



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54014** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61K 36/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ**

1

2

(21) u201004666

(22) 20.04.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) КОНОНОВ ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(73) КОНОНОВ ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб лікування хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з ожирінням, що включає введення гепатопротекторних препаратів, зокрема глутаргіну, який **відрізняється** тим, що додатково вводять препарат рослинного походження артихол.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що артихол вводять всередину по 0,2 г 3-4 рази на день безпосередньо після вживання їжі протягом 20-30 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до внутрішніх хвороб і гепатології.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана з поширеною захворюваністю в сучасних умовах на хронічну патологію печінки й, попередусього, - хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ). Відомо, що більш ніж у 30 % хворих на ХНХ в якості супутньої патології зустрічається ожиріння (Ож). Встановлено, що в патогенезі коморбідної патології у вигляді ХНХ, поєданого з Ож, суттєву роль мають порушення з боку метаболічного гомеостазу. При аналізі показників метаболічного гомеостазу при ХНХ, сполученому з Ож, велику увагу надають активності ферментів системи антиоксидантного захисту (АОЗ). Це дозволяє вважати важливими раціональні підходи в ході лікування до корекції порушень метаболічного гомеостазу, а саме ферментативної ланки системи АОЗ у плані призупинення подальшого прогресування поєднаної патології у вигляді ХНХ, поєданого з Ож.

Відомий спосіб лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, який передбачає призначення таким пацієнтам раціональної дієти, спазмолітиків і жовчогінних препаратів [Харченко Н. В., Анохіна Г. А., Опанасик Н. Д. // Клиническая гастроэнтерология. - Киев: Здоров'я, 2000. - 448 с.] вважається, що покращання під впливом такого лікування функціонального стану печінки сприяє корекції порушень метаболічного гомеостазу, а саме ферментативної ланки системи АОЗ у хворих на ХНХ, поєднаний з Ож.

Однак клінічний досвід дозволяє вважати, що при використанні вказаного способу відмічається нормалізація показників ферментативної ланки системи АОЗ лише в половині хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, тоді як в інших хворих залишаються чітко виражені зсуви з боку системи АОЗ, зокрема зниження активності ферментів - каталази (КТ) і супероксиддисмутази (СОД).

Відомий також спосіб лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, шляхом призначення пацієнтам препаратів есенціальних фосфоліпідів, зокрема есенціале, які також володіють антиоксидантними властивостями [Колесніков В. В. Вплив препаратів есенціальних фосфоліпідів на ферментну ланку системи антиоксидантного захисту у хворих хронічним некалькульозним холециститом, сполученим з ожирінням // Український медичний альманах. - 2006. - Том 9, № 5. - С. 42-44].

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній. Але й при використанні есенціале в частини хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, особливо при частих загостреннях патологічного процесу в печінці, тривалий час зберігається пригнічення ферментів системи АОЗ.

Тому був запропонований спосіб лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, що включає введення пацієнтам з даною коморбідною патологією гепатопротекторного метаболічно активного препарату глутаргіну, який володіє також мембраностабілізуючою й антиоксидантною активністю [Майкова Т. В. Гастроентерологічна патологія у хворих із ожирінням. Проблеми поліморбідності // Здоров'я України. - 2006. - № 22/1. - С. 6-8].

(13) **U**  
(11) **54014**  
(19) **UA**

Цей спосіб є найбільш ефективним з існуючих і тому обраний в якості найближчого аналогу.

До недоліків найближчого аналогу відноситься те, що в деяких хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, ще зберігається симптоматика, яка є наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в жовчному міхурі (ЖМ). Тому відомий спосіб - найближчий аналог потребує подальшого удосконалення.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, а саме прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання й нормалізації у хворих біохімічних показників, зокрема активності ферментів системи АОЗ.

Вказана задача досягається шляхом додаткового введення хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, фітопрепарату з артишоку колючого - артихолу.

