



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59662** (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 ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

2

(21) u201013126

(22) 05.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ГАРНИК ТЕТЯНА ПЕТРІВНА, ЗЕЛЬОНІЙ ІГОР ІВАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ГАРНИК ТЕТЯНА ПЕТРІВНА, ЗЕЛЬОНІЙ ІГОР ІВАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції

холецистектомії, який включає введення харчової домішки лікувально-профілактичної дії, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої та сиропу ехінацеї пурпурової, який **відрізняється** тим, що додатково вводять комбінований фітозасіб бонджигар.

2. Спосіб за п.1, який **відрізняється** тим, що бонджигар вводять усередину по 1-2 капсули 2-3 рази на добу після вживання їжі протягом 3-4 тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значним розповсюдженням хронічного калькульозного холециститу (ХКХ) у сучасних умовах серед населення України й інших країн СНД: за даними медичної статистики лише за період з 1992р. до 2000р. захворюваність на ХКХ зросла в 2,1 рази, що свідчить про неухильне збільшення кількості хворих на дану патологію (дивись: Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - №2. - С.53-55). Основний метод лікування хворих на ХКХ з наявністю клінічної маніфестації патологічного процесу - це хірургічна операція, тобто холецистектомія (ХЕК). Однак, після проведення ХЕК нерідко відмічаються запальні ускладнення, які пов'язані з активацією бактеріальної інфекції в жовчовивідних шляхах або загостренням хронічного патологічного процесу в печінці, С реактивний гепатит, що пов'язують з наявністю вторинного імунodefіцитного стану, вираженість якого посилюється внаслідок оперативного втручання. Тому потрібне проведення медичної реабілітації хворих після операції холецистектомії, що знижує можливість розвитку після ХЕК різноманітних запальних ускладнень в гепатобілярній системі (ГБС), а також виникнення так званого постхолецистектомічного синдрому.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК шляхом введення пацієнтам препаратів жовчних кислот, переважно похідних урсодезоксихолевої кислоти - урсосьфальку або урсосану, які володіють гепатопротекторною дією, проявляють імунотропну активність, посилюють жовчовиведення (Бабак О.Я., Чернова В.М. Современные подходы к терапии желчнокаменной болезни // Международный медицинский журнал. - 1998. - №4. - С.30-32).

Однак, при проведенні медичної реабілітації похідними жовчних кислот нерідко виникають диспептичні розлади, для досягнення клінічного ефекту вказані препарати потрібно досить тривало вживати, крім того вони коштовні й тому недостатньо доступні для багатьох хворих.

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає введення усередину харчових волокон, переважно з зернових культур, оскільки вони забезпечують зниження літогенного потенціалу жовчі й зменшують ймовірність подальшого каменеутворення в жовчовивідних шляхах (Плотникова О.А., Шарфетдинов Х.Х., Мещерякова В.А. Пищевые волокна как корректоры литогенного потенциала желчи у больных, перенесших холецистэктомию // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1997. - Т. VII, №5. - С.177-179).

Але цей спосіб не забезпечує покращання жовчовиведення й посилення регенерації слизової

(13) **U**

(11) **59662**

(19) **UA**

оболонки жовчовивідних шляхів, він не виявляє також чітко вираженого імунomodуючого та протизапального ефекту.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що передбачає введення таким пацієнтам харчової домішки, яка містить зародки пшениці з додаванням квіток календули (Опарин А.Г., Опарин А.А., Благовещенская А.В. и др. Влияние биологически активной добавки «Мелкодисперсные зародыши пшеницы с календулой» на клиническое течение хронических холециститов // Гастроентерология: Медвід. зб. - Дніпропетровськ, 2001.- Вип. 33.- С.171-174).

Однак використання даного способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК досить повільно прискорює покращання клінічних проявів захворювання, у тому числі астеничного синдрому й вегетативних розладів, у зв'язку з чим цей спосіб потребує подальшого удосконалення.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК шляхом введення як харчової домішки лікувально-профілактичного продукту «Мультисорб», який містить концентрат природних харчових волокон у вигляді стійкого до впливу ферментів шлунково-кишкового тракту комплексу біополімерів рослинних клітинних стінок, що включає целюлозу, геміцелюлозу, пектинові речовини й лігнін. При вживанні мультисорбу лігнін забезпечує сорбцію жовчних кислот і сприяє інтенсивному розпаду холестерину, суттєво зменшує можливість подальшого каменеутворення у жовчовивідних шляхах (Бичкова О.Ю. Клініко-патогенетичне обґрунтування використання препарату «Мультисорб» у хворих після лапароскопічної холецистектомії // Проблеми медичної науки та освіти. - 2001. - №2. - С.35-37).

