



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54015** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61P 37/00

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 НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ОЖИРІННЯМ

1

2

(21) u201004667

(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 медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, сполучений з ожирінням, що включає введення препаратів рослинного походження, який **відрізняється** тим, що як препарат рослинного походження вводять бонджигар.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що бонджигар вводять усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 діб після, 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 широким розповсюдженням у сучасних умовах хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ), який за даними медичної статистики, займає провідне місце серед хвороб органів травного тракту. Встановлено, що в патогенетичному плані має місце тісний взаємозв'язок між ХНХ й захворюваннями, що пов'язані з порушеннями метаболічного гомеостазу, зокрема ожирінням (Ож), яке теж має високу поширеність, стійкий та швидко рецидивуючий після припинення лікування перебіг, погіршує якість життя пацієнтів. Незважаючи на значне розмандиття існуючих лікарських засобів, в останній час усе частіше спостерігається зниження ефективності традиційних схем медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож. Клінічний досвід показує, що в багатьох випадках використання лише синтетичних препаратів є недостатнім і часто викликає побічні ефекти й ускладнення, поперед усього, дисбіоз кишечника й різноманітні алергічні стани. Тому в останній час все більше уваги приділяється розробці нових схем медичної реабілітації з застосуванням препаратів, зокрема рослинного походження, які не є ксенобіотиками й можуть тривалий період вживатися хворими.

Відомий спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, який передбачає призначення таким пацієнтам раціональної дієти, полівітамінів і гепатопротекторних препаратів, зокрема

есенціалю (Харченко Н.В. Гепатологія: проблеми и поиски. Особенности течения заболеваний и оптимизация лечения // Доктор. - 2001. - № 2. - С. 6-7). Вважається, що покращання під впливом такого лікування функціонального стану печінки сприяє корекції порушень метаболічного гомеостазу, а саме позитивним зсувам продуктів ліпопероксидації й так званої «метаболічної» інтоксикації.

Однак клінічний досвід дозволяє вважати, що при використанні вказаного способу лише в половини хворих на ХНХ, сполучений з Ож, відмічається нормалізація вмісту у крові проміжних продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) - дієнових кон'югат (ДК) і кінцевого - маломовного діальдегіду (МДА), а також так званих «середніх» молекул (СМ) тоді як в інших хворих залишаються чітко виражені зсуви з боку цих біохімічних показників, що свідчить про наявність синдрому «метаболічної» інтоксикації та активації процесів ліпопероксидації.

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, шляхом призначення пацієнтам препарату рослинного походження сілібо-ру (Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів / О.Я. Бабак, І.С. Кушнір: метод, рекомендації. - Харків, 2000.-32 с.).

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній. Але й при використанні сілібору в значній частині хворих на ХНХ, сполучений з Ож, особливо при частих загостреннях патологічного процесу в

(13) **U**

(11) **54015**

(19) **UA**

жовчному міхурі (ЖМ), тривалий час зберігається підвищення концентрації продуктів ліпопероксидації й СМ у крові, що свідчить про незавершеність загострення ХНХ.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, що включає введення пацієнтам з даною коморбідною патологією іншого препарату рослинного походження з розторопші плямистої - ка-рсілу (Бабак О.Я. Современная фитотерапия заболеваний органов пищеварения / О.Я. Бабак, Т.А. Соломенцева. - Киев: Диалла комьюникейшенз, 2001. - 48 с.).

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

До недоліків найближчого аналога відноситься те, що в деяких хворих на ХНХ, сполучений з Ож, при застосуванні карсілу все ж таки ще зберігається симптоматика, яка є наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в ЖМ. Тому відомий спосіб-найближчий аналог потребує подальшого удосконалення.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, а саме відновлення метаболічного гомеостазу й ліквідація загострення хронічних запальних проявів у ЖМ.

Вказана задача досягається шляхом введення хворим на ХНХ, сполучений з Ож, в якості препарату рослинного походження сучасного комбінованого фітозасобу бонджигару.

Бонджигар являє собою комбінований фітозасіб, до складу якого входять екстракти з лікарських рослин: вербезини білої (*Eclipta alba*), мікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*), пасльону чорного (*Solarium nigrum*), цикорію звичайного (*Cichorium intybus*), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*), тамарикса двудомного (*Tamarix gallica*), редьки посівної (*Raphanus sativus*), барбарису остистого (*Berberis aristata*), розторопші плямистої (*Silybum marianum*), сферантуса Індійського (*Sphaeranthus indicus*) і берхавії розлогої (*Boerhavia diffusa*). Він володіє гепатопротекторними й антиоксидантними властивостями, протизапальною дією, покращує функціональний стан печінки й відтік жовчі з ЖМ, сприяє знешкодуванню хімічних токсинів, захищає клітини печінки від дії токсичних речовин. Бонджигар вважається ефективним при гострих і хронічних захворюваннях печінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми печінки, при ураженнях печінки внаслідок дії гепатотоксичних препаратів, а також при наявності системних інфекцій, що сприяють формуванню неспецифічної патології печінки й жовчовивідних шляхів. Бонджигар зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/1061/02/01) і дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 18 від 22.01.2007 р.).

