



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59174 (13) U
(51) МПК (2011.01)
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 СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

1

2

(21) u201011366

(22) 24.09.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл.№ 9, 2011 р.

(72) ТРОФИМЕНКО ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ,
ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРО-
СОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(73) ТРОФИМЕНКО ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ,
ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРО-
СОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на сте-

атоз печінки, поєднаний з хронічним некалькульозним холециститом, що включає введення гепато-захисних препаратів рослинного походження, який **відрізняється** тим, що як препарат рослинного походження вводять артишоку екстракт-Здоров'я (АЕЗ).

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що АЕЗ призначають усередину по 1 таблетці (300 мг) 3 рази на день після вживання їжі протягом 2-3 місяців поспіль у залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до внутрішніх хвороб та гепатології.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю в сучасних умовах стеатозу печінки (СП). Клінічний досвід показує, що у хворих на СП досить часто зустрічається поєднана патологія жовчного міхура (ЖМ) частіше у вигляді хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ). Наявність хронічної фонові патології жовчного міхура, та перед усього ХНХ, у хворих з СП, обумовлює не тільки різноманіття клінічної картини захворювання, але крім того, має негативний вплив на перебіг патологічного процесу в гепатобіліарній системі, сприяє розвитку частих та тривалих загострень СП, а також подальшому прогресуванню у неалкогольний стеатогепатит. Це дозволяє вважати важливим проведення медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, з метою попередження можливого подальшого прогресування коморідної хронічної патології.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, що передбачає призначення раціональної дієти, полівітамінів і ліпотропних препаратів, виходячи з їхнього позитивного впливу на стан печінки (Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1998. - 704 с).

Однак клінічний досвід показує, що використання цього способу не забезпечує досягнення тривалої ремісії майже в половини хворих на СП, поєднаний з ХНХ.

У зв'язку з цим було запропоновано призначати хворим на СП, поєднаний з ХНХ, з метою проведення медичної реабілітації засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е), оскільки було встановлено, що в механізмах формування загострень СП, поєднаний з ХНХ, суттєве значення має саме активація процесів ліпопероксидації (Скворцов В.В. Пероксидация липидов и антиоксидантная система в гепатологии // Гепатология. - 2006. - № 2. - С 10-14).

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній, але при його використанні у 20-25 % хворих на СП, поєднаний з ХНХ теж не відмічається досягнення стійкої й тривалої ремісії захворювання, і тому він потребує подальшого удосконалення.

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, шляхом введення таким пацієнтам повторних курсів гепатозахисних препаратів рослинного походження, наприклад сілібору або карсилу (Зайцева В.Б. Печень и желчевыводящие пути. - Киров: Нива, 2006. - 48 с).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і в патогенетичному плані забезпечує в більшості хворих на СП, поєднаний з ХНХ, нормалізацію показників перекисного окислення ліпідів. Тому саме цей спосіб обраний нами в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що в деяких хворих на СП, поєднаний з ХНХ, при використанні даного способу все ж таки ще зберігаються зсуви з боку показників, що характеризують активність системи антиоксидантного захисту

(19) UA (11) 59174 (13) U

(АОЗ).

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, а саме прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання й нормалізація показників ферментної ланки системи АОЗ.

Вказана задача досягається шляхом введення хворим з СП, поєднаним з ХНХ, сучасного фітозасобу артишоку екстракту - Здоров'я (АЕЗ).

АЕЗ включає в собі повний комплекс біологічно активних речовин із свіжої трави артишоку колючого, що забезпечує широкий спектр його фармакологічної дії. У ході експериментальних, доклінічних і клінічних досліджень встановлено, що АЕЗ володіє гепатопротекторним ефектом, який обумовлений антиоксидантною й мембраностабілізуючою дією комплексу біологічно активних речовин, що містяться в препараті. Гепатозахисний ефект препарату вигідно доповнюється його сечогінною дією, що сприяє виведенню з організму з сечею різних токсичних сполук. Це забезпечує ефективність препарату АЕЗ при різних хронічних інтоксикаціях. Таким чином, препарат володіє чітко вираженим антитоксичним ефектом. Виявлено також, що АЕЗ володіє одночасно як холеретичною дією, тобто стимулює утворення печінкою жовчі, так і холекінетичним ефектом, тобто посилює виведення жовчі, що утворилась, по жовчовивідним шляхам. Тим самим АЕЗ володіє комплексним і повноцінним жовчогінним ефектом і зменшує застої й запальні процеси в жовчовивідних шляхах і ЖМ, що дуже важливо при лікуванні й медичній реабілітації хворих з хронічною біліарною патологією. Препарат АЕЗ дозволений для клінічного застосування Наказом МОЗ України № 572 від 11.12.2003 р. і зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/0140/01/01).

