



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59656** (13) **U**
(51) **МПК (2011.01)**
A61K 35/00
A61K 31/00

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 ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

1

2

(21) u201013120

(22) 05.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, КУЗ-
НЕЦОВА ЛАРИСА ВОЛОДИМИРІВНА, СОЦЬКА
ЯНА АНАТОЛІВНА, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТ-
РОВИЧ

(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, КУЗ-
НЕЦОВА ЛАРИСА ВОЛОДИМИРІВНА, СОЦЬКА
ЯНА АНАТОЛІВНА, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТ-
РОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на пеп-
тичну виразку дванадцятипалої кишки, поєднану з

хронічним безкам'яним холециститом, що включає
введення настою з фітозбору, який **відрізняється**
тим, що хворим додатково вводять імуніоактивний
препарат циклоферон.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що цик-
лоферон вводять внутрішньом'язово у вигляді
12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу протягом 5
днів поспіль, в подальшому здійснюють ще 5-7 ін'є-
кцій препарату через день, залежно від досягнуто-
го ефекту.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що
при необхідності здійснюють повторні курси вве-
дення настою з фітозбору з циклофероном 2 рази
на рік з інтервалом 5-6 місяців між ними.

Корисна модель належить до галузі медицини,
а саме до лікування внутрішніх хвороб та гастроєн-
терології, зокрема до способів лікування та ме-
дичної реабілітації хворих з хронічною патологією
органів травлення.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана з досить частою зустрічаємністю в сучасних умовах сполученої хронічною патології органів травлення у вигляді пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) та хронічного безкам'яного холециститу (ХБХ), причому в таких випадках навіть клінічний перебіг ПВ ДПК суттєво змінюється (модифікується) і виникає так званий холецистоподібний варіант клінічного перебігу ПВ ДПК. Наявність хронічної патології біліарної системи у вигляді ХБХ обумовлює значний негативний вплив на патогенетичні механізми ПВ ДПК, що повинно враховуватися як при лікуванні, так особливо при проведенні медичної реабілітації хворих з даною сполученою (коморбідною) патологією органів травлення. Тому розробка раціональних способів медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, важлива для клінічної практики і повинна проводитися виходячи з відомих ланок патогенезу даної поєднаної патології.

Однак як у науковій літературі, так і у в патентній документації практично відсутні джерела, які присвячені конкретним способам медичної реабілітації хворих саме з даною сполученою патологією.

Ними виявлено лише одне джерело, в якому рекомендується при проведенні медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, використовувати фітозасоби, що сприяють епітелізації виразок ДПК і водночас мають жовчогінний ефект та покращують відток жовчі, у вигляді настою з фітозбору, до складу якого входять звіробій звичайний, м'ята перцева, цмин пісковий та кукурудзяні приймочки [Григорьев П.Я., Яковенко Е.П., Яковенко А.В. Современные направления в фармакотерапии болезней органов пищеварения // Клиническая медицина. - 1999. - № 10. - с. 8-9]. Тому цей спосіб обрано як прототип.

Однак клінічний досвід показує, що цей спосіб все ж таки недостатньо ефективний, оскільки він сприяє досягненню стійкої ремісії захворювання при проведенні медичної реабілітації лише у 60-65 % хворих з наявністю ПВ ДПК, поєднаної з ХБХ. В патогенетичному плані недостатній ефект відомого способу-прототипу пов'язаний поперед усього з тим, що у частини хворих з даною коморбідною патологією при проведенні медичної реабілітації зберігаються порушення з боку імуніологічних показників по типу вторинного імуніodefіциту (ВІД). Тому даний спосіб потребує удосконалення.

Задачею корисної моделі було удосконалення відомого способу медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, а саме прискорення

(19) **UA** (11) **59656** (13) **U**

досягнення стійкої ремісії захворювання та збільшення її тривалості.

Вказана задача досягається шляхом додаткового до настою з фітозбору введення при проведенні медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, імуноактивного препарату циклоферону.