Наша пропозиція базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення хворим на ХНХ, сполучений з Ож, бонджигару виявляє чітко виражений антиоксидантний

ефект і, крім того, забезпечує зниження в сироватці крові концентрації СМ і, таким чином, обумовлює досягнення задачі корисної моделі. До того ж, введення бонджигару не має протипоказань і не обмежене суворими часовими рамками, тому тривалість введення в організм даного препарату може регулюватися в значних межах, у залежності від досягнутого ефекту. Раніше з метою медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, бонджигар не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХНХ, сполученого з Ож, які потребують проведення медичної реабілітації вводять бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту. Лабораторними критеріями ефективності призначення бонджигару є нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ПОЛ - ДК і МДА, а також значення інтегрального показника перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ), що свідчить про відновлення біохімічного гомеостазу, а також зниження концентрації СМ, що характеризує ліквідацію синдрому «метаболічної» інтоксикації (СМІ). Саме введення бонджигару сприяє патогенетичне позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії ХНХ, сполученого з Ож, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень цього коморбідного захворювання, особливо при проведенні при необхідності повторних курсів введення комбінованого фітозасобу бонджигару.

Вищевказані дози й курси введення бонджигару хворим на ХНХ, сполучений з Ож, були підібрані нами досвідним шляхом. Саме при такій кратності введення бонджигару забезпечується нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ліпопероксидації ДК і МДА, величини інтегрального показника ПГЕ й максимальне зниження концентрації СМ. Отже, новими є як саме призначення бонджигару, який нами вперше використовується в медичній реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, так і схема застосування цього комбінованого фітозасобу при даній коморбідній патології.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих на ХНХ, сполучений з Ож: основна (78 осіб), яка отримувала курс медичної реабілітації згідно до заявленого способу, і група зіставлення (76 осіб), що отримувала реабілітацію відповідно до відомого способу-типу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу патології гепатобіліарної системи й ступенем Ож. Діагноз ХНХ був встановлений у відповідності до Наказу МОЗ України № 271 (2005 р.), а також стандартизованих колів 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. На

момент обстеження ХНХ у всіх пацієнтів, що були під наглядом, був у фазі нестійкої клінічної ремісії або помірного загострення. Діагноз Ож ставився за даними анамнезу й результатами антропометричного дослідження, що включало визначення індексу маси тіла (ІМТ). Відповідно до градацій ІМТ, серед обстежених нами хворих основної групи було 89 осіб (57,8 %) з Ож На ступеня, 55 пацієнтів (35,7 %) з Ож ІІб ступеня й 10 хворих (6,5 %) з Ож ІІІ ступеня. Група зіставлення включала 20 осіб (54,1 %) з Ож Па ступеня, 14 пацієнтів (37,8 %) з Ож Пь ступеня й 3 хворих (8,1 %) з Ож ІІІ ступеня. Введення бонджи-гару починалося, як правило, безпосередньо в період чергового епізоду 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, сполучений з Ож.

До початку проведення курсу медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, в обох групах, які були під наглядом, - основній, в якій реабілітація здійснювалася згідно до заявленого

способу, і зіставлення, в якій реабілітація проводилася відповідно до відомого способу-найближчого аналога, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабості, нездужання, підвищеної стомленості, емоційної лабільності, зниженого апетиту й емоційного настрою, порушеного сну, помірного болю 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 медичної реабілітації в основній групі хворих на ХНХ, сполучений з Ож (в якій реабілітація проводилася згідно до заявленого способу), у більшості випадків відмічалася покращання загального стану пацієнтів, зникнення загальнотоксичного синдрому, астено-невротичних та інших проявів. У той же час у пацієнтів групи зіставлення (в якій реабілітація проводилася відповідно до відомого способу-найближчого аналога) значно частіше зберігалися скарги, що були наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу у ЖМ (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, на клінічні показники ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		Р
	основна (n=78)	зіставлення (n=76)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабості	7,6±0,3	11,8±0,4	<0,01
нездужання	6,1±0,4	10,6±0,3	<0,001
підвищеної стомленості	8,2±0,3	13,2±0,5	<0,001
зниженого настрою	5,9±0,3	10,2±0,5	0,01
емоційної лабільності	6,4±0,4	10,3±0,5	<0,05
порушення сну	4,7±0,3	6,9±0,5	<0,05
зниженого апетиту	5,4±0,1	9,1±0,2	<0,05
гіркоти в роті	5,0±0,3	9,6±0,4	0,001
тяжкості в правому підребер'ї	5,6±0,5	9,2±0,4	0,05
позитивного симптому Кера	5.8±0.3	8.9±0.4	0.05

