



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50194 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/00  
A61K 35/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ З ДИСКІНЕЗІЯМИ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

1

2

(21) u200913132

(22) 16.12.2009

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) ЛОСКУТОВА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА,  
ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ДОВГИЙ  
ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) ЛОСКУТОВА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА,  
ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ДОВГИЙ  
ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) 1. Спосіб профілактики медикаментозної кропив'янки у дітей з дискінезіями жовчовивідних

шляхів, що включає додержання відповідної дієти та вживання антигістамінних препаратів, який **відрізняється** тим, що додатково вводять кремнеземні ентеросорбенти та глутаргін.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що ентеросгель (кремнеземний ентеросорбент) вводять у вигляді 2% водної суспензії по 150-200 мл тричі на добу, загальною тривалістю лікування 5-7 днів та глутаргін по 0,175-0,25 г (1/2-1 таблетка) тричі на день усередину після вживання їжі протягом 15-25 діб.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме способів лікування та профілактики патології печінки та жовчовивідних шляхів.

Актуальність, проблеми корисної моделі пов'язана зі значною поширеністю патології жовчовивідних шляхів (ЖВШ) у дітей в сучасних умовах, особливо в регіонах з великим рівнем екологічних забруднень довкілля, та недостатньою розробкою способів профілактики цього захворювання. Відомо, що більшість гостра медикаментозна кропив'янка розвивається у хворих з наявністю хронічної патології гепатобіліарної системи. Печінка є головним бар'єром на шляху чужинних речовин, які потрапляють до організму, вона виконує важливу метаболічну функцію: регулює концентрацію більшості метаболітів у крові і підтримує їх динамічну рівновагу. Порушення метаболічних процесів призводить до біохімічних та патофізіологічних змін у печінці, що також зумовлено дією токсинів або ліків [Солошенко Е.М. Патологія травного каналу - чинник ризику розвитку алергійних та псевдоалергійних реакцій на лікарські засоби // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2004. - № 2. - С. 8-11].

З іншого боку, медикаментозна гіперчутливість, особливо розвиток кропив'янки, у дітей стала однією важливіших проблем в педіатрії. Це по-

в'язано із змінами імунобіологічної реактивності, збільшенням захворюваності у дітей, поліпрагмацією в лікуванні пацієнтів, а також наявністю вторинних ферментопатій, гіпервітаміназації [Забелло С.Г. Аллергия к пищевым добавкам у больных с патологией желчного пузыря // Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2004. - № 2. - С. 78-83]. Тому удосконалення профілактики гострої медикаментозної кропив'янки у дітей з хронічною патологією ЖВШ є важливою для практичної медицини.

Існує спосіб профілактики медикаментозної кропив'янки у дітей з наявністю дискінезій ЖВШ шляхом призначення відповідної дієти та есенціальних фос-фоліпідів [Щвец В.И. Фосфолипидсодержащие препараты для лечения и профилактики лекарственных осложнений // Провизор. - 2007. - № 24. - С.24-26].

Однак існуючий спосіб не забезпечує профілактики розвитку медикаментозної кропив'янки у дітей з хронічною патологією біліарної системи у зв'язку з присутністю в препаратах есенціальних фосфоліпідів вітамінів групи В (тіаміну, рибофлавіну, піридоксину), що у свою чергу може викликати розвиток побічних реакцій у вигляді алергодерматозів з виразними проявами синдрому інтоксикації.

(19) UA (11) 50194 (13) U

З метою ліквідації синдрому інтоксикації назначають сучасні кремне-зёмні ентеросорбенти [Ентеросгель, ентеросорбционные технологии в медицине /Сб. науч. тр.науч.практич. конф. - Новосибирск, 1999. - 59 с]. Цей спосіб обрано як найближчий аналог. До недоліків прототипу відноситься недостатньо швидка ліквідація синдрому інтоксикації та запобігання загострення хронічної патології біліарної системи.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності профілактики медикаментозної кропив'янки серед дітей з наявністю дискінезій ЖВШ.

Для цього авторами пропонується призначати хворим дітям на дискінезію ЖВШ, в яких є висока вірогідність розвитку медикаментозної кропив'янки, кремнезёмних ентеросорбентів вітчизняного виробництва (сілард П, ентеросгель та ін.) усередину у вигляді водної суспензії та український препарат глутаргін, який володіє детоксикуючими, імуномодуючими та гепатозахисними властивостями.