Наша пропозиція щодо використання АЕЗ як гепатопротекторного та антиоксидантного препарату в комплексі засобів медичної реабілітації хворих з СП, поєднаним з ХНХ базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення хворим АЕЗ нормалізує їх загальний стан і самопочуття, виявляє чітко виражений антиоксидантний ефект, сприяє відновленню метаболічного гомеостазу, досягненню стійкої й тривалої ремісії СП, поєднаного з ХНХ, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень захворювання й, таким чином, обумовлює досягнення задачі корисної моделі. Раніше з метою медичної реабілітації хворих на СП, поєднаним з

ХНХ, даний препарат не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю СП, поєднаним з ХНХ, які потребують проведення медичної реабілітації, вводять в якості гепатозахисного та антиоксидантного препарату АЕЗ усередину по 1 таблетці (300 мг) 3 рази на день після вживання їжі протягом 2-3 місяців поспіль у залежності від досягнутого ефекту.

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих на СП, поєднаний з ХНХ, які підлягали проведенню медичної реабілітації: основна (44 особи), які отримували курс медичної реабілітації за допомогою заявленого способу, і група зіставлення (42 особи), яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, фазою СП і частотою загострення хронічного патологічного процесу в гепатобіліарній системі (ГБС). Введення АЕЗ починалося, як правило, безпосередньо в період чергового загострення СП, поєднаного з ХНХ і проводилося переважно в амбулаторних умовах або в денному гастроентерологічному стаціонарі. У обстежених пацієнтів вивчали в динаміці показники ферментної ланки системи АОЗ, а саме активність супероксиддисмутази (СОД) та каталази (КТ) у сироватці крові; крім того, визначали інтегральний показник Ф, який сумарно характеризує співвідношення про- та антиоксидантних потенцій крові.

До початку проведення курсу медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, в обох групах, які були під наглядом, - основній, що отримувала медичну реабілітацію відповідно з заявленим способом, і зіставлення, в якій медична реабілітація здійснювалася стосовно до способу-прототипу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабості, нездужання, підвищеної стомлюваності, субітеричності склер, зниження апетиту й працездатності, обкладеності язика нальотом, гіркоти в роті, дискомфорту або тяжкості в правому підребер'ї, гепатомегалії, чутливості печінкового краю при пальпації.

Клінічне обстеження в динаміці проведення медичної реабілітації дозволило встановити, що у хворих, які отримували курс медичної реабілітації за допомогою заявленого способу, мало місце прискорення ліквідації симптоматики, яка свідчить про загострення хронічної патології ГБС й досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання в порівнянні з пацієнтами, яким медична реабілітація проводилася з використанням відомого способу-прототипу (таблиця 1).

Таблиця 1

Тривалість збереження клінічної симптоматики загострення хронічної патології ГБС при застосуванні заявленого й відомого (прототип) способів медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи обстежених		Р
	основна (n=44)	зіставлення (n=42)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабості	5,3±0,3	8,3±0,4	<0,05
нездужання	4,7±0,2	8,2±0,4	<0,01
підвищеної стомленості	4,8±0,2	7,7±0,3	<0,05
зниження апетиту	4,8±0,2	8,2±0,4	<0,05
зниження працездатності	5,0±0,3	8,4±0,4	<0,05
субіктеричності склер	4,2±0,2	7,2±0,3	<0,05
гіркоти в роті	5,2±0,3	8,5±0,4	<0,05
тяжкості в правому підребер'ї	5,4±0,3	8,6±0,4	<0,05
обкладеності язика нальотом	9,9±0,4	13,5±0,5	<0,01
гепатомегалії	13,7±0,5	17,4±0,6	<0,01
чутливості печінкового краю	3,9±0,2	7,0±0,3	<0,05

Примітка: у таблиці 1 стовпчик Р - вірогідність різниці між показниками основної групи й групи зіставлення.

Дійсно, з таблиці 1 видно, що в основній групі хворих, яка отримувала медичну реабілітацію згідно до заявленого способу, відмічено скорочення тривалості відносно до групи зіставлення таких симптомів, як загальної слабості - на 3,0 \pm 0,1 доби, нездужання - на 3,5 \pm 0,3 доби, зниження апетиту - на 3,4 \pm 0,2 доби, підвищеної стомленості - на 2,9 \pm 0,1 доби, зниження працездатності - на 3,4 \pm 0,2 доби, гіркоти в роті в середньому на 3,3 \pm 0,2 доби, субіктеричності склер - на 3,0 \pm 0,2 доби, обкладеності язика нальотом - на 3,6 \pm 0,3 доби, тяжкості в правому підребер'ї - на 3,2 \pm 0,2 доби, гепатомегалії - на 3,7 \pm 0,3 доби, чутливості печінкового краю при пальпації - на 3,1 \pm 0,25 доби ($P < 0,05-0,01$).