Циклоферон (Cycloferonum) - за хімічною структурою метилглюкамінова сіль карбоксиметилена-кридона, є синтетичним аналогом природного алкалоїду. Спектр і механізми фармакологічної дії препарату - антивірусні, імуномодуючі, протизапальні. Циклоферон ефективний відносно вірусів гепатитів, кліщового енцефаліту, герпесу, цитомегаловірусу. Встановлені радіозахисний і протизапальний ефекти циклоферону. Імуномодуюча дія циклоферону виражається в корекції імунного статусу організму при імунодефіцитних станах різного походження, а також аутоімунних захворюваннях. Залежно від типу ВІД при введенні циклоферону має місце переважання активізації тієї або іншої ланки імунітету. Показання для призначення циклоферону - профілактика і лікування інфекцій вірусної та хламідійної етіології, у комплексній терапії нейровірусних інфекцій, а також в якості компонента імунотерапії при ВІД різного генезу.

Наша пропозиція щодо додаткового використання циклоферону з метою медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, базується на вперше встановленій авторами корисної моделі закономірності, що саме цей препарат з тих, що в даний час знаходяться на фармацевтичному ринку України, володіє максимально конгруентною патогенетичною дією стосовно тих ланок патофізіологічних механізмів, які мають місце у хворих з даною сполученою (коморбідною) патологією. При цьому авторами корисної моделі досвідним шляхом було встановлено, що додаткове до настою з фітозбору застосування імуноактивного препарату циклоферону як засобу медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, обумовлює суттєве прискорення досягнення клінічної ремісії хвороби та збільшення тривалості досягнутої ремісії у порівнянні з використанням відомого способу-прототипу, сприяє відновленню імунологічного гомеостазу, дає протизапальний ефект, а в патогенетичному плані забезпечує прискорення загоєння виразкового дефекту у слизовій оболонці ДПК та водночас покращує моторно-евакуаторну функцію ДПК, а також зменшує вираженість хронічного запального процесу у гастроудоденальній зоні та жовчовивідних шляхах.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих з діагнозом ПВ ДПК, сполученої з ХБХ: основна (65 осіб) та група зіставлення (68 осіб). Пацієнти основної групи отримували медичну реабілітацію у відповідності з заявленим способом, тобто за допомогою комбінації настою з фітозбору та додатково призначеного циклоферону: внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2мл 1 раз на добу протягом 5 діб поспіль, в подальшому ще 5-7 ін'єкцій циклоферону через день, в залежності від досягнутого ефекту. Пацієнти групи зіставлення отримували курс медичної реабілітації

стосовно відомого способу-прототипу (тобто вживали лише настою з фітозбору).

Обидві групі обстежених пацієнтів були рандомізовані за статтю, віком осіб, тривалістю захворювання та ступенем деформації цибулини ДПК за даними фіброгастроудоденоскопії (ФГДС). На момент початку проведення медичної реабілітації усі хворі, що були під наглядом, знаходилися у фазі помірного загострення ПВ ДПК, та мали за даними ФГДС переважно II ступінь деформації цибулини ДПК внаслідок рубцювання виразкового дефекту. Крім ФГДС, обстеженим хворим було також проведено ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. При цьому встановлено, що у всіх пацієнтів, що знаходилися під наглядом, мало місце потовщення стінки жовчного міхура (ЖМ), частіше в межах 3-6 мм, нерідко відмічалася також двоконтурність стінки ЖМ, його деформація перетинками та наявність у порожнині ЖМ детриту (замазки), тобто концентрованої жовчі. При здійсненні динамічного УЗД з використанням жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтка) практично у всіх обстежених встановлено зниження евакуаторної функції (гіпокінезія) ЖМ. Лабораторними критеріями ефективності додаткового призначення циклоферону були: ліквідація Т-лімпопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів індукторів ($CD4^+$) та імуnoreгуляторного індексу $CD4/CD8$, зниження вмісту у сироватці крові рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) й концентрації так званих «середніх молекул» (СМ) до верхньої межі норми, що свідчить про відновлення показників імунологічного гомеостазу та водночас ліквідації проявів клініко-біохімічного синдрому метаболічної інтоксикації.