Ця пропозиція базується на встановленій авторами в клінічних умовах закономірності, що сумісне введення глутаргіну та ентеросорбентів при гострій алергічній патології обумовлює взаємне потенціювання дії цих препаратів відносно детоксуючої дії, а також сприяє нормалізації імунологічних показників, зокрема зменшенню виразності імунокомплексних реакцій.

Спосіб здійснюється таким чином: хворому з дискінезіями ЖВШ для профілактики розвитку медикаментозної кропив'янки призначають відповідну дієту, антигістамінні препарати та додатково вводять кремнезёмні ентеросорбенти вітчизняного виробництва (сілард П, ентеросгель та ін.) у вигляді 2% водної суспензії по 150-200 мл тричі на

добу, загальної тривалістю лікування 5-7 днів та вітчизняний препарат глутаргін по 0,175 - 0,25 г (1/2 - 1 таблетки) тричі на день усередину після вживання їжі протягом 15-25 діб.

При розробці заявленого способу профілактики медикаментозної кропив'янки у хворих із дискінезією ЖВШ, було обстежено дві групи дітей - перша (68 осіб), яка отримувала лікування згідно із заявленим способом, та друга (60 осіб), що лікувались за допомогою способу - прототипу, тобто без введення хворим ентеросорбентів та глутаргіну. Обидві групи обстежених були рандомізовані за статтю, віком хворих та виразністю клінічного перебігу дискінезії ЖВШ.

При проведенні клінічних спостережень та лабораторного обстеження хворих обох груп встановлено, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед існуючим (прототипом), які полягають в прискоренні ліквідації симптомів загального токсикозу (слабкість, головний біль, нездужання, зниження апетиту, нудота, блювання), більш швидкому зникненні симптомів ураження печінки (зменшення розмірів печінки та болісності її краю, нормалізації рівня білірубіну, тимолової проби та активності амінотрансфераз сироватки), а за даними диспансерного нагляду протягом 1 років в подальшому розвитку медикаментозної кропив'янки, що і було задачею винаходу. Крім того, відмічено позитивний вплив запропонованого способу профілактики на імунологічні показники - зменшення концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦПС) з нормалізацією їх молекулярного складу.

Отримані дані щодо впливу заявленого способу профілактики на клінічні показники у хворих з дискінезією ЖВШ наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Вплив заявленого способу профілактики медикаментозної кропив'янки і на клінічні показники у хворих з дискінезією ЖВШ (M±m)

Клінічні показники	Обстежені хворі		P
	заявлений спосіб (n=68)	існуючий спосіб (n=60)	
Тривалість збереження (діб): - загальної слабкості	6,5±0,3	12,3±0,9	<0,01
- нездужання	6,4±0,3	12,2±0,9	<0,01
- головного болю	3,2±0,2	7,4±0,6	<0,01
- зниження апетиту	5,8±0,3	11,4±0,8	<0,01
- нудоти	3,0±0,2	6,2±0,5	<0,01
- блювання	2,5±0,2	4,6±0,3	<0,01
- гіркота у роті	5,8±0,8	12,4±0,9	<0,01
- непереносимість жирної, смаженої їжі	10,6±0,9	17,2±1,1	<0,01
- гепатомегалії	14,8±0,9	22,4±1,2	<0,01
- болісності краю печінки	5,2±0,8	11,0±1,0	<0,01
- порушення випорожнення	5,2±0,5	12,0±0,7	<0,01
- частота розвитку медикаментозної кропив'янки	$\frac{1}{1,5\pm 1}$	$\frac{8}{13,3\pm 2,5}$	<0,01

З таблиці 1 можна побачити, що використання заявленого способу профілактики розвитку медикаментозної кропив'янки у хворих із дискінезією ЖВШ сприяє суттєвому зменшенню тривалості збереження загально токсинного синдрому, в тому

числі таких симптомів, як загальна слабкість та нездужання (на 5,8±0,4 доби), головного болю (на 4,2±0,2 доби), зниження апетиту (на 5,6±0,3 доби), нудота (на 3,2±0,2 доби), блювання (на 2,1±0,2 доби). Крім того, відмічено чітко виражена позити-

вна динаміка клінічних проявів зайво-рювання з боку печінки: зменшувалась тривалість збереження гепатомегалії (на  $7,6 \pm 0,2$  доби), болісності краю печінки при пальпації (на  $5,8 \pm 0,3$  доби), порушення випорожнення (на  $6,6 \pm 0,2$  доби). Таким чином, проведені клінічні спостереження свідчать про позитивний вплив заявленого способу профілактики медикаментозної алергії на зменшення симптомів синдрому інтоксикації та клінічними показники в обстежених хворих із дискінезією ЖВШ.