Артихол - це вітчизняний засіб рослинного походження з артишоку колючого (*Synapsa scolymus* L.). Фармакологічні властивості артихолу обумовлені фізіологічно активними речовинами, що входять до складу артишоку колючого. Препарат виявляє жовчогінну (холеретичну й холекінетичну), гепатопротекторну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу й детоксикуючу дії. Цей лікарський засіб, завдяки сполученій дії фенольної речовини цинарину в поєднанні з фенокислотами, біофлавоноїдами й іншими речовинами, нормалізує процеси жовчоутворення й жовчовиділення, здійснює дезінтоксикаційний ефект, виявляє гіпохолестеринемічну дію, поліпшує клубочкову фільтрацію нирок, що сприяє виведенню з організму сезовини, креатиніну, а також інших токсичних речовин. Артихол показав високу ефективність, у тому числі у складі комплексної терапії, при лікуванні хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з дисбіозом кишечника й холестеринозом ЖМ; у пацієнтів зі стеатозом печінки, поєднаним з ХНХ; у осіб, що страждають на ХНХ на тлі пептичної виразки дванадцятипалої кишки, а також у лікуванні синдрому психоемоційного вигорання, сполученого з хронічною патологією гепатобіліарної системи невірусного ґенезу. Артихол зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/5383/01/01) і дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 758 від 16.11.2006 р.).

Наша пропозиція базується на вперше встановленій авторами корисної моделі в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що додаткове введення хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, артихолу нормалізує їх загальний стан і самопочуття, виявляє чітко виражений антиоксидантний ефект, сприяє відновленню метаболічного гомеостазу, зокрема активності ферментів системи АОЗ, обумовлює досягнення стійкої й тривалої ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень цього коморбідного захворювання й, таким чином, забезпечує реалізацію задачі корисної моделі. Крім того, введення артихолу не має протипоказань, не спричиняє будь-яких небажаних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, і тому може при необхідності призначатися повтор-

ними курсами, у залежності від досягнутого ефекту. Раніше з метою лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, артихол не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, які потребують проведення лікування, поряд з глутаргіном у середньотерапевтичних дозах, додатково вводять артихол усередину по 0,2 г 3-4 рази на добу безпосередньо після вживання їжі протягом 20-30 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту. Лабораторними критеріями ефективності призначення артихолу є відновлення ферментативної ланки системи АОЗ - активності КТ і СОД, що свідчить про підвищення антиоксидантного потенціалу крові хворих на ХНХ, поєднаний з Ож. Саме додаткове введення артихолу сприяє патогенетично позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень цього коморбідного захворювання.

Вищевказані дози й курси введення артихолу хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, були підібрані нами досвідним шляхом. Саме при такій кратності введення артихолу забезпечується максимальне підвищення активності ферментів системи АОЗ. Отже, новими є як саме додаткове призначення препарату (артихолу), який нами вперше використовується в лікуванні хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, так і схема застосування артихолу при даній коморбідній патології.

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, які підлягали проведенню лікування в зв'язку з наявністю порушень з боку біохімічного гомеостазу: основна (35 осіб), яка отримувала курс лікування згідно до заявленого способу, і група зіставлення (37 осіб), терапія якої проводилася відповідно до відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, стадією ХНХ, поєднаного з Ож, і частотою загострення хронічного патологічного процесу у ЖМ, а також ступенем вираженості Ож. Діагноз ХНХ було встановлено у відповідності до Наказу МОЗ України № 271 (2005 р.), а також стандартизованих протоколів діагностики й лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного й інструментального (ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) методів дослідження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Діагноз Ож ставився за даними анамнезу й результатами антропометричного дослідження, що включало визначення індексу маси тіла (ІМТ). Відповідно до градацій ІМТ, серед обстежених нами в ході розробки корисної моделі хворих основної групи було 19 осіб (54,3 %) з Ож IIa ступеня, 13 пацієнтів (37,4 %) з Ож IIb ступеня й 3 хворих (8,6 %) з Ож III ступеня. Група зіставлення включала 20 осіб (54,1 %) з Ож IIa ступеня, 14 пацієнтів (37,8 %) з Ож IIb ступеня й 3 хворих (8,1 %) з Ож III ступеня. Введення артихолу починалося, як правило, безпосередньо в період чергового епізо-

ду загострення ХНХ і проводилося переважно в амбулаторних умовах або в денному гастроентерологічному стаціонарі. Як клінічні, так і лабораторні показники порівнювали в обох групах хворих на ХНХ, поєднаний з Ож. Для судження про антиоксидантний потенціал крові хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в обстежених в ході створення корисної моделі пацієнтів визначали активність ферментів системи АОЗ - КТ і СОД.