До початку медичної реабілітації типовими скаргами в обстежених хворих було наявність тяжкості у епігастрії та правому підребер'ї, гіркої присмаку у роті, інших диспепсичних проявів: нудоти, відрижки, метеоризму, закрепів або чергування закрепів та помірно вираженого діарейного синдрому. Нерідко крім тяжкості у правому підребер'ї хворі також скаржилися на наявність в них нічного або голодного болю в животі (частіше у епігастрії), що вважають типовим для ПВ ДПК. Дуже характерно було також наявність скарг на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, емоційну нестабільність, надмірну дратівливість, іноді також дифузний головний біль та запаморочення, що в цілому надавало картину астеничного або астено-невротичного синдрому.

При об'єктивному обстеженні відмічалася наявність суб'єктивності склер, чутливості або помірної болісності при пальпації епігастрії та правого підребер'я, помірно позитивних симптомів Кера та Ортнера, обкладеність язика брудним сірим, білим, або жовтуватим нальотом, в деяких хворих був також чітко виражений метеоризм.

При здійсненні динамічного обстеження в ході проведення медичної реабілітації було встановлено, що в основній групі хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, яка отримувала настій з фітозбору та додатково циклоферон, вже через 1,5-2 тижня з початку медичної реабілітації мала місце чітко виражена позитивна динаміка проаналізованих

клінічних показників. Вона характеризувалася покращенням загального самопочуття хворих, зникненням скарг на тяжкість або біль в епігастрії та правому підребер'ї, ліквідацією метеоризму та гіркоти у роті, зниженням проявів астенії та покращенням працездатності хворих.

При об'єктивному обстеженні в цей час було встановлено зменшення, та потім зникнення абдомінального болю при пальпації у епігастрії та правому підребер'ї, симптоми Кера і Ортнера в більшості випадків були вже негативними, язик поступово очищувався від брудного нальоту. В той же час у групі зіставлення позитивна динаміка клі-

нічних показників була суттєво менш виражена. В цілому на момент завершення курсу медичної реабілітації повна стійка ремісія сполученої патології (тобто ПВ ДПК, поєднаної з ХБХ) мала місце у 58 хворих основної групи та лише 30 пацієнтів з групи зіставлення, часткова (неповна) ремісія зі збереженням деяких окремих симптомів коморбідної хвороби, переважно диспепсичного та астено-невротичного характеру - у 4 хворих основної групи та 22 пацієнтів групи зіставлення; відсутність достатнього ефекту від проведення медичної реабілітації мала місце у 3 хворих основної групи та 16 пацієнтів групи зіставлення (таблиця 1).

Таблиця 1

Частота досягнення ремісії в ході медичної реабілітації у хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, абс. і %, ($M \pm m$).

Характер досягнутої ремісії	Групи обстежених хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ		P
	основна (n=65)	зіставлення (n=68)	
Повна	$\frac{58}{89,3 \pm 5,4}$	$\frac{30}{44,1 \pm 3,7}$	<0,001
Часткова (неповна)	$\frac{4}{6,15 \pm 1,3}$	$\frac{22}{32,4 \pm 2,3}$	<0,001
Відсутність ремісії	$\frac{3}{4,62 \pm 0,9}$	$\frac{16}{23,5 \pm 2,2}$	<0,001

Примітки: у таблицях 1-2: у чисельнику - абсолютна кількість хворих, у знаменнику - відносна в % ($M \pm m$); показник P обчислений між частотою ознак в основній групі та групі зіставлення.

З таблиці 1 видно, що повна ремісія хвороби в ході проведення медичної реабілітації досягалася у пацієнтів основної групи в 2,02 рази частіше, ніж в групі зіставлення ($P < 0,001$) та відсутність ремісії була в основній групі виявлена в 5 разів рідкіше, ніж у хворих групи зіставлення ($P < 0,001$). Це свідчить про суттєві переваги заявленого способу відносно відомого способу-прототипу. Показово, що дані клінічного обстеження підтверджуються також результатами УЗД: в основній групі хворих на момент завершення курсу медичної реабілітації в 2 рази частіше було відмічено чітко виражена позитивна динаміка з боку сонографічних показників

- зменшення товщини стінки ЖМ, зниження частоти зустрічаємості заповнення порожнини ЖМ "замазкою" та покращення скорочувальної функції ЖМ при введенні стандартного жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків). Отримані дані свідчать про сприятливий вплив заявленого способу медичної реабілітації на функціональний стан ЖМ у хворих на ПВ ДПК з супутнім ХБХ.