Диспансерний нагляд протягом 12 місяців дозволив встановити, що серед пацієнтів першої групи, в якій профілактика медикаментозної кропив'янки проводилася згідно до запропонованого способу, частота розвитку алергопатології була незначною - лише у 1 хворого з обстежених 68, що склало  $1,5 \pm 1\%$ . В другій групі, які отримували

профілактику медикаментозної кропив'янки згідно до існуючого способу-прототипу, частота розвитку алергічної реакції склала  $13,3 \pm 2,5\%$  (оскільки ця патологія виникла у 10 осіб з 60 обстежених), тобто в 8,7 рази частіше. Отримані дані дозволяють рахувати заявлений спосіб корисним та рекомендувати його для поширеного використання в клінічній практиці.

Проведення загальноприйнятого лабораторного обстеження щодо функціональних проб печінки дозволило встановити, що в першій групі хворих більш швидко нормалізувалися біохімічні показники, такі як білірубін, тимолова проба, активність амінотрансфераз сироватки крові (АлАТ та АсАТ) (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого способу профілактики медикаментозної кропив'янки на функціональні проби печінки у хворих із дискінезією ЖВШ ( $M \pm m$ )

Клінічні показники	Обстежені хворі		P
	заявлений спосіб (n=68)	існуючий спосіб (n=60)	
Тривалість збереження (діб): - гіпербілірубінемії	$7,9 \pm 0,6$	$14,5 \pm 0,9$	$<0,01$
- підвищеного рівня прямого білірубину	$10,8 \pm 0,7$	$17,6 \pm 1,1$	$<0,01$
- тимолової проби	$9,9 \pm 0,8$	$18,5 \pm 1,0$	$<0,01$
- активності АлАТ	$12,8 \pm 0,9$	$23,1 \pm 1,6$	$<0,01$
- активності АсАТ	$13,2 \pm 1,0$	$23,0 \pm 1,8$	$<0,01$

Нормалізація загального рівню білірубіна відмічена в першій групі на  $6,6 \pm 0,2$  доби раніше, фракції прямого (пов'язаного) білірубину - на  $6,8 \pm 0,3$  доби раніше, показника тимолової проби - на  $8,6 \pm 0,4$  доби, активності АлАТ - на  $10,3 \pm 0,3$  доби та АсАТ - на  $9,8 \pm 0,3$  раніше. Отже, проведення лабораторного обстеження з вивченням в динаміці функціональних проб печінки, дозволило встановити, що в першій групі більш швидко та в більшо-

му відсотковому відношенні відмічена нормалізація печінкових проб, що свідчить про позитивний вплив заявленого способу профілактики на стан печінкової паренхіми.

Для більш детального патогенетичного обґрунтування заявленого способу нами було досліджено низка додаткових імунологічних показників, а саме концентрація ЦПС та їх молекулярний склад (табл. 3).

Таблиця 3

Вплив заявленого способу профілактики медикаментозної кропив'янки на показники ЦПС ( $M \pm m$ )

Показники ЦПС	норма	Обстежені хворі		P
		заявлений спосіб (n=68)	існуючий спосіб (n=60)	
ЦІК загальн., г/л	$1,88 \pm 0,03$	$\frac{3,15 \pm 0,06^{***}}{1,79 \pm 0,05}$	$\frac{3,13 \pm 0,02^{***}}{2,35 \pm 0,09^*}$	$\frac{<0,05}{<0,05}$
в тому числі: великомолекулярні, % г/л	$46,6 \pm 2,0$	$\frac{26,5 \pm 1,8^{***}}{43,0 \pm 1,5}$	$\frac{27,1 \pm 1,9^{**}}{31,9 \pm 1,6^*}$	$\frac{<0,05}{<0,05}$
	$0,88 \pm 0,04$	$\frac{0,81 \pm 0,04}{0,86 \pm 0,04}$	$\frac{0,83 \pm 0,05}{0,75 \pm 0,03}$	$\frac{>0,1}{>0,1}$
середньо молекулярні, % г/л	$31,5 \pm 1,6$	$\frac{44,6 \pm 1,5^{**}}{32,5 \pm 1,4}$	$\frac{48,7 \pm 1,7^{**}}{42,1 \pm 1,5^*}$	$\frac{<0,05}{<0,05}$
	$0,59 \pm 0,03$	$\frac{1,46 \pm 0,05^{***}}{0,67 \pm 0,03}$	$\frac{1,43 \pm 0,05^{***}}{0,99 \pm 0,04^{**}}$	$\frac{<0,05}{<0,05}$