Таким чином, отримані дані свідчать, що призначення хворим основної групи гепатопротектор-

ного та антиоксидантного препарату рослинного походження АЕЗ згідно з заявленим способом медичної реабілітації, сприяє вірогідному прискоренню ліквідації клінічних симптомів, що характеризували наявність загострення СП, поєднаного з ХНХ. Це свідчить про ефективність заявленого способу й перспективність його використання в клінічній практиці. Спосіб корисний, оскільки він сприяє вірогідному прискоренню досягнення клінічної ремісії сполученої хронічної хвороби ГБС.

Проведення спеціального біохімічного дослідження до початку медичної реабілітації дозволило встановити пригнічення активності ферментної ланки системи АОЗ у сироватці крові хворих обох груп (таблиця 2).

Таблиця 2

Показники ферментної ланки системи АОЗ у хворих на СП, поєднаний з ХНХ, до початку медичної реабілітації ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		Р
		основна (n=44)	зіставлення (n=42)	
СОД, МО/мгHb	28,4 \pm 1,2	16,6 \pm 1,3**	17,0 \pm 1,7**	>0,05
КТ, МО/ мгHb	365,2 \pm 9,1	259,3 \pm 8,1**	264,2 \pm 8,5**	>0,05
Ф	2963 \pm 36	662,2 \pm 9,8***	724,4 \pm 9,5***	>0,05

Примітка: в табл. 2 та 3 вірогідність різниці показників вирахована між показником групи та нормою при $P < 0,05$ - *, $P < 0,01$ - ** та $P < 0,001$ - ***; стовпчик Р віддзеркалює вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

З таблиці 2 видно, що до початку медичної реабілітації було виявлено зменшення активності СОД - у пацієнтів основної групи до (16,6 \pm 1,3) МО/мгHb, тобто в середньому в 1,71 рази стосов-

но норми ($P < 0,01$), а у хворих групи зіставлення - до (17,0 \pm 1,7) МО/мгHb, що було нижче норми в 1,67 рази ($P < 0,01$). Індивідуальний аналіз дозволив встановити, що активність КТ в обстежених

хворих зазнавала різноспрямованих змін, а саме - її підвищення мало місце у 5 (11,4 %) хворих основної групи та в 6 (14,3 %) пацієнтів групи зіставлення; зниження - у 32 (72,7 %) хворих основної групи та 28 (66,7 %) групи зіставлення; активність КТ в межах норми спостерігалася у 7 (15,9 %) випадків в основній групі та у 8 (19,0 %) групи зіставлення. В цілому ж встановлено, що у хворих основної групи активність КТ в цей період обстеження складала ($259,3 \pm 8,1$) МО/мг Нb, в пацієнтів групи зіставлення - ($264,2 \pm 8,5$) МО/мг, тобто даний показник був в середньому відповідно в 1,42 та 1,38 рази нижче норми ($365,2 \pm 9,1$) МО/мг Нb; $P < 0,01$). При аналізі інтегрального індексу Ф, було встановлено, що у всіх обстежених хворих коефіцієнт Ф був суттєво знижений. В хворих основної групи зниження індексу Ф сягало ($662,2 \pm 9,8$), у пацієнтів групи зіставлення - ($724,4 \pm 9,5$), тобто кратність

зменшення цього показника була відповідно 4,5 та 4,1 рази стосовно показника норми ($P < 0,001$), що свідчило про значне превалювання прооксидатних потенцій крові у цей період обстеження.

Повторне вивчення активності ферментів системи АОЗ було проведено після завершення курсу медичної реабілітації: в групі зіставлення - згідно до відомого способу-прототипу, основний - згідно до заявленого способу. При цьому було встановлено, що в основній групі хворих в ході медичної реабілітації відмічена практично повна нормалізація вивчених показників, в той час як у хворих групи зіставлення, незважаючи на деяку тенденцію до покращення, значення даних показників на момент завершення лікування все ж таки істотно відрізнялися як від показників норми так і основної групи (таблиця 3).