До початку проведення курсу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в обох групах, які були під наглядом, - основній, в якій терапія здійснювалася згідно до заявленого способу, і зіставлення, в якій лікування проводилося відповідно до відомого способу-найближчого аналогу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабості, нездужання, підвищеної стомленості, емоційної лабільності, зниженого

апетиту й емоційного настрою, порушеного сну, помірною болі в правому підребер'ї, нерідко гіркоти в роті й позитивних симптомів Кера та Ортнера.

При клінічному обстеженні в динаміці було встановлено, що після завершення основного курсу лікування в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з Ож (в якій терапія проводилася згідно до заявленого способу), у більшості випадків відмічалася покращення загального стану пацієнтів, зникнення загальнотоксичного синдрому, астенонервотичних та інших проявів. У той же час у пацієнтів групи зіставлення (в якій лікування проводилося відповідно до відомого способу-прототипу) значно частіше зберігалися скарги, що були наслідком помірною загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в печінці й ЖМ (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, на клінічні показники (М±m)

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		Р
	Основна (n=35)	зіставлення (n=37)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабості	7,5±0,4	11,5±0,5	<0,05
нездужання	6,2±0,5	10,3±0,4	<0,01
підвищеної стомленості	8,4±0,3	12,9±0,7	<0,05
зниженого настрою	5,7±0,4	10,1±0,5	<0,001
емоційної лабільності	6,2±0,5	10,4±0,6	<0,01
порушення сну	4,9±0,4	7,1±0,5	<0,05
зниженого апетиту	5,3±0,2	9,2±0,3	<0,01
гіркоти в роті	5,1±0,3	9,4±0,5	<0,01
тяжкості в правому підребер'ї	5,4±0,6	9,0±0,5	<0,01
позитивного симптому Кера	5,6±0,4	8,7±0,4	<0,01

Примітка: стовпчик Р - вірогідність розбіжності між показниками основної групи и групи зіставлення.

З таблиці 1 видно, що у хворих основної групи, яка отримувала лікування згідно до заявленого способу, відмічалася вірогідне прискорення ліквідації клінічних симптомів захворювання. Дійсно, тривалість збереження загальної слабості у хворих основної групи скорочувалася в середньому на 4,0±0,3 доби (в 1,5 рази), нездужання - на 4,1±0,4 доби (в 1,7 рази), підвищеної стомленості - на 4,5±0,3 доби (в 1,5 рази), зниженого настрою - на 4,4±0,3 доби (в 1,8 рази), емоційної лабільності - на 4,2±0,3 доби (в 1,7 рази), порушення сну - на 2,2±0,2 доби (в 1,4 рази), зниженого апетиту - на 3,9±0,3 доби (в 1,7 рази), гіркоти в роті - на 4,3±0,4 доби (в 1,8 рази), тяжкості в правому підребер'ї - на 3,6±0,3 доби (в 1,7 рази) і позитивного симптому Кера - на 3,1±0,2 доби (в 1,6 рази).

Проведення диспансерного обстеження протягом 1 року дозволило встановити, що в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в якій лікування проводилося згідно до заявленого способу, відмічається суттєве зменшення в подальшому частоти загострень патологічного процесу. Так, з

35 осіб протягом 1 року диспансерного нагляду в 33 обстежених (94,3±4,1 %) зберігалася стійка клінічна ремісія захворювання, рецидивів ХНХ відмічено тільки в 1 хворого (2,9±0,3 %), тоді як у групі зіставлення протягом 1 року загострення ХНХ відмічалася в 3 осіб (5,4±0,4 %), тобто в 1,9 рази частіше.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що використання заявленого способу лікування сприяє як прискоренню досягнення ремісії ХНХ, так і суттєвому зменшенню ймовірності подальшого розвитку загострень цієї патології. Отже використання заявленого способу забезпечує прискорення ліквідації клінічної симптоматики захворювання, нормалізації загального стану хворих і досягненню стійкої клінічної ремісії.