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

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

Проведення диспансерного обстеження протягом 1 року дозволило встановити, що в основній групі хворих на ХНХ, сполучений з Ож, в якій ме-

дична реабілітація проводилася згідно до заявленого способу, відмічається суттєве зменшення в подальшому частоти загострень патологічного процесу. Так, з 78 осіб протягом 1 року диспансерного нагляду в 75 обстежених (96,2 \pm 4,3 %) зберігалася стійка клінічна ремісія захворювання, рецидив ХНХ відмічено тільки в 3 хворих (3,8 \pm 0,4 %), тоді як у групі зіставлення протягом 1 року загострення ХНХ відмічалася в 5 осіб (6,6 \pm 0,5 %), тобто в 1,7 рази частіше.

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

ремисії.

Крім того, було також проведене ретельне спеціальне біохімічне обстеження хворих на ХНХ, сполучений з Ож, що знаходилися під наглядом. При цьому було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах обстежених були чітко виражені однотипові порушення з боку біохі-

мічного гомеостазу, які характеризувалися підвищеним рівнем у сироватці крові СМ, що свідчить про наявність у даних пацієнтів СМІ, продуктів ліпопероксидації – ДК і МДА, а також інтегрального показника ПГЕ, що свідчать про активацію ПОЛ у цих осіб (табл. 2).

Таблиця 2

Біохімічні показники у хворих на ХНХ, сполучений з Ож, до початку проведення медичної реабілітації (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=78)	зіставлення (n=76)	
СМ, г/л	0,52±0,02	2,08±0,03***	2,0±0,08***	>0,1
ДК, мкмоль/л	6,20,15	16,6±0,3***	16,3±0,25***	>0,05
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	8,5±0,2**	8,4±0,15**	>0,1
ПГЕ, %	3,5±0,25	12,5±0,2***	12,6±0,22***	>0,1

Примітка: в табл. 2-3 імовірність розбіжностей відносно показників норми * - при P<0,05, ** - при P<0,01, *** - при P<0,001; стовпчик Р - вірогідність розбіжності між показниками основної групи й групи зіставлення.

Після завершення медичної реабілітації в основній групі хворих, яка отримувала реабілітацію відмічалася практично повна нормалізація вивчених показників. Так, при повторному лабораторному обстеженні після завершення медичної реабілі-

тації було встановлено, що у хворих основної групи (які отримували бонджигар) суттєво знижувався в сироватці крові рівень СМ, ДК і МДА, а також показник ПГЕ, які досягали верхньої межі норми (табл. 3).

Таблиця 3

Біохімічні показники у хворих на ХНХ, сполучений з Ож, після завершення медичної реабілітації (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n = 78)	зіставлення (n = 76)	
СМ, г/л	0,52±0,02	0,53±0,03	1,54±0,04*	0,05
ДК, мкмоль/л	6,20,15	6,4±0,2	10,1±0,3	<0,05
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	3,5±0,2	5,1±0,2*	<0,05
ПГЕ, %	3,5±0,25	3,6±0,2	8,5±0,25	0,01

У той же час у групі зіставлення позитивні зміни біохімічних показників були суттєво менше виражені. Тому у хворих цієї групи вони залишалися вищими як відносно норми, так і відносно основної групи (у 2,96 і 2,91 (P<0,01), в 1,59 та 1,46 (P<0,05), в 1,6 та 1,58 (P<0,01), у 2,42 і 2,36 (P<0,01) рази відповідно), що свідчило про тривале збереження СМІ й продуктів ліпопероксидації в обстежених хворих, яке сприяє формуванню оксидативного стресу й в патогенетичному плані може викликати не лише підтримку, але й навіть подальше прогресування хронічного патологічного процесу в печінці й ЖМ.

Отже, отримані дані свідчать, що поряд з нормалізацією клінічних показників і досягненням стійкої ремісії у хворих, які отримували медичну реабілітацію згідно до заявленого способу, нормалізувалися й біохімічні показники, причому в більшості хворих основної групи відновлювався біохімічний гомеостаз, що дозволяє рахувати заявлений спосіб патогенетичне обґрунтованим.