Таблиця 3

Показники ферментної ланки системи АОЗ у хворих на СП, поєднаний з ХНХ, після завершення курсу медичної реабілітації ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=44)	зіставлення (n=42)	
СОД, МО/мгНb	$28,4 \pm 1,2$	$27,8 \pm 1,2$	$22,1 \pm 1,2^*$	$< 0,05$
КТ, МО/ мгНb	$365,2 \pm 9,1$	$358,3 \pm 7,2$	$302,5 \pm 8,2^*$	$< 0,05$
Ф	2963 ± 36	$2829,0 \pm 38,9$	$1592,0 \pm 35,6^{***}$	$< 0,01$

Як видно з таблиці 3, у хворих основної групи активність СОД в ході лікування збільшувалася в середньому в 1,67 рази та досягала значення ($27,1 \pm 1,2$) МО/мгНb, що практично відповідало нормі. У хворих групи зіставлення активність СОД підвищилася відносно початкового рівня лише в 1,3 рази, досягнувши при цьому ($22,1 \pm 1,5$) МО/мгНb, що було менше показника норми в 1,29 рази ($P < 0,05$) та активності СОД у хворих основної групи в 1,26 рази ($P < 0,05$). В ході проведення медичної реабілітації у пацієнтів основної групи відмічено також нормалізація активності КТ, причому цей показник підвищився до ($358,3 \pm 7,2$) МО/мгНb, що перевищувало його вихідне значення у середньому в 1,38 рази. У хворих групи зіставлення підвищення активності КТ була суттєво менш виражена, тому після завершення курсу медичної реабілітації вона складала лише ($302,5 \pm 8,2$) МО/мг Нb, що було меншим показника норми в 1,21 рази та активності КТ в основній групі у 1,18 рази ($P < 0,05$). Аналогічні дані отримані і також стосовно динаміки інтегрального коефіцієнта Ф. У групі зіставлення індекс Ф дорівнював ($1592,0 \pm 35,6$), що було в середньому в 1,86 рази нижче норми ($P < 0,001$) та в 1,71 рази нижче відповідного показника у хворих основної групи ($P < 0,01$). У хворих основної групи цей показник досягав нижньої межі норми та сягав ($2829,0 \pm 38,6$; $P > 0,05$).

За даними диспансерного обстеження протягом 1 року було встановлено, що в основній групі за цей період загострення хронічної патології ГБС відмічалися в 2 пацієнтів (4,5%), а в групі зіставлення - у 4 хворих (9,5%), тобто в 2,1 рази частіше

($P < 0,05$).

Отже, отримані дані свідчать, що у хворих основної групи (яка підлягала медичній реабілітації згідно до заявленого способу) скорочується тривалість збереження симптоматики, пов'язаної з наявністю загострення хронічної патології ГБС, і нормалізуються вивчені показники ферментної ланки системи АОЗ. Виходячи з цього, можна вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим способом-прототипом. Вживання АЕЗ при проведенні медичної реабілітації добре переноситься хворими, доступний за ціною, є в достатній кількості в аптечній мережі України, отже використання заявленого способу перспективне в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хворий Щ., 49 років, хімік-технолог, страждає на СП протягом останніх 5 років, знаходиться на диспансерному обліку в міському гепатологічному центрі. Останній курс лікування пройшов місяць тому, виписаний додому в задовільному стані, однак після виписки у хворого зберігається гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту й працездатності. При огляді встановлена субіcterичність склер, язик густо обкладений білим нальотом. Пульс 87 ударів за хвилину, відмічається виражена дихальна аритмія. Артеріальний тиск - 120/65 мм рт. ст. Тони серця - ритмічні, чисті. У легенях - жорстке дихання, хрипів немає. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка помірно щіль-

ної консистенції, виступає на 3-4 см з-під краю реберної дуги, край печінки при пальпації помірно чутливий, заокруглений. Селезінка не пальпується. Температура тіла 36,8°C. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини відмічається збільшення розмірів печінки, підвищення її ехоцильності, потовщення стінки ЖМ до 4 мм, його деформація перетинкою, наявність у порожнині ЖМ детриту.

При біохімічному обстеженні активність СОД - 16,7 МО/мгHb, активність КТ - 259,9 МО/мгHb, інтегральний показник Ф - 667,4.

Виходячи з даних клініко-біохімічного обстеження й результатів УЗД органів черевної порожнини встановлений діагноз: Неалкогольний стеатогепатит у фазі помірного загострення. Хронічний некалькульозний холецистит у фазі нестійкої ремісії.

Хворому Щ. було призначено проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом, а саме АЕЗ усередину по 1 таблетці (300 мг) 3 рази на день після вживання їжі протягом 2 місяців поспіль.