У хворих обох груп до початку проведення курсу лікування відмічена також наявність однотипових зсувів біохімічних показників, які характеризують стан системи АОЗ, а саме - суттєве зниження активності її ферментативної ланки - КТ і СОД у сироватці крові (табл. 2).

Таблиця 2

Активність ферментів АОЗ у сироватці крові обстежених хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, до початку лікування ( $M \pm m$ ), МО/мг Нб

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=35)	зіставлення (n=37)	
КТ	392 $\pm$ 11	245 $\pm$ 10,3*	240 $\pm$ 9,8*	>0,05
СОД	29,5 $\pm$ 2,4	14,0 $\pm$ 2,1***	14,2 $\pm$ 2,3***	>0,05

Примітка: в табл. 2-3 імовірність розбіжностей відносно показників норми \* - при  $P < 0,05$ , \*\*\* - при  $P < 0,001$ ; стовпчик Р - вірогідність розбіжності між показниками основної групи й групи зіставлення.

У цілому активність КТ в основній групі в цей період дослідження була в середньому в 1,63 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ), у групі зіставлення - в 1,6 рази ( $P < 0,05$ ). Активність СОД у крові хворих основної групи була знижена в середньому в 2,1 рази відносно норми ( $P < 0,001$ ), у групі зіставлення - у 2,08 рази ( $P < 0,001$ ), що свідчить про пригнічення активності ферментативної ланки системи АОЗ при загостренні хронічної патології ЖМ запального генезу у хворих з наявністю Ож.

При повторному лабораторному обстеженні після завершення лікування було встановлено, що у хворих основної групи (які отримували додатково артіхол) активність КТ і СОД у сироватці крові нормалізувалася, тоді як у пацієнтів групи зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку даних показників, їх активність залишалася вірогідно нижче показників норми, що свідчило про збереження пригнічення ферментативної ланки системи АОЗ при застосуванні відомого способу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож (табл. 3).

Таблиця 3

Активність ферментів АОЗ у сироватці крові обстежених хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, після завершення лікування ( $M \pm m$ ), МО/мг Нб

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		Основна (n=35)	зіставлення (n=37)	
КТ	392 $\pm$ 11	389 $\pm$ 11,2	314 $\pm$ 10,5*	<0,05
СОД	29,5 $\pm$ 2,4	28,3 $\pm$ 1,8	22,6 $\pm$ 1,7*	<0,05

Дійсно, активність КТ у цей період у крові хворих групи зіставлення була в середньому в 1,25 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ) і в 1,24 рази нижче, ніж у хворих основної групи, пацієнти якої отримували артіхол ( $P < 0,05$ ). Активність СОД у крові хворих групи зіставлення була в середньому в 1,3 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ) і в 1,24 рази нижче, ніж у хворих основної групи ( $P < 0,05$ ). Отже, отримані дані дають можливість вважати, що використання заявленого способу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, за допомогою артіхолу дозволяє суттєво покращити як суб'єктивне самопочуття, так і загальний стан пацієнтів з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, а також забезпечити практично повну нормалізацію біохімічних показників крові, які характеризують її антиоксидантний потенціал. Виходячи з цього, можна вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим способом-прототипом, не потребує коштовних і дефіцитних ліків, добре переноситься хворими. Артіхол є в достатній кількості в аптечній мережі України й тому використання цього препарату перспективне в клінічній практиці.

Приводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора У., 48 років, домогосподарка, надійшла 20.03.2007 року до денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з черговим загостренням ХНХ. Страждає на ожиріння ІІа ступеня протягом останніх 10 років. Скаржиться на тяжкість та дискомфорт у правому підребер'ї, нудоту, печію, відрижку гірким, закрепи. Хвору турбує також загальна слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну (погане засипання, нічні страхіття, сонливість удень), головний біль, нездужання, зниження фізичної й розумової працездатності, що не проходять після відпочинку.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворої У. задовільний. Підвищеного харчування, гіперстенічної тілобудови. Зріст 165 см, вага 89 кг. ІМТ - 30,6. Шкіряні покрови блілого кольору, сухі, чисті, відмічається тривалий та стійкий червоний дермографізм, блідість нігтьових пластинок. Підщелепні лімфатичні вузли не збільшені, з навколишніми тканинами не з'єднані. Язик обкладений

брудним жовтуватим нальотом. Температура тіла 36,8 °С Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання 20-24 за хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Тони серця чіткі. Артеріальний тиск 140/90 мм рт. ст., пульс - 82 уд./хв. Живіт при пальпації м'який, чутливий в правій підреберній ділянці. Печінка не збільшена, її край не виходить з-під правої реберної дуги, еластичний, помірно чутливий при пальпації. Селезінка не пальпується. Симптоми Ортнера й Кера позитивні. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Діурез не порушений. Стілець - закрепи.

Ан. крові загальний: Ер. -  $3,17 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 128 г/л, Л -  $9,3 \cdot 10^9/л$ , е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 15 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 23,3 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 9,2 мкмоль/л; АлАТ - 1,05 ммоль/л-год, АсАТ - 1,0 ммоль/л-год; тимолова проба - 5,6 од., ГГТП - 61,2 ммоль/л, ЛФ - 5,1 ммоль/л-год; загальний білок - 67 г/л;  $\lambda$ -глобуліни - 21,4 %; А/Г коефіцієнт - 0,85. КТ - 256,1 МО/мг Нб, СОД - 14,8 МО/мг Нб. Дослідження крові методом ІФА на антитіла до вірусних гепатитів В, С та D дало негативні результати. УЗД органів черевної порожнини: печінка звичайних розмірів і структури; ЖМ циліндричний, 62 x 42 мм, містить концентровану жовч. Стінка міхура потовщена (3,6 мм), каменів немає. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у фазі помірного загострення. Ожиріння ІІа ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворий У. було призначено лікування у відповідності до заявленого способу, а саме: глутаргін по 0,5 г 3 рази на добу усередину та додатково артіхол усередину по 0,2 г 3 рази на добу безпосередньо після вживання їжі протягом 20 діб поспіль. Під впливом лікування, що проводилося, загальний стан хворої й самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Тривалість збереження порушення сну склала 4 доби, гіркоти в роті, тяжкості в правому підребер'ї, позитивного симптому Кера, зниженого настрою й апетиту - 5 діб, нездужання й емоційної лабільності - 6 діб, загальної слабості - 7 діб, підвищеної стомленості - 8 діб.

Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу лікування хворої У. дозволило встановити нормалізацію активності ферментів системи АОЗ (активність КТ і СОД становила 390 МО/мг Нб і 29 МО/мг Нб відповідно).

Таким чином, застосування заявленого способу лікування сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, поєданого з Ож, у хворої У. Використання при цьому глутаргіну й артіхолу добре переносилося хворою й не викликало ніяких побічних ефектів. При проведенні диспансерного обстеження протягом 1 року після завершення курсу лікування за допомогою заявленого способу було встановлено, що стійка клініко-біохімічна ремісія зберігалася протягом усього періоду диспансерного нагляду. За даними проведення в динаміці біохімічного обстеження активність КТ і СОД у хворої У. увесь цей період була в межах норми.

