



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60147 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61K 36/00  
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 ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ**

1

2

(21) u201014309

(22) 30.11.2010

(24) 10.06.2011

(46) 10.06.2011, Бюл.№ 11, 2011 р.

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

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

**(57)** 1. Спосіб лікування хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з ожирінням, що включає введення глутаргіну та артихолу, який **відрізняється** тим, що додатково вводять нуклеїнат.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що нуклеїнат вводять по 250-500 мг (1-2 капсули) 3-4 рази на день безпосередньо після вживання їжі протягом 20-25 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель належить до медицини, а саме – до внутрішніх хвороб і гепатології.

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

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

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

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

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

Тому був запропонований спосіб лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, що включає введення пацієнтам з даною коморбідною патологією гепатопротекторних препаратів, зокрема глутаргіну та препарату рослинного походження артихолу (Патент України на корисну модель №54014 МПК (2009) А61К36/00 - Спосіб лікування хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний

(19) UA (11) 60147 (13) U

з ожирінням. - Заявка у 201004666 від 20.04.2010 р. - Опубл. 25.10.2010 р. - Бюл. № 20).

Цей спосіб є найбільш ефективним з існуючих і тому обраний як прототип.

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

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

Вказана задача досягається шляхом додаткового введення хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, нуклеїнату.

Нуклеїнат - це препарат природного походження, який виробляється з дріжджів та стимулює процеси клітинного метаболізму, посилює біосинтез ендогенних нуклеїнових кислот, специфічних протеїнів та ферментів; оптимізує мітотичну активність клітин кісткового мозку, прискорює процеси репаративної регенерації; підвищує енергозабезпечення клітин шляхом стимулювання синтезу макроергичних сполук, та, поперед усього, АТФ; нормалізує NO-синтезну активність, ліквідує інгібування окисних процесів в клітинних мембранах, стабілізує мембрани клітин та тканинах; підвищує продукцію ендогенного інтерферону та стимулює противірусний захист; активізує гіпофізарно-надниркову систему з підвищенням синтезу ендогенних глюкокортикоїдів. Нуклеїнат зареєстрований в Україні як лікарський засіб (реєстраційне посвідчення № UA/2885/01/02) і дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № від 10.12.2009 р.).

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

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, які потребують проведення лікування, поряд з глутар-

гіном та артихолом у середньотерапевтичних дозах, додатково вводять нуклеїнат по 250-500 мг (1-2 капсули) 3-4 рази на день безпосередньо після вживання їжі протягом 15-20 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту. Лабораторними критеріями ефективності призначення нуклеїнату є відновлення ферментативної ланки системи АОЗ - активності КТ і СОД, що свідчить про підвищення антиоксидантного потенціалу крові хворих на ХНХ, поєднаний з Ож. Саме додаткове введення нуклеїнату сприяє патогенетично позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень цього захворювання.

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

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, які підлягали проведенню лікування в зв'язку з наявністю порушень з боку метаболічного гомеостазу: основна (38 осіб), яка отримувала лікування згідно до заявленого способу, і група зіставлення (39 осіб), лікування якої проводилося відповідно до відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, частотою загострення хронічного процесу у ЖМ, а також ступенем вираженості Ож. Діагноз ХНХ було встановлено у відповідності до Наказу МОЗ України № 271 (2005 р.), а також стандартизованих протоколів діагностики й лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного й інструментального - ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, багатофракційного дуоденального зондування дослідження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Діагноз Ож ставився за даними анамнезу й результатами антропометричного дослідження, що включало визначення індексу маси тіла (ІМТ). Відповідно до градацій ІМТ, серед обстежених нами в ході розробки корисної моделі хворих основної групи було 21 особа (55,3%) з Ож II-а ступеня, 14 пацієнтів (36,8%) з Ож II-б ступеня й 3 хворих (7,9%) з Ож III ступеня. Група зіставлення включала 22 особи (56,4%) з Ож II-а ступеня, 15 пацієнтів (38,5%) з Ож II-б ступеня й 2 хворих (5,1%) з Ож III ступеня. Введення нуклеїнату 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, поєднаний з Ож. Для судження про антиоксидантний потенціал крові хворих на ХНХ,

поєднаний з Ож, в обстежених в ході створення корисної моделі пацієнтів визначали активність ферментів системи АОЗ - КТ і СОД.

До початку проведення курсу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в обох групах, які були під наглядом, - основній, в якій терапія здійснювалася згідно до заявленого способу, і зіставлення, в якій лікування проводилося відповідно до відомого способу-прототипу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабкості, нездужання, підвищеної стомленості, емоційної лабільності, зниженого апетиту й емоційного настрою, порушеного сну, помірного тупого болю або тяжкості в правому підребер'ї, нерідко гіркоти в роті й позитивних симптомів Кера та Ортнера.