Продовження таблиці 3

дрібномолекулярні, %г/л	21,9±1,3	<u>28,9±1,1*</u> 19,6±1,1	<u>28,3±1,2*</u> 25,9±1,2	<u>&gt;0,05</u> >0,05
	0,41±0,02	<u>0,61±0,03***</u> 0,47±0,02*	<u>0,69±0,03***</u> 0,61±0,03*	<u>&gt;0,05</u> >0,05

Примітка: у чисельнику показники до лікування, у знаменнику - на 15-20-ту добу від початку лікування.

Імунологічні дослідження, показали, що до початку профілактичних заходів відмічено підвищення рівня ЦПС на тлі істотних зсувів співвідношення фракцій з різною константою седиментації. Було встановлено, що в обох групах хворих з дискінезією ЖВШ до початку проведення лікування, відмічалися однотипові зсуви з боку вивчених імунологічних показників, а саме збільшення загальної концентрації ЦК - в середньому в 1,6 разів в обох групах ( $P < 0,001$ ). При дослідженні молекулярного складу ЦК у обстежених дітей з дискінезією ЖВШ, встановлено, що зростання рівня ЦІК відбувалося переважно за рахунок найбільш токсигенних середньо - та дрібномолекулярних фракцій, як відсоткового вмісту, так і абсолютної кількості даних показників. Дійсно, концентрація саме найбільш токсигеної середньо-молекулярної фракції ЦК у хворих першої та другої груп до початку проведення профілактичних заходів була підвищена в середньому в 2,4 рази відносно показника норми ( $P < 0,001$ ). Підвищувалася також концентрація дрібномолекулярної фракції імунних комплексів - у середньому в 1,5 рази в абсолютному вираженні відносно норми, що складає  $0,4 \pm 0,02$  г/л у хворих з дискінезією ЖВШ (табл. 3).

У хворих першої групи після завершення курсу профілактичного лікування за допомогою кремнеземних ентеросорбентів та глутаргіну (згідно заявленого способу) при повторному імунологічному обстеженні відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених показників, а саме концентрація середньомолекулярних ЦІК та дрібномолекулярних - істотно знизилися, що свідчило про зменшення в них активності імунокомплексних реакцій. У другій групі позитивна динаміка ЦК та їхнього молекулярного складу була суттєво менш виражена. У цих хворих після завершення курсу існуючого способу-прототипу зберігалось вірогідне підвищення загальної концентрації ЦІК, у середньому в 1,2 рази відносно норми ( $P < 0,01$ ) та в 1,3 рази відносно загальної концентрації ЦІК у хворих першої групи обстежених ( $P < 0,05$ ). Крім того, у хворих другої групи зберігався дисбаланс у фракційному складі ЦК. Вміст середньомолекулярних фракцій імунних комплексів був у другій групі в 1,7 рази вище норми ( $P < 0,01$ ) та вміст дрібномолекулярної - в рази вище норми в середньому в 1,5 рази вище показника норми, в той час як в першій групі фракційний склад імунних комплексів нормалізувався.

Отже, отримані дані свідчать, що використання кремнеземних енте-росорбентів та глутаргіну в курсі лікування дітей із дискінезією ЖВШ, для профілактики медикаментозної кропив'янки сприяє

нормалізації як загальної концентрації ЦПС, так і їхнього молекулярного складу, поперед усього, забезпечує зниження вмісту у крові найбільш патогенної середньо-молекулярної фракції імунних комплексів.

Таким чином, використання заявленого способу профілактики медикаментозної кропив'янки сприяє досягненню задачі корисної моделі та є патогенетично обґрунтованим.