Бонджигар добре переноситься хворими, не викликає небажаних побічних ефектів. У зв'язку з прискоренням досягнення ремісії й зменшенням

частоти загострень ХНХ, сполученого з Ож, умовний економічний ефект при використанні заявленого способу складає біля 195 грн на 1 хворого. Препарат доступний за ціною й є в достатній кількості в аптечній мережі України. Тому використання заявленого способу перспективне в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хворий О., 55 років, технік-механік, надійшов до денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з черговим загостренням ХНХ. Протягом останніх 6 років страждає на ожиріння ІІІ ступеня. Скаржиться на біль у правому підребер'ї, нудоту, печію, відрижку гірким, закрепи. Хворого 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 хворого О. задовільний. Підвищеного харчування,

гіперстенічної тілобудови. Зріст 175 см, вага 95 кг. ІМТ - 31,7. 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 брудно-жовтуватим нальотом. Температура тіла 36,7° С. Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання 18-20 за хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Тони серця чіткі. Артеріальний тиск 125/85 мм рт. ст., пульс - 78 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. - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, Л - $9,4 \cdot 10^{12}/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 15 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 23,5 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 9,3 мкмоль/л; АлАТ - 1,07 ммоль/лтод, АсАТ - 1,2 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,8 од., ГГТП - 61,5 нмоль/л, ЛФ - 5,3 ммоль/лтод; загальний білок - 69 г/л; λ -глобуліни - 21,6 %; А/Г коефіцієнт - 0,87. Рівень СМ - 1,95 г/л; ДК - 16,2 ммоль/л, МДА - 8,3 ммоль/л, величина показника ПГЕ - 12,1 %. 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, 63 x 43 мм, містить концентровану жовч. Стінка міхура потовщена (3,7 мм), двоконтурна; каменів немає. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит в стадії помірного загострення. Ожиріння ІІ ступеня.

Виходячи з даного діагнозу хворому О. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30 діб поспіль.

Під впливом медичної реабілітації, що проводилася, загальний стан хворого 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 медичної реабілітації хворого О. дозволило встановити нормалізацію спеціально визначаємих біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, сполученого з Ож, у хворого О. Використання при цьому бонджигару добре переносилося хворим і не викликало ніяких побічних ефектів.

При проведенні диспансерного обстеження протягом 1 року після завершення курсу медичної реабілітації за допомогою заявленого способу було встановлено, що стійка клініко-біохімічна ремісія зберігалася протягом усього періоду диспансерного нагляду. За даними проведення в динаміці біохімічного обстеження вміст СМ, ДК і МДА, а також величина ПГЕ у хворого О. увесь цей період були в межах норми.

Приклад 2.

Хвора К., 50 років, тимчасово не працює, поступила на медичну реабілітацію в умовах денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з загостренням ХНХ. Скаржитися 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 1995 року страждає ХНХ, з приводу чого декілька разів знаходилася на медичній реабілітації в гастроентерологічному відділенні. Протягом останніх 8 років страждає на ожиріння ІІБ ступеня.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворої К. середнього ступеня важкості. Підвищеного живлення, гіперстенічна будова тіла: зріст 168 см, вага 115 кг. ІМТ - 35,9. 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 20 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 85 ударів в 1 хвилину. Артеріальний тиск 140/90 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт правильною округлою форми, при пальпації м'який, болісний в правому підребер'ї. Симптоми Кера 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. - $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 135 г/л, Л - $9,2 \cdot 10^9/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 23 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічні показники: білірубін загальний - 23,7 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 12,8 мкмоль/л; АлАТ - 1,25 ммоль/лтод, АсАТ - 1,12 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,8 од., 11 ТИ - 64,6 нмоль/л, ЛФ - 5,4 ммоль/лтод; загальний білок - 69 г/л; λ -глобуліни - 21,7 %; А/Г коефіцієнт - 0,86. Рівень СМ - 2,15 г/л; ДК - 16,9 ммоль/л, МДА - 9,1 ммоль/л; показник ПГЕ - 13,1 %. 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 59 x 20, стінки потовщені (3,7 мм), у порожнині - детрит. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит в фазі загострення. Ожиріння ІІБ ступеня.

Виходячи з даного діагнозу хворій К. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 40 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 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 хворої К. дозволило встановити нормалізацію додатково визначених біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, сполученого з Ож, у хворої К. Використання при цьому бонджигару добре переносилося хворою й не викликало ніяких побічних ефектів.

При проведенні диспансерного обстеження

протягом 1 року після завершення курсу медичної реабілітації за допомогою заявленого способу було встановлено, що стійка клініко-біохімічна ремісія зберігалася протягом усього періоду диспансерного нагляду. За даними проведення в динаміці біохімічного обстеження вміст СМ, ДК і МДА, а також величина ПГЕ у хворої К. увесь цей період були в межах норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-типу, які характеризуються прискоренням одужання хворих, досягненням стійкої й тривалої клінічної ремісії ХНХ, сполученого з Ож, відсутністю подальших його загострень, а в патогенетичному плані - нормалізацією біохімічних показників, що характеризують ПОЛ і СМІ. Умовний економічний ефект при використанні заявленого способу складає біля 205 грн на 1 хворого. Спосіб не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, на введення бонджигару, 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.