#### Приклад 2.

Хворий Ц., 46 років, водій, надійшов на лікування в умови денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з загостренням ХНХ. Скаржиться на біль у правому підребер'ї тупого, ниючого характеру й присмак гіркоти в роті, що пов'язує з прийомом жирної й смаженої їжі, зниження апетиту, а також загальну слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну, головний біль, нездужання, зниження працездатності. З 2000 року страждає на ХНХ, з приводу чого декілька разів знаходився на лікуванні в гастроентерологічному відділенні. Протягом останніх 7 років страждає на ожиріння ІІб ступеня.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого Ц. середнього ступеня важкості. Підвищеного живлення, гіперстенічна будова тіла: зріст 176 см, вага 108 кг. ІМТ - 35,0. Шкіряні покрови блілого кольору, сухі, чисті, склери субіктеричні. Підщелепні лімфатичні вузли не збільшені, безболісні, з навколишніми тканинами не з'єднані. Дихання через ніс не утруднене, над поверхнею легень перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 16 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 82 удари в 1 хвилину. Артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт правильно округлої форми, при пальпації м'який, болісний в правому підребер'ї. Симптоми Кера, Мерфі й Ортнера - позитивні. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез не порушений. Стілець - 1 раз на добу, оформлений.

Ан. крові загальний: Ер. -  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 128 г/л, Л -  $9,3 \cdot 10^9/л$ , е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 17 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічні показники: білірубін загальний - 23,1 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 10,8 мкмоль/л; АлАТ - 1,15 ммоль/л-год, АсАТ - 1,0 ммоль/л-год; тимолова проба - 5,9 од., ГГТП - 64,1 ммоль/л, ЛФ - 5,3 ммоль/л-год; загальний білок - 67 г/л;  $\lambda$ -глобуліни - 21,4 %; А/Г коефіцієнт - 0,85. КТ - 237,2 МО/мг Нб, СОД - 13,8 МО/мг Нб. Дослідження крові методом ІФА на антитіла до вірусних гепатитів В, С та D дало негативні результати. УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена в розмірах, ехогенність нормальна, край рівний, капсула без змін, ЖМ розміри 58 x 18, стінки потовщені (3,3 мм), у порожнині - детрит. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у фазі загострення. Ожиріння ІІб ступеня.

Виходячи з даного діагнозу хворому Ц. було призначено лікування у відповідності до заявленого способу, а саме: глутаргін усередину по 0,5 г 3 рази на день протягом 25 діб поспіль і додатково - артіхол усередину по 0,2 г 4 рази на добу безпосередньо після вживання їжі протягом 30 діб поспіль.

Під впливом лікування, що проводилося, загальний стан хворого й самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Три-

валість збереження порушення сну склала 5 доби, гіркоти в роті, тяжкості в правому підребер'ї, позитивного симптому Кера, зниженого настрою й апетиту - 6 діб, нездужання й емоційної лабільності - 7 діб, загальної слабості - 8 діб, підвищеної стомленості - 9 діб.

Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу лікування хворого Ц. дозволило встановити нормалізацію активності ферментів системи АОЗ (активність КТ і СОД становила 387 МО/мг Нb і 28 МО/мг Нb відповідно).

Таким чином, застосування заявленого способу лікування сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, у хворого Ц. Використання при цьому глутаргіну й артіхолу добре переносилося хворим і не викликало ніяких побічних ефектів.

При проведенні диспансерного обстеження протягом 1 року після завершення курсу лікування за допомогою заявленого способу було встановлено, що стійка клініко-біохімічна ремісія зберігалася протягом усього періоду диспансерного на-

гляду. За даними проведення в динаміці біохімічного обстеження активність КТ і СОД у хворого Ц. увесь цей період була в межах норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням одужання хворих, досягненням стійкої й тривалої клінічної ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, відсутністю подальших його загострень, а в патогенетичному плані - нормалізацією біохімічних показників, що характеризують антиоксидантний потенціал крові. Умовний економічний ефект при використанні заявленого способу складає біля 215 грн. на 1 хворого. Спосіб не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, на введення глутаргіну й артіхолу, сприяє досягненню позитивного клінічного ефекту й тому його можна рекомендувати для широкого використання в клінічній практиці, зокрема в умовах терапевтичних і гастроентерологічних відділень, а також амбулаторної поліклінічної практики.