Авторами корисної моделі було також проаналізовано тривалість збереження досягнутої ремісії коморбідної хвороби в обстежених пацієнтів (таблиця 2).

Таблиця 2

Тривалість збереження ремісії в обстежених хворих після завершення медичної реабілітації абс. і %, ($M \pm m$).

Групи обстежених хворих	Тривалість збереження ремісії			середня тривалість ремісії (місяців)
	до 3 місяців	3-6 місяців	більше 6 місяців	
основна (n=65)	$\frac{5}{7,69 \pm 0,5}$	$\frac{6}{9,23 \pm 2,2}$	$\frac{51}{78,46 \pm 5,4}$	$8,3 \pm 0,35$
зіставлення (n=68)	$\frac{3}{4,4 \pm 1,5}$	$\frac{17}{25,0 \pm 4,1}$	$\frac{10}{14,71 \pm 2,2}$	$4,8 \pm 0,28$
кратність розбіжностей (разів)	1,75	2,71	5,33	1,73
P	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01

Примітки: до таблиці включені лише ті хворі, в яких на момент завершення курсу медичної реабілітації була досягнута повна ремісія хвороби.

З таблиці 2 видно, що середня тривалість збереження клінічної ремісії при застосуванні заявленого способу медичної реабілітації в 1,73 рази перевищує тривалість ремісії при застосуванні у хворих з ПВ ДПК, сполученої з ХБХ, відомого способу-прототипу ($P<0,01$).

При лабораторному обстеженні було встановлено, що у хворих обох груп до початку проведення медичної реабілітації мали місце однотипові зсуви з боку імунологічних показників, а саме Т-лімфопенія, тобто зниження кількості загальної популяції Т-клітин ($CD3^+$), а також числа циркулюючих Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) та імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$ (Th/Ts), водночас відмічалось підвищення вмісту в сироватці крові ЦІК і СМ. Дійсно, до початку медичної реабілітації рівень $CD3^+$ -лімфоцитів був знижений у хворих основної групи в середньому в 1,35 разів стосовно норми ($P<0,05$) та в групі зіставлення - в 1,37 рази

($P<0,05$). Кількість клітин з фенотипом $CD4^+$ була знижена в середньому в 1,48 рази в основній групі ($P<0,01$) та в 1,46 рази в групі зіставлення ($P<0,01$). Імунорегуляторний індекс $CD4/CD8$ був знижений в 1,39 рази як в основній групі ($P<0,001$), так і в групі зіставлення ($P<0,001$). Концентрація ЦІК у сироватці крові хворих основної групи була в середньому в 1,53 рази вище норми ($P<0,001$) та в групі зіставлення - в 1,5 вище норми ($P<0,001$). Вміст СМ у сироватці крові хворих основної групи був в середньому в 4,78 рази вище норми ($P<0,001$), в групі зіставлення - в 4,62 рази вище норми ($P<0,001$). При цьому не було виявлено вірогідних розбіжностей між рівнем імунологічних показників в обох обстежених групах ($P<0,1-0,05$). Це свідчило про однотиповість основної групи та групи зіставлення в імунологічному плані (таблиця 3).

Таблиця 3

Імунологічні показники у хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, до початку проведення медичної реабілітації ($M\pm m$).

