup> - до 45 %, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 - до 2,03. У той же час концентрація ЦІК знизилася до 1,98 г/л, СМ - до 0,72 г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворої П., скарг на

стан дигестивної системи не було, лабораторні показники весь цей період знаходилися в межах норми, що свідчило про ефективність проведеного курсу медичної реабілітації.

#### Приклад 2.

Хворий Л., 45 років, хворіє на ХКХ протягом останніх 10 років, загострення хронічного холециститу відмічаються 3-4 рази на рік, як правило після вживання алкоголю й жирної їжі. Скаржиться на загальну слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті, періодично виникаючий біль у правому підребер'ї напад оподібного характеру. Крім того, проявляє скарги на зниження апетиту, нудоту й інші диспептичні прояви, відрижку, закрепи. При огляді встановлено обкладеність язика густим білуватим нальотом, наявність вегетативних розладів (дихальна аритмія, стійкий червоний дермографізм, гіпергідроз та інш.), помірна гепатомегалія (печінка виступає на 2-3 см з-під краю реберної дуги).

Хворому Л. була проведена в плановому порядку операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки, після чого призначено проведення медичної реабілітації згідно до запропонованого способу, а саме відвар харчової домішки, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, по 200 мл 2 рази на день усередину в теплому вигляді 2 тижні поспіль, сироп ехінацеї пурпурової усередину по 5 мл 3 рази на день після вживання їжі протягом 10 днів поспіль і додатково - авеол усередину по 20 крапель 3 рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі протягом 6 тижнів поспіль.

У результаті проведеного лікування як загальний стан хворого так і його самопочуття поступово поліпилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації зникли скарги на загальну слабкість і нездужання, підвищився апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви, гіркота в роті, відрижка, закрепи. Протягом другого тижня зменшилася обкладеність язика, повністю нормалізувався апетит. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 діб.

При проведенні лабораторного обстеження хворого Л. було встановлено, що до початку проведення курсу медичної реабілітації в нього відмічалися значні зсуви з боку імунної системи, а саме - Т-лімфопенія (49 % CD3<sup>+</sup>), зниження кількості Т-хелперів (29 % CD4<sup>+</sup>), а також коефіцієнту CD4/CD8 (1,51), підвищення рівня ЦІК (3,02 г/л) та концентрації СМ (2,67 г/л). Після завершення курсу медичної реабілітації кількість CD3<sup>+</sup>-клітин підвищилася до 68 %, CD4<sup>+</sup> - до 43 %, тому імунорегуляторний індекс CD4/CD8 збільшився до 1,91, тобто до норми. У той же час концентрація ЦІК у сироватці крові знизилася до 2,01 г/л, СМ - до 0,85 г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворого, скарг на стан дигестивної системи не було.

Таким чином, заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК має суттєві переваги відносно існуючого способу-прототипу. Він корисний, добре переноситься хворими, не потребує коштовних і дефіцитних ліків

(авеол виробляється на Луганській фармацевтичній фабриці) і тому може бути рекомендований для використання в клінічній практиці, а саме в хірургічній клініці без обмежень.