Але при використанні мультисорбу як засобу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК недостатньо забезпечений гепатозахисний ефект, який потрібний в зв'язку з частою наявністю в таких пацієнтів хронічної фонові патології печінки (стеатозу печінки або хронічного реактивного гепатиту).

У зв'язку з цим був також запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає введення таким пацієнтам відвару з комплексної харчової домішки профілактичної дії (КХДП) відповідно деклараційному патенту України на винахід №42607А (Деклараційний патент України на винахід №42607А з пріоритетом від 07.05.2001. "Комплексна харчова домішка профілактичної дії". - Гришина В.С., Фролов В.М., Гришин М.В. - Оубл. 15.10.2001р. - Бюл. №9), що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію неочищених зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої (Деклараційний патент України на винахід №59730А. - Оубл. 15.09.2003р. - Бюл. №9).

Однак використання цієї харчової домішки лікувально-профілактичної дії не забезпечує відновлення імунологічного гомеостазу, і тому у хворих на ХКХ після операції ХЕК нерідко зберігаються порушення імунологічних показників у вигляді вто-

ринного імунodefіциту, що може сприяти розвитку запальних ускладнень у жовчовивідних шляхах.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що передбачає введення додатково до КХДП препаратів ехінацеї пурпурової, які володіють імунотактичною дією, зокрема сиропу ехінацеї (Патент України на корисну модель №17880. - МПК (2006) А61К31/00. - Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії. - Оубл. 16.10.2006. - Бюл. №10).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний як прототип.

До недоліків прототипу відноситься те, що при його використанні у хворих на ХКХ після операції ХЕК в більшості випадків ще зберігаються суви імунологічних показників та підвищення і концентрації так званих «середніх молекул» (СМ) у сироватці крові, що свідчить про наявність у них проявів ендегенної „метаболічної“ інтоксикації.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, у тому числі покращання імунологічних показників та ліквідація проявів клініко-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації.

Вказана задача досягається шляхом введення хворим на ХКХ після операції ХЕК додатково до КХДП та сиропу ехінацеї сучасного комбінованого фітозасобу бонджигару (БДГ).

БДГ являє собою сучасний комбінований фітозасіб, до складу якого входять екстракти з лікарських рослин: вербезини білої (*Eclipta alba*), пікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*), пасльону чорного (*Solanum nigrum*), цикорію звичайного (*Cichorium intybus*), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*), тамариска двудомного (*Tamarix gallica*), редьки посівної (*Raphanus sativus*), барбарису остистого (*Berberis aristata*), розторопші плямистої (*Silybum marianum*), сферантуса індійського (*Sphaeranthus indicus*), берхавії розлогої (*Boerhavia diffusa*). Цей комбінований фітопрепарат володіє гепатопротекторними та антиоксидантними властивостями, протизапальною дією, покращує функціональний стан печінки та відтік жовчі з внутрішньопечінкових жовчних шляхів, сприяє знешкодженню хімічних токсинів, захищає клітини печінки від дії токсичних речовин. БДГ вважається ефективним при гострих та хронічних захворюваннях печінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми стеатозу печінки, при ураженнях печінки внаслідок дії гепатотоксичних препаратів, а також при наявності системних інфекцій, які сприяють формуванню неспецифічної патології печінки та жовчовивідних шляхів.

Наша пропозиція щодо введення хворим на ХКХ після операції ХЕК додатково до КХДП та сиропу ехінацеї сучасного комбінованого фітозасобу БДГ базується на вперше встановленій авторами корисної моделі в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, яка полягає в тому, що введення таким хворим БДГ сприяє відновленню в них імунологічних показників і ліквідації вторинного імунodefіциту, що забезпечує нормалізацію імунних факторів і суттє-

во зменшує ймовірність розвитку запальних ускладнень. Треба підкреслити, що саме автори корисної моделі вперше встановили взаємопотенційний ефект БДГ та фітопрепаратів з розторопші плямистої й ехінацеї пурпурової стосовно позитивного впливу на імунологічні показники у хворих на ХКХ після операції ХЕК, патогенетично обґрунтували доцільність і перспективність застосування саме комбінації цих препаратів, яка раніше в клінічній практиці не використовувалася.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином.

Хворому з першої доби після операції ХЕК з приводу ХКХ вводять усередину сироп ехінацеї по 5мл 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 10-15 діб поспіль, з другої доби - відвар харчової домішки профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої, в теплому вигляді по 200мл 2-3 рази на добу протягом 2-3 тижнів і додатково - бонджигар усередину по 1-2 капсули 2-3 рази на добу після вживання їжі протягом 3-4 тижнів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Вказана схема введення препаратів, а також добова та курсова доза бонджигару встановлені нами в спеціально проведених дослідженнях досвідним шляхом і тому теж є предметом корисної моделі.