Приводимо конкретні клінічні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора К., 10 років, поступила в стаціонар 30.10.2005 року зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, тяжкість в правому підребер'ї, який був пов'язаний із недотриманням дієти, нудоту, що переважно виникає після вживання смаженої або жирної їжі, відчуття гіркоти у роті, одноразове блювання, помірний метеоризм. Протягом останнього півроку двічі лікувалася в реанімаційному стаціонарі з приводу гострої кропив'янки після застосування парацетамолу та індометацину (медикаментозна гіперчутливість).

Із анамнезу встановлено, що 2 роки тому, при лабораторно-інструментальному обстеженні (скаржилася на періодично виникаючу нудоту, тяжкість у правому підребір'ї) було встановлено наявність дискінезії ЖВШ.

Об'єктивно: загальний стан хворого середнього ступеню тяжкості, свідомість ясна, в'яла, астенозвана. Шкірний покрив блідого кольору, суховата. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, вологі, чисті. Дихання над поверхнею легень аускультативно везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 17 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 72 удари в хвилину, АТ 110/70 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений жовтуватим нальотом у корню, зів чистий. При об'єктивному обстеженні встановлено наявність болю у правому підребер'ї, позитивний симптом Ортнера. Печінка до 1 см виступає з-під по краю реберної дуги, неболісна при пальпації, еластична. Пальпація в проекції підшлункової залози не болюча. Селезінка звичайних розмірів. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стілець схильний до закріпів. Сеча світла, діурез не порушений.

Загальний аналіз крові: Ер.  $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нб - 128 г/л, Л. -  $10,5 \cdot 10^9$ /л, е - 2%, п. - 4%, с - 58%, л. - 21%, м. - 3%. ШОЕ - 7 мм/год. Загальний аналіз сечі: колір жовтий, реакція слабокисла, питома вага 1012, цукор та білок не виявлено. Біохімічний аналіз крові: білірубін 20,5 мкмоль/л, прямий - 8,5 мкмоль/л, непрямий - 12 мкмоль/л, АлАТ - 1,42 ммоль/л год., АсАТ - 1,13 ммоль/л, тимолова проба - 5 одиниць.

При імунологічному обстеженні: ЦІК - 3,01 г/л, середньомолекулярні ІК - 1,23 г/л, дрібномолекулярні ІК - 0,86 г/л. Таким чином, у хворого Е. відмічається порушення імунологічного гомеостазу.

За даними УЗД органів черевної порожнини виявлено збільшення об'єму жовчного міхура з підвищеною його скоротливістю; відмічалось потовщення стінки жовчного міхура до 5 мм. Заключення: гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Хворий К. додатково до комплексу загальноприйнятого лікування було призначено ентеросгель у вигляді 2% водної суспензії усередину по 200 мл 3 рази на добу між прийомами ліків та їжі протягом 7 діб та глутаргін по 1 табл. (0,25 г) тричі на добу на протязі 15 днів.

Під дією профілактичного лікування стан хворої покращився, наприкінці другого тижня, що проявилось зникненням тяжкості в правому підребер'ї, зникненням болючості при пальпації епігастральної області, зникнення нудоти, нормалізацією апетиту.

Повторний огляд після завершення лікування: загальний стан хворого задовільний, свідомість ясна. Шкіряні покриви блідо-рожевого кольору, відмічається мармуровий малюнок на дистальних відділах кінцівок. Язик вологий, чистий. Дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 16 в 1 хвилину. Тони серця ясні, ритмічні. Живіт округлої форми, не напружений. Печінка біля краю реберної дуги. Негативні симптоми Ортнера і Кера.

Селезінка звичайних розмірів, не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стілець регулярний. Діурез не порушений.

Повторний біохімічний аналіз крові (після завершення лікування): білірубін 18,0 мкмоль/л, прямий - 6,5 мкмоль/л, непрямий - 11,5 мкмоль/л, АлАТ - 0,42 ммоль/л-год., АсАТ - 0,55 ммоль/л, тимолова проба - 3 одиниць. При імунологічному обстеженні на момент завершення лікування: ЦІК - 1,92 г/л, середньомолекулярні ІК - 0,61 г/л, дрібномолекулярні ІК - 0,51 г/л. Диспансерний нагляд протягом 12 місяців дозволив встановити відсутність розвитку медикаментозної кропив'янки, самопочуття та загальний стан хворої зберігалися добрим, скарг не було.

Приклад 2.