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=65)	зіставлення (n=68)	
$CD3^+$, %	69,3 \pm 2,2	51,4 \pm 1,6*	50,6 \pm 1,6*	>0,05
$CD4^+$, %	45,6 \pm 1,8	30,9 \pm 1,3**	31,2 \pm 1,4**	>0,05
$CD8^+$, %	22,9 \pm 1,2	21,4 \pm 0,9	21,6 \pm 0,9	>0,1
$CD4/CD8$	2,0 \pm 0,03	1,44 \pm 0,03***	1,44 \pm 0,03***	>0,1
ЦІК, г/л	1,88 \pm 0,03	2,87 \pm 0,11***	2,81 \pm 0,12***	>0,1
СМ, г/л	0,53 \pm 0,03	2,53 \pm 0,09***	2,45 \pm 0,08***	>0,05

Примітка: в табл. 3 та 4 вірогідність різниці стосовно норми: * - при $P<0,05$, ** - при $P<0,01$, *** - при $P<0,001$; стовпчик P - вірогідність розбіжностей між відповідними показниками в основній групі та групі зіставлення.

Після завершення медичної реабілітації у хворих основної групи згідно до заявленого способу, у них відмічена чітка позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) та імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$, зниження рівня ЦІК у сироватці крові до верхньої межі норми, зменшення концентрації СМ у крові (див. таблицю 4).

У групі зіставлення, яка підлягала медичної реабілітації у відповідності до відомого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених імуноло-

гічних показників була суттєво меншою. Тому в цій групі хворих зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів ($CD4^+$) та імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$, залишалася вірогідно підвищеною концентрація ЦІК і вміст СМ у сироватці крові. Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, патогенетично обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на проаналізовані імунологічні показники й концентрацію СМ у сироватці крові (табл. 4).

Таблиця 4

Імунологічні показники у хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, після завершення медичної реабілітації ($M\pm m$).

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=65)	зіставлення (n=68)	
$CD3^+$, %	69,3 \pm 2,2	68,5 \pm 2,0	59,7 \pm 1,8*	<0,05
$CD4^+$, %	45,6 \pm 1,8	46,3 \pm 1,1	38,1 \pm 1,0*	<0,05
$CD8^+$, %	22,9 \pm 1,2	22,8 \pm 1,1	21,3 \pm 1,0	>0,05
$CD4/CD8$	2,0 \pm 0,03	2,03 \pm 0,04	1,79 \pm 0,03**	<0,01
ЦІК, г/л	1,88 \pm 0,03	1,9 \pm 0,03	2,33 \pm 0,05**	<0,01
СМ, г/л	0,53 \pm 0,03	0,56 \pm 0,04	0,87 \pm 0,04**	<0,01

Отже, заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, має суттєві переваги стосовно відомого способу-прототипу. Використання заявленого способу сприяє як прискоренню досягнення повноцінної ремісії коморбідної хвороби, так і більш тривалому збереженню періоду стійкої ремісії. Отримані нами дані стосовно тривалості стійкої ремісії в більшості хворих основної групи протягом 6 місяців та навіть більш є підставою для рекомендації введення циклоферону разом з настоєм з фітозбору хворим на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, 2 рази на рік з інтервалом 5-6 місяців між повторними курсами. Наш досвід показує, що при цьому більш ніж у 90 % пацієнтів з раніше досягнутою клінічною ремісією сполученої патології у вигляді ПВ ДПК, поєднаної з ХБХ) протягом усього періоду диспансерного нагляду за хворими (2-3 роки поспіль) зберігається стійка ремісія коморбідної хвороби.

Приводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хворий Е., 34 років, вчитель середньої школи, страждає протягом останніх 6 років на ПВ ДПК, 4 роки тому був встановлений також діагноз ХБХ. Загострення ПВ ДПК відмічає навесні та восени, ХБХ - 3-4 рази на рік. Має несприятливий генетичний виразковий анамнез: на ПВ ДПК з часто рецидивуючим перебігом хворіла його матір, у діда по материнській лінії була також ПВ шлунка і ДПК. Протягом останнього місяця знаходився на стаціонарному лікуванні у міському гастроентерологічному відділенні з приводу чергового загострення ПВ ДПК та ХБХ. В теперішній час, після виписки із стаціонару, у хворого Е. зберігаються астено-невротичні та диспепсичні прояви (загальна слабкість, нездужання, гіркота у роті, нудота, помірний метеоризм), а також почуття тяжкості у правому підребер'ї. При об'єктивному обстеженні встановлено наявність болю при пальпації в епігастральній зоні та правому підребер'ї, помірно позитивні симптоми Отрнтера і Кера, язик був густо обкладений брудним нальотом жовтуватого кольору. За даними ФГДС виявлена наявність рубцевої деформації цибулини ДПК II ступеня та помірно виражений катаральний гастродуоденіт. При проведенні УЗД органів черевної порожнини встановлено потовщення стінки ЖМ до 5 мм, його деформація перетинкою, наявність у порожнині міхура детриту ("замазки") і послаблення скорочувальної функції ЖМ у відповідь на введення стандартного жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтка).