При розробці корисної моделі нами було обстежено дві групи хворих на ХКХ після операції ХЕК: основна група (35 осіб), яка отримувала медичну реабілітацію в післяопераційному періоді згідно до заявленого способу (тобто з використанням харчової домішки, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20% за масою плодів розторопші плямистої, сиропу ехінацеї пурпурової й додатково - БДГ) і група зіставлення (36 осіб) - відповідно до існуючого способу-прототипу (тобто з використанням лише вказаної харчової домішки й сиропу ехінацеї пурпурової). Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих, тривалістю захворювання на ХКХ, частотою попередніх (до операції) загострень хронічного холециститу, наявністю супутньої патології печінки.

В обох групах вивчали динаміку клінічних і деяких лабораторних показників. При цьому було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах відмічалася однотипова клінічна симптоматика, пов'язана з хронічною патологією жовчовивідних шляхів, а саме загальна слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркота або металевий смак у роті, здуття живота, обкладеність язика білим або жовтуватим нальотом, зниження апетиту, диспептичні прояви, у низки хворих - збільшення печінки в межах 2-3см, схильність до закрепів. При проведенні медичної реабілітації вказана симптоматика поступово зменшувалася або повністю зникла в обох групах, однак у першій групі, яка отримувала курс медичної реабілітації після операції ХЕК згідно до заявленого способу, ліквідація вказаної клінічної симптоматики була суттєво більш швидкою (таблиця 1).

З таблиці 1 видно, що під впливом заявленого способу медичної реабілітації у хворих на ХКХ після операції ХЕК відмічалася скорочення відносно групи хворих, в яких медична реабілітація проводилася за допомогою існуючого способу-прототипу, тривалості збереження таких симптомів, як загальна слабкість - в 1,59 рази (на 2,9±0,1 доби), нездужання - в 1,77 рази (на 3,3±0,2 доби), зниження апетиту - в 1,70 рази (на 3,2±0,2 доби), тяжкості в правому підребер'ї - в 1,43 рази (на 2,6±0,1 доби), диспептичних проявів - в 1,68 рази (на 3,4±0,2 доби), гепатомегалії - в 1,28 рази (на 3,7±0,3 доби), гіркоти або металевого смаку в роті - в 1,48 рази (на 2,7±0,1 доби), відрижки - в 1,56 рази (на 3,5±0,3 доби), здуття живота - в 1,51 рази (на 2,5±0,1 доби), закрепів - в 1,63 рази (на 3,1±0,2 доби), обкладеності язика брудним білим або жовтим нальотом - в 1,34 рази (на 3,6±0,3 доби), астеничного або астено-невротичного стану - в 1,43 рази (на 3,3±0,2 доби), вегетативних розладів, а саме тривалого червоного або змішаного дермографізму, коливань артеріального тиску, дихальної аритмії та інших вегетативних розладів - в 1,38 рази (на 3,8±0,3 доби), головного болю - в 1,54 рази (на 2,9±0,2 доби), зниження фізичної працездатності - в 1,59 рази (на 3,0±0,2 доби), запаморочення ~ в 1,6 рази (на 2,8±0,1 доби), $P<0,05-0,01$.

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів медичної реабілітації на тривалість збереження клінічної симптоматики у хворих на ХКХ після операції ХЕК ($M\pm m$)

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=35)	Відомий спосіб (n=36)	P
Тривалість збереження (діб): загальної слабкості	4,9±0,3	7,8±0,4	<0,05
нездужання	4,3±0,2	7,6±0,3	<0,05
зниження апетиту	4,6±0,3	7,8±0,3	<0,01
тяжкості в правому підребер'ї	6,1±0,4	8,7±0,4	<0,05
диспептичних проявів	5,0±0,3	8,4±0,4	<0,05
гепатомегалії	13,1±0,6	16,8±0,8	<0,05
гіркоти або металевого смаку в роті	5,6±0,4	8,3±0,4	<0,05
відрижки	6,2±0,4	9,7±0,4	<0,05
здуття живота	4,9±0,3	7,4±0,4	<0,05
закрепів	4,9±0,4	8,0±0,4	<0,05

Продовження таблиці 1

обкладеності язика нальотом	10,6±0,6	14,2±0,7	<0,05
астенічного стану	7,7±0,4	11,0±0,5	<0,05
вегетативних розладів	10,1±0,5	13,9±0,6	<0,05
головного болю	5,4±0,4	8,3±0,4	<0,05
зниження працездатності	5,1±0,4	8,1±0,4	<0,05
запаморочення	4,7±0,3	7,5±0,3	<0,05

Примітка: стовпчик Р - вірогідність розбіжностей між показниками в основній групі (заявлений спосіб) й групі зіставлення (відомий спосіб прототип).