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

Таблиця 1

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

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		Р
	основна (n=38)	зіставлення (n=39)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабкості	7,3±0,6	10,9±0,7	<0,05
нездужання	6,4±0,5	10,6±0,6	<0,01
підвищеної стомленості	8,1±0,4	12,8±0,7	<0,05
зниженого настрою	5,2±0,3	10,4±0,5	<0,001
емоційної лабільності	6,4±0,5	10,6±0,6	<0,01
порушення сну	4,6±0,3	7,3±0,4	<0,05
зниженого апетиту	5,2±0,3	9,1±0,5	<0,01
гіркоти в роті	5,3±0,4	9,5±0,6	<0,01
тяжкості в правому підребер'ї	5,5±0,5	9,1±0,5	<0,01
позитивного симптому Кера	5,2±0,3	8,6±0,4	<0,01

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

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

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

цесу у ЖМ. Так, з 38 осіб протягом 1 року диспансерного нагляду в 37 обстежених (97,4±4,2 %) зберігалася стійка клінічна ремісія захворювання, загострення ХНХ відмічено тільки в 1 хворого (2,6±0,2 %), тоді як у групі зіставлення протягом 1 року загострення ХНХ відмічалася в 4 осіб (10,2±0,6 %), тобто в 3,9 рази частіше.

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

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

Таблиця 2

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

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=38)	зіставлення (n=39)	
КТ	392 $\pm$ 11	248 $\pm$ 10,5**	242 $\pm$ 9,9**	>0,05
СОД	29,5 $\pm$ 2,4	14,1 $\pm$ 2,2***	14,0 $\pm$ 2,1***	>0,05

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.

У цілому активність КТ в основній групі в цей період дослідження була в середньому в 1,58 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ), у групі зіставлення - в 1,62 рази ( $P < 0,05$ ). Активність СОД у крові хворих основної групи була знижена в середньому в 2,09 рази відносно норми ( $P < 0,001$ ), у групі зіставлення - у 2,1 рази ( $P < 0,001$ ), що свідчить про пригнічення активності ферментативної ланки системи АОЗ при загостренні хронічної патології ЖМ запального генезу у хворих з наявністю Ож.

При повторному лабораторному обстеженні після завершення лікування було встановлено, що

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

Таблиця 3

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

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=38)	зіставлення (n=39)	
КТ	392 $\pm$ 11	390 $\pm$ 11,3	312 $\pm$ 10,4*	<0,05
СОД	29,5 $\pm$ 2,4	29,1 $\pm$ 1,8	22,3 $\pm$ 1,6*	<0,05

Дійсно, активність КТ у цей період у крові хворих групи зіставлення була в середньому в 1,26 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ) і в 1,25 рази нижче, ніж у хворих основної групи, пацієнти якої отримували артіхол ( $P < 0,05$ ). Активність СОД у крові хворих групи зіставлення була в середньому в 1,32 рази нижче норми ( $P < 0,05$ ) і в 1,3 рази нижче, ніж у хворих основної групи ( $P < 0,05$ ). Отже, отримані дані дають можливість вважати, що використання заявленого способу лікування хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, за допомогою нуклеїнату дозволяє суттєво покращити як суб'єктивне самопочуття, так і загальний стан пацієнтів з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, а також забезпечити практично повну нормалізацію біохімічних показників крові, які характеризують її антиоксидантний потенціал. Виходячи з цього, можна вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим способом-прототипом, не потребує коштовних і дефіцитних ліків, добре переноситься хворими. Нуклеїнат є в достатній кількості в аптечній мережі України й тому використання цього препарату перспективне в клінічній практиці.

Приводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хвора П., 49 років, кухар, надійшла 21.06.2008 року до денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з черговим загостренням ХНХ. Страждає на ожиріння II-а ступеня протягом останніх 11 років. Скаржиться на тяжкість та дискомфорт у правому підребер'ї, нудоту, печію, відрижку гірким, закрепи. Хвору турбує також загальна слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну (погане засипання, нічні страхіття, сонливість удень), головний біль, нездужання, зниження фізичної й розумової працездатності, що не проходять після відпочинку.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворої П. задовільний. Підвищеного харчування, гіперстенічної тілобудови. Зріст 163 см, вага 87 кг. ІМТ -32,7. Шкіряні покрови блілого кольору, сухі, чисті, відмічається тривалий та стійкий червоний дермографізм, блідість нігтьових пластинок. Підшелепні лімфатичні вузли не збільшені, з навколишніми тканинами не з'єднані. Язик обкладений брудним жовтуватим нальотом. Температура тіла 36,7° С Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання 23-25 за хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Тони серця чіткі. Артеріальний тиск 135/90 мм рт. ст., пульс - 79 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. -  $3,16 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 121 г/л, Л -  $9,4 \cdot 10\%$ , е - 2, п - 10, с - 65, л - 21, м - 2; ШОЕ - 13 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 23,1 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 9,4 мкмоль/л; АлАТ - 1,03 ммоль/лтод, АсАТ - 0,9 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,4 од., ГГТП - 58,7 нмоль/л, ЛФ - 5,3 ммоль/лтод; загальний білок - 64 г/л;  $\lambda$ -глобуліни - 21,2 %; А/Г коефіцієнт - 0,86. КТ - 249,6 МО/мг Hb, СОД - 13,9 МО/мг Hb. 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, 61x40 мм, містить концентровану жовч. Стінка міхура потовщена (3,4 мм), каменів немає. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у фазі помірного загострення. Ожиріння II-a ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворій П. було призначено лікування у відповідності до заявленого способу, а саме: глутаргін по 0,5 г 3 рази на добу усередину, артихол усередину по 0,2 г 3 рази на добу безпосередньо після вживання їжі протягом 20 діб поспіль та додатково нуклеїнат по 250 мг (1 капс.) 3 рази на день безпосередньо після вживання їжі протягом 20 діб поспіль. Під впливом лікування, що проводилося, загальний стан хворої й самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Тривалість збереження порушення сну склала 4 доби, гіркоти в роті, тяжкості в правому підребер'ї, позитивного симптому Кера, зниженого настрою й апетиту - 4 доби, нездужання й емоційної лабільності - 5 діб, загальної слабості - 6 діб, підвищеної стомленості - 8 діб.