При імунологічному обстеженні у хворого Е. встановлена наявність чітко вираженого вторинного імунодефіциту: кількість Т-клітин ($CD3^+$) складала лише 48 %, циркулюючих Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) - 29 %, імунорегуляторний індекс $CD4/CD8$ був знижений до 1,45, концентрація ЦІК у сироватці крові хворого Е. - підвищена до 2,92 г/л, вміст СМ - до 2,52 г/л.

Хворому Е. було призначено проведення медичної реабілітації стосовно заявленого способу шляхом введення усередину настою з фітозбору, що містить у своєму складі трави звіробою, м'яти

перцевої, цмину піскового та кукурудзяні приймочки, а також додатково циклоферону, який вводили внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2мл 1 раз на добу протягом 5 діб поспіль, в подальшому здійснювали ще 5 внутрішньом'язових ін'єкцій препарату через день. Під впливом курсу медичної реабілітації загальний стан хворого Е. та його самопочуття суттєво покращилися, поступово зникли диспептичні явища, зменшилися прояви астеничного синдрому, ліквідувалася тяжкість у правому підребер'ї. При повторному обстеженні через 3 тижня скарги на загальний стан здоров'я були практично відсутні, ліквідувалася диспептична та астено-невротична симптоматика. При об'єктивному обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації встановлена чітко виражена позитивна динаміка: язик очистився від брудного жовтуватого нальоту, симптоми Отрнтера і Кера стали на цей період негативними, ліквідувався метеоризм, пальпація в епігастрії та правому підребер'ї стала безболісною. За даними повторного УЗД органів черевної порожнини встановлена позитивна динаміка також з боку функціонального стану ЖМ: стінка міхура потоншала до 3 мм, в його порожнині вже не було концентрованої жовчі (детриту), підвищилася скорочувальна функція ЖМ у відповідь на введення хворому Е. жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків).

Аналіз імунограми хворого Е. після завершення курсу медичної реабілітації дозволив встановити чітку позитивну динаміку вивчених імунологічних показників, а саме підвищення кількості $CD3^+$ -лімфоцитів до 69 %, числа циркулюючих Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) до 45 %, нормалізацію імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$ (2,05), зниження у сироватці крові концентрації ЦІК до верхньої межі норми (1,97 г/л) та зменшення вмісту СМ до 0,56 г/л.

Повторний курс медичної реабілітації був проведений з інтервалом 6 місяців з використанням настою з фітозбору та циклоферону. За даними диспансерного нагляду протягом 2 років загострень ПВ ДПК та ХБХ не було, зберігалася стійка клінічна ремісія коморбідної хвороби, що свідчить про достатньо високу ефективність заявленого способу медичної реабілітації.

Приклад 2.

Хвора К., 35 років, лікар-стоматолог, страждає на ПВ ДПК протягом останніх 5 років, практично одночасно був виявлений також ХБХ. Загострення коморбідної хвороби відмічає 2-3 рази на календарний рік. З приводу останнього загострення ПВ ДПК та ХБХ лікувалася протягом двох тижнів у гастроентерологічному відділенні та потім у денному гастроентерологічному стаціонарі. Загальний стан хворої К. покращився, практично зник больовий абдомінальний синдром, однак на момент завершення лікування в денному гастроентерологічному стаціонарі все ж таки залишалися деякі скарги на стан здоров'я: загальна слабкість, нездужання, поганий емоційний настрій, металевий присмак у роті, тяжкість у правому підребер'ї, здуття животу. При об'єктивному дослідженні встановлено чутливість при пальпації в епігастрії