Отже, отримані дані свідчать, що використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, сприяє прискоренню ліквідації клінічних проявів захворювання, у тому числі астенічного синдрому й вегетативних розладів, обумовлює нормалізацію самопочуття хворих і загального стану пацієнтів.

Було вивчено також вплив заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК на динаміку деяких імунологічних показників, а саме загальний рівень Т-лімфоцитів (CD3⁺), кількість циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4⁺) та Т-супресорів/кілерів (CD8⁺), імунорегуляторний

індекс, тобто коефіцієнт CD4/CD8 (Th/Ts), концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), а також вміст у крові СМ, рівень яких характеризує вираженість (інтенсивність) „метаболічної“ інтоксикації.

Встановлено, що до початку проведення медичної реабілітації в обстежених хворих обох груп (основної й зіставлення) відмічалася Т-лімфопенія, тобто зменшення кількості Т-клітин (CD3⁺), а також зниження числа Т-хелперів/індукторів (CD4⁺) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, та водночас підвищення концентрації у сироватці у крові ЦІК і СМ (таблиця 2).

Таблиця 2

Деякі лабораторні показники у хворих на ХКХ після операції ХЕК до початку проведення медичної реабілітації (M±m)

Лабораторні показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=35)	зіставлення (n=36)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	52,7±1,6*	52,1±1,8*	>0,1
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	30,7±1,4*	31,5±1,6*	>0,1
CD8 ⁺ , %	22,8±1,2	20,4±1,3	20,6±1,4	>0,1
CD4/CD8	2,0±0,03	1,5±0,02**	1,53±0,02**	>0,1
ЦІК, г/л	1,88±0,03	3,02±0,09***	2,98±0,08***	>0,1
СМ, г/л	0,53±0,03	2,51±0,08***	2,53±0,09***	>0,1

Примітка: в таблицях 2 та 3 вірогідність розбіжностей стосовно норми:

* - при P<0,05,

** - при P<0,01,

*** - при P<0,001;

стовпчик Р - вірогідність різниці між показниками основної групи й групи зіставлення.

Після завершення курсу медичної реабілітації у хворих основної групи, яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до заявленого способу, відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4⁺) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ІДК у сироватці крові до верхньої межі норми, зменшення концентрації СМ (див. таблицю 3).

У групі зіставлення, яка отримувала медичну реабілітацію стосовно відомого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених показни-

ків була суттєво меншою. Тому в цій групі хворих зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів (CD4⁺) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, була вірогідно підвищена стосовно норми концентрація ЦІК і СМ у сироватці крові. Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після здійснення операції ХЕК патогенетично обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на імунологічні показники й водночас сприяє зниженню концентрації СМ, що свідчить про зменшення проявів ендогенної „метаболічної“ інтоксикації.

Таблиця 3

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК на деякі лабораторні показники ($M \pm m$)

Лабораторні показники	Норма	Способи медичної реабілітації		Р
		заявлений (n=35)	відомий (n=36)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	69,1±2,0	51,2±1,9*	<0,05
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	45,0±1,8	37,2±1,6*	<0,05
CD8 ⁺ , %	22,8±1,2	22,1±1,4	22,2±1,3	>0,1
CD4/CD8	2,0±0,03	2,04±0,03	1,68±0,02	<0,01
ЦІК, г/л	1,88±0,03	1,92±0,04	2,34±0,05**	<0,01
СМ, г/л	0,53±0,03	0,58±0,05	1,02±0,06**	<0,01

Отже, використання заявленого способу має суттєві переваги відносно існуючого способу-прототипу. Умовний економічний ефект використання заявленого способу складає біля 205грн. на 1 хворого. Спосіб добре переноситься хворими, не потребує коштовних або дефіцитних ліків і може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

Приклад 1.