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

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

#### Приклад 2

Хворий С, 47 років, шахтар, надійшов на лікування в умових денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з загостренням ХНХ. Скаржиться на біль у правому підребер'ї тупого, ниючо-

го характеру й присмак гіркоти в роті, що пов'язує з прийомом жирної й смаженої їжі, зниження апетиту, а також загальну слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну, головний біль, нездужання, зниження працездатності. З 2000 року страждає на ХНХ, з приводу чого декілька разів знаходився на лікуванні в гастроентерологічному відділенні. Протягом останніх 8 років страждає на ожиріння II-b ступеня.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого С. середнього ступеня важкості. Підвищеного живлення, гіперстенічна будова тіла: зріст 175 см, вага 106 кг. ІМТ - 34,6. 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 легеневиий звук, аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 17 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 87 удари в 1 хвилину. Артеріальний тиск 130/85 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт правильно округлої форми, при пальпації м'який, болісний в правому підребер'ї. Симптоми Кера, Мерфі й Ортнера - позитивні. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез не порушений. Стілець - 1 раз на добу, оформлений.

Ан. крові загальний: Ер. -  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 124 г/л, Л -  $9,6 \cdot 10^9/л$ , е - 1, п - 9, с - 64, л - 23, м - 3; ШОЕ - 15 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічні показники: білірубін загальний - 22,7 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 11,3 мкмоль/л; АлАТ - 1,23 ммоль/лтод, АсАТ - 0,9 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,9 од., ГГТП - 61,9 нмоль/л, ЛФ - 5,1 ммоль/лтод; загальний білок - 67 г/л;  $\lambda$ -глобуліни - 20,3%; А/Г коефіцієнт - 0,82. КТ - 243,1 МО/мг Hb, СОД - 12,9 МО/мг Hb. 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 54 x 17, стінки потовщені (3,1 мм), у порожнині - детрит. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у фазі загострення. Ожиріння II-b ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворому С. було призначено лікування у відповідності до заявленого способу, а саме: глутаргін усередину по 0,5 г 3 рази на день протягом 25 діб поспіль, артихол усередину по 0,2 г 4 рази на добу безпосередньо після вживання їжі протягом 30 діб поспіль, та додатково нуклеїнат по 500 мг (2 капсули) 4 рази на день безпосередньо після вживання їжі протягом 25 діб поспіль.

Під впливом лікування, що проводилося, 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 апе-

титу - 5 діб, нездужання й емоційної лабільності - 6 діб, загальної слабості - 7 діб, підвищеної стомленості - 9 діб.

Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу лікування хворого Ц. дозволило встановити нормалізацію активності ферментів системи АОЗ (активність КТ і СОД становила 367 МО/мг Нв і 26 МО/мг Нв відповідно).

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

При проведенні диспансерного обстеження протягом 1 року після завершення курсу лікування за допомогою заявленого способу було встановлено, що стійка клініко-біохімічна ремісія зберігалася протягом усього періоду диспансерного нагляду. За даними проведення в динаміці

біохімічного обстеження активність КТ і СОД у хворого С. увесь цей період була в межах норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням одужання хворих, досягненням стійкої й тривалої клінічної ремісії ХНХ, поєднаного з Ож, відсутністю подальших його загострень, а в патогенетичному плані - нормалізацією біохімічних показників, що характеризують антиоксидантний потенціал крові. Умовний економічний ефект при використанні заявленого способу складає біля 118 грн. на 1 хворого. Спосіб не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, на введення глутаргіну, артихолу та нуклеїнату 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.