Хворий Ю., 5 років, звернувся до лікаря зі скаргами на тяжкість та періодичні болі у правому підребер'ї, нудоту вранці та часті блювання після їжі, знижений апетит. Мати відмічає підвищену дратівливість дитини, поганий сон уночі.

Із анамнезу встановлено, що дитина часто хворіє на ГРВІ (5-6 разів на рік) і мати самостійно застосовує протизапальні та жарознижуючі лікарські засоби. Протягом останнього року у дитини двічі було діагностовано локальна кропив'янка, яку пов'язували з прийомом бісептолу (сульфаніаміду). Два місяця тому дитина знаходилася в реанімаційному відділенні з генералізованою формою кропив'яки після застосування антибактеріальних препаратів у зв'язку з гострим бронхітом.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Язик вологий, обкладений

сіруватим нальотом у корня, підщелепні та задньошийні лімфатичні вузли помірно збільшені, еластичні, чутливі. Температура тіла - 36,7°C. Дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 16 в 1 хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Живіт не напружений, правильної форми. Печінка не виступає з під краю реберної дуги. Симптоми Мерфі, Ортнера позитивні. Точка Кера болюча при пальпації. Точки підшлункової залози не болючі при пальпації. Селезінка звичайних розмірів, не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стілець нерегулярний. Діурез не порушений.

Загальний аналіз крові: Ер.  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 138 г/л, Л. -  $8,1 \cdot 10^9/л$ , е. - 5%, п. - 4%, с - 58%, л. - 21%, м. - 3%. ШОЕ - 9 мм/год. Загальний аналіз сечі: колір жовтий, реакція слабокисла, питома вага 1015, цукор та білок не виявлено. Біохімічний аналіз крові: білірубін 18,2 мкмоль/л, прямий - 7,0 мкмоль/л, непрямий - 11,2 мкмоль/л, АлАТ - 0,68 ммоль/л-год, АсАТ - 0,46 ммоль/л, тимолова проба - 3 одиниці.

При імунологічному обстеженні: ЦІК - 3,03 г/л, середньомолекулярні ІК - 1,25 г/л, дрібномолекулярні ІК - 0,85 г/л. Таким чином, у хворої відмічається порушення імунологічного гомеостазу.

УЗД органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих тіней, структура звичайна, луногенність звичайна. Холедох 6 мм. Жовчний міхур грушвидної форми, розмірами 58 мм\*16 мм, стінки жовчного міхура 3,6 мм, без деформацій. Підшлункова залоза та селезінка без патології. На основі скарг, клініко-лабораторного обстеження, даних УЗД підтверджено клінічний діагноз: дискінезія жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Призначено додатково до загальноприйнятого лікування ентеросгель у вигляді 2% водної суспензії усередину по 150 мл тричі на добу між прийомами ліків та їжі протягом 7 діб та глутаргін по 0,5 табл. (0,175 г) тричі на добу на протязі 25 днів.

Під дією профілактичного лікування стан хворого покращився, що проявилось відсутністю болю, нормалізувався апетит у дитини, зникла дратівливість. Мати відмічає покращення нічного сну.

Повторний огляд після завершення лікування: загальний стан хворого задовільний, при огляді дитина спокійна. Шкіряні покриви звичайного кольору, язик вологий, чистий, лімфатичні вузли не збільшені. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. Живіт округлої форми, не напружений. Печінка біля краю реберної дуги, негативні симптоми Ортнера і Кера. Селезінка звичайних розмірів, не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стілець регулярний. Діурез не порушений.

При імунологічному обстеженні на момент завершення лікування: ЦІК - 1,95 г/л, середньомолекулярні ІК - 0,60 г/л, дрібномолекулярні ІК - 0,42 г/л.

Диспансерний нагляд протягом 12 місяців дозволив встановити відсутність жодного епізоду кропив'янки. Самопочуття та загальний стан хворого зберігалися добрим, скарг не було.

Таким чином, як видно із вищенаведених прикладів, призначення ентеросорбентів та глутаргіну сприяє не тільки покращення клінічного стану па-

цієнтів, а й нормалізації імунологічних показників, що робить їх застосування патогенетично виправданим та клінічно ефективним. Спосіб не потребує використання дефіцитних та дорогих медикаментів; він виходить з застосування ліків вітчизняного

виробництва, які є в достатньої кількості в аптечній мережі України та доступні за ціною.

Таким чином корисна модель є корисною, та може широко використовуватися у клінічній практиці.