Хвора Ж., 53 років, страждає на ХКХ протягом останніх 7 років, неодноразово обстежувалася амбулаторно й в стаціонарі. Загострення запального процесу в жовчному міхурі відмічались 3-4 рази на рік, частіше після вживання гострої й жирної їжі. Скаржиться на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті, періодично виникаючі напади жовчної коліки. Крім того хвора скаржилася на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, диспептичні прояви, здуття живота, закрепи. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини встановлено потовщення до 6мм і ригідність стінки жовчного міхура, у порожнині міхура - 3 конкременти округлої форми діаметром 10, 16 і 20мм, а також детрит і мікроліти. Хворий Ж. у плановому порядку проведена операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки. Потім було призначено проведення медичної реабілітації згідно до заявленого способу, а саме вживання відвару з харчової домішки лікувально-профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10% за масою плодів розторопші плямистої, по 200мл 2 рази на добу усередину в теплому вигляді 2 тижні поспіль, сироп ехінацеї пурпурової всередину по 5мл 3 рази на добу після вживання їжі протягом 10 діб поспіль і додатково - бонджигар усередину по 1 капсула 2 рази на добу після вживання їжі протягом 3 тижнів поспіль. У результаті проведеного лікування як загальний стан хворої Ж. так і її самопочуття поступово поліпшилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації зникли загальна слабкість, нездужання, нормалізувався апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви, здуття живота, закрепи. Протягом другого тижня нормалізувалася працездатність, ліквідувався астеничний стан, зменшилася обкладеність язика. Тривалість збереження гепатомегалії складала 12 діб.

При проведенні лабораторного обстеження хворої Ж. встановлено, що до початку проведення курсу медичної реабілітації в неї мала місце Т-лімфопенія (51% CD3⁺), зниження кількості Т-хелперів (31% CD4⁺), а також Імунокорегуляторного індексу CD4/CD8 (1,52), підвищення у сироватці крові рівня ЦІК (2,93г/л) і концентрації СМ (2,54г/л). Після завершення курсу медичної реабілітації с використанням заявленого способу кількість CD3⁺-клітин у хворої Ж підвищилася до 69%, CD4⁺ - до 45%, імунокорегуляторний індекс CD4/CD8 збільшився до 2,03. У той же час концентрація ЦІК у сироватці крові знизилася до 1,92г/л, рівень СМ - до 0,59г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворої Ж., скарг на стан дигестивної системи не було, лабораторні показники весь цей період знаходилися в межах норми, що свідчило про ефективність проведеного курсу медичної реабілітації.

Приклад 2.

Хворий К., 43 років, хворіє на ХКХ протягом останніх 9 років, загострення хронічного холециститу відмічаються 4-6 разів на рік, як правило після вживання алкоголю й жирної їжі. Скаржиться на загальну слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті, періодично виникаючий біль у правому підребер'ї нападоподібного характеру. Крім того, відмічає зниження апетиту, нудоту й інші диспептичні прояви, відрижку, закрепи. При огляді встановлено обкладеність язика густим білуватим нальотом, наявність вегетативних розладів (дихальна аритмія, стійкий червоний дермографізм, гіпергідроз та ін.), помірна гепатомегалія (печінка виступає на 2-3см з-під краю реберної дуги).

Хворому К. була проведена в плановому порядку операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки, після чого призначено проведення медичної реабілітації згідно до заявленого способу, а саме відвар харчової домішки, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 20% за масою плодів розторопші плямистої, по 200мл 3 рази на день усередину в теплому вигляді 3 тижні поспіль, сироп ехінацеї пурпурової усередину по 5мл 4 рази на день після вживання їжі протягом 15 днів поспіль і додатково - бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на добу після вживання їжі протягом 4 тижнів поспіль.

У результаті проведеного лікування як загальний стан хворого К. так і його самопочуття поступово поліпшилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації у К. зникли скарги на загальну слабкість і нездужання, підвищився апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви, гіркота в роті, відрижка, закрепи. Протягом другого тижня зменшилася обкладеність язика, повністю нормалізувався апетит. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 діб.

При проведенні лабораторного обстеження хворого К. було встановлено, що до початку проведення курсу медичної реабілітації в нього відмічалися значні зсуви з боку імунної системи, а саме - Т-лімфопенія (50% CD3⁺), зниження кількості Т-хелперів (30% CD4⁺), а також коефіцієнту CD4/CD8 (1,51), підвищення у сироватці крові рівня ЦІК (3,04г/л) та концентрації СМ (2,57г/л). Після

завершення курсу медичної реабілітації у відповідності до заявленого способу кількість CD3⁺-клітин підвищилася до 68%, CD4⁺ - до 43%, тому імунорегуляторний індекс CD4/CD8 збільшився до 1,96, тобто до норми. У той же час концентрація ЦІК у сироватці крові знизилася до 2,01г/л, СМ - до 0,55г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворого, скарг на стан дигестивної системи не було.

Таким чином, заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу. Він корисний, добре переноситься хворими, не потребує коштовних і дефіцитних ліків і тому може бути рекомендований для використання в клінічній практиці, а саме в хірургічній клініці без обмежень.