та правому підребер'ї, помірно позитивні симптоми Ортнера і Кера, наявність метеоризму, обкладеність язика брудним жовтуватим нальотом. За даними УЗД органів черевної порожнини встановлені ознаки ХБХ у вигляді потовщення стінки жовчного міхура до 6 мм, наявності двоконтурності його стінки, деформації ЖМ перетинкою, виявлення у порожнині міхура детриту ("замазки"), суттєвого зниження скорочувальної функції ЖМ у відповідь на введення хворої К. стандартного жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків). За даними ФГДС виявлена наявність рубцевої деформації цибулини ДПК II ступеня вираженості та помірно виражений ерозивний гастродуоденіт.

При імунологічному обстеженні встановлена наявність Т-лімфопенії ($CD3^+$ -лімфоцитів - 50 %), зниження кількості Т-хелперів індукторів ($CD4^+$) до 32 % та імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$ до 1,45, підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові до 2,86 г/л та вмісту СМ - до 2,48 г/л.

У зв'язку з наявністю ознак нестійкої ремісії коморбідної хвороби було прийняте рішення про проведення медичної реабілітації відповідно до заявленого способу шляхом введення відвару з фітозбору, що містить у своєму складі траву звіробою звичайного, м'яти перцевої, цмину пісового та кукурудзяні приймочки та додатково циклоферону. Циклоферон вводили внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу протягом 5 діб поспіль, в подальшому здійснювали ще 7 ін'єкцій препарату через день.

У результаті проведеної медичної реабілітації з використанням фітозбору та циклоферону відмічено чітко виражений позитивний ефект, який посягав у ліквідації скарг на стан здоров'я та клінічної симптоматики загострення коморбідного захворювання. Під впливом вживання відвару з фітозбору разом з циклофероном поступово зникли скарги на слабкість та нездужання, ліквідувалася гіркота у роті та тяжкість у правому підребер'ї і епігастрії, симптоми Ортнера і Кера стали негативними, язик почав очищуватися від брудного жовтуватого нальоту. Вивчення в динаміці функціонального стану ЖМ за допомогою УЗД дозволило

встановити, що товщина стінки ЖМ зменшилася до 3 мм, зникла її двоконтурність та покращилася скорочувальна функція ЖМ при вживанні стандартного жовчогінного сніданку (2 яєчних жовтків).

При повторному імунологічному обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації хворої К. встановлена чітко виражена позитивна динаміка імунологічних показників, а саме збільшення кількості Т-лімфоцитів ($CD3^+$) до 68 %, числа Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) до 46 %, підвищення імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$ до 2,0, зниження вмісту ЦІК у сироватці крові - до 1,99 г/л та СМ - до 0,54 г/л. Повторний курс введення циклоферону разом з настоем з фітозбору був здійснений в ході диспансерного нагляду через 5 місяців.

При диспансерному нагляду протягом 1 року загострення хронічної патології органів травлення - ПВ ДПК та ХБХ відмічено не було. Весь період диспансерного нагляду коморбідна хвороба знаходилася в фазі стійкої ремісії, що свідчило про ефективність заявленого способу медичної реабілітації хворих з даною сполученою патологією.

Отже, заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ, є досить ефективним та має суттєві переваги стосовно відомого способу-прототипу; він базується на введенні хворим додатково до настою з фітозбору лікарських рослин імуноактивного препарату циклоферону. При його застосуванні не було відмічено будь-яких побічних ефектів, в тому числі алергічних реакцій. За ціною застосованих ліків заявлений спосіб доступний, не потребує коштовного обладнання або дефіцитних препаратів і тому може бути рекомендований для поширеного використання в умовах клінічної практики. Умовний економічний ефект від використання вказаного способу складає біля 226 грн. на 1 хворого. Виходячи з цього, можна рекомендувати поширене використання заявленого способу при проведенні медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК, сполучену з ХБХ в умовах амбулаторно-поліклінічної практики та спеціалізованих денних гастроентерологічних стаціонарів.