При динамічному спостереженні було встановлено, що під впливом АЕЗ у хворого Щ. відмічена позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, щодо клінічної симптоматики, пов'язаної з наявністю хронічної патології ГБС, то чутливість печінкового краю при пальпації, субіктеричність склер, підвищена стомленість, нездужання, зниження апетиту й працездатності зникли вже на 5-ту добу медичної реабілітації, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї й загальна слабкість - на 6-ту добу, обкладеність язика нальотом суттєво зменшилася на 8-му добу реабілітації й повністю зникла на 10-ту добу. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 діб, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися, на 17-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, клінічна ремісія хронічної патології ГБС досягнута на кінець третього тижня лікування.

При біохімічному обстеженні активність СОД - 28,6 МО/мгHb, активність КТ - 366,2 МО/мгHb, інтегральний показник Ф - 2889.

При диспансерному нагляді хворого Щ. протягом 1 року загострень СП, поєднаного з ХНХ, не встановлено. Отже, проведення лікування згідно до заявленого способу забезпечило нормалізацію показників ферментної ланки системи АОЗ, прискорення досягнення ремісії СП, поєднаного з ХНХ.

Приклад 2

Хвора О., 47 років, оператор конвеєру харчових домішок. Хворіє на СП та ХНХ протягом останніх 6 років, неодноразово лікувалася як амбулаторно, так і в денному гастроентерологічному стаціонарі з приводу загострень хронічної патології ГБС (СП та ХНХ). Останній курс лікування пройшла місяць тому, виписана додому в задовільному стані, однак після виписки у хворої зберігається слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, зниження апетиту й працездатності. При огляді хворої виявлено обкладеність язика брудним жовтуватим нальотом, збільшення й підвищення щільності печінки, яка виступає на 3-4 см з-під краю реберної дуги, чутливість печінкового краю

при пальпації, субіктеричність склер. Пульс 86 ударів за хвилину, відмічається виражена дихальна аритмія. Артеріальний тиск - 120/70 мм рт. ст. Тони серця - ритмічні, чисті. У легенях - везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Температура тіла 36,8°C. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини відмічається збільшення розмірів печінки, підвищення її ехоцильності, потовщення стінки ЖМ до 5 мм, його деформація, наявність у порожнині ЖМ детриту.

При біохімічному обстеженні активність СОД - 16,3 МО/мгHb, активність КТ - 251,4 МО/мгHb, інтегральний показник Ф - 657,8.

Виходячи з даних клініко-біохімічного обстеження й результатів УЗД органів черевної порожнини встановлений діагноз: Неалкогольний стеатогепатит у фазі помірного загострення. Хронічний некалькульозний холецистит у фазі нестійкої ремісії.

Хворій О. було призначено проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом, а саме АЕЗ усередину по 1 таблетці (300 мг) 3 рази на день після вживання їжі протягом 3 місяців поспіль.

При динамічному спостереженні було встановлено, що під впливом АЕЗ, у хворої О. відмічена позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, щодо клінічної симптоматики, пов'язаної з наявністю хронічної патології ГБС, то чутливість печінкового краю при пальпації, субіктеричність склер, підвищена стомленість, нездужання, зниження апетиту й працездатності зникли вже на 5-ту добу медичної реабілітації, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї й загальна слабкість - на 6-ту добу, обкладеність язика нальотом суттєво зменшилася на 8-му добу реабілітації й повністю зникла на 10-ту добу. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 діб, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися, на 20-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, клінічна ремісія хронічної патології ГБС досягнута на початок четвертого тижня лікування.

При біохімічному обстеженні активність СОД - 28,6 МО/мгHb, активність КТ - 366,2 МО/мгHb, інтегральний показник Ф - 2889.

За даними диспансерного обстеження хворої О. протягом 1 року загострень хронічної патології ГБС (СП та ХНХ) не відмічено. Увесь цей термін зберігалася стійка ремісія патологічного процесу в ГБС і відсутність подальшого прогресування СП, поєднаного з ХНХ. Лабораторне обстеження також дозволило відмітити, що весь цей період вивчені біохімічні показники були в межах норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ, має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням досягнення стійкої й тривалої клінічної ремісії СП, поєднаний з ХНХ, відсутністю подальших загострень сполученої хронічної патології ГБС, а в патогенетичному плані - нормалізацією біохімічних показників, які характеризують активність ферментної ланки системи АОЗ. Заявлений спосіб не потребує коштовних або

дефіцитних ліків, добре переноситься пацієнтами, умовний економічний ефект при його використанні складає біля 280 грн на 1 хворого, тому він може бути рекомендований для поширеного викорис-

тання в клінічній практиці при проведенні медичної реабілітації хворих на СП, поєднаний з ХНХ в умовах терапевтичних, гастроентерологічних стаціонарів та амбулаторно-клінічній практиці.