



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64821** (13) **U**
(51) **МПК**
A61K 35/64 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ

1

2

(21) u201103237

(22) 21.03.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

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

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

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з

ожирінням, що включає введення препаратів природного походження, який **відрізняється** тим, що як препарат природного походження вводять 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл вводять усередину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 30-40 діб після.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що при необхідності введення 10 % спиртового екстракту підмору бджіл повторюють 2-3 рази на рік, у залежності від досягнутого ефекту.

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

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

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, шляхом призначення раціо-

нальної дієти, полівітамінів і гепатопротекторних препаратів, зокрема есенціале (Харченко Н.В. Гепатология: проблемы и поиски. Особенности течения заболеваний и оптимизация лечения // Доктор. - 2001. - № 2. - С. 6-7).

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

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, який включає призначення таким пацієнтам препарату природного походження з розторопші плямистої - силібору (Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів / О.Я. Бабак, І.Є. Кушнір: метод, рекомендації. - Харьков, 2000. - 32 с.).

Але й при використанні силібору у значній частині хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, особливо при частих загостреннях хронічного патологічного процесу в жовчному міхурі (ЖМ), тривалий час зберігається підвищення концентрації продуктів

(13) **U**
(11) **64821**
(19) **UA**

ліпопероксидації й СМ у крові, що свідчить про незавершеність загострення ХНХ.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, що передбачає введення особам з даною коморбідною патологією іншого препарату природного походження з розторопші плямистої - карсилу (Бабак О.Я. Современная фитотерапия заболеваний органов пищеварения / О.Я. Бабак, Т.А. Соколенцева. - К.: Диалла комьюникейшенз, 2001. - 48 с).

Однак в деяких хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, при застосуванні карсилу все ж таки ще зберігається симптоматика, яка є наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в ЖМ.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, який включає введення таким пацієнтам як препарату природного походження сучасного комбінованого фітозасобу бонджигару.

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

До недоліків прототипу належить те, що в деяких хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, при застосуванні й бонджигару все ж таки ще зберігаються окремі симптоми, які вказують на неповну ремісію хронічного патологічного процесу в ЖМ.

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

Поставлена задача вирішується шляхом введення хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, як препарату природного походження 10 % спиртового екстракту підмору бджіл (ПБ).

ПБ - це тіла (трупик) бджіл, що загинули природним шляхом; при цьому виділяють 3 види ПБ: зимовий, який накопичується на днищі вулика протягом зимування бджіл; весняний, який збирають біля вуликів, а також трупики померлих бджіл, які залишаються після їхнього використання апітерпевтом при проведенні сеансів прямого бджолоужалення у спеціальних кабінетах апітерапії. До складу ПБ (у сухому вигляді) входить 50-60 % білків, 10-12 % амінополісахариду хітину, 10-20 % меланіну, 14-16 % фенольних сполук, 15-18 % воску, 2-3 % мінеральних речовин та 8-10 % води [25]. Встановлено також наявність як у сировині ПБ, так і у препаратах, які з нього отримані, низки біологічно активних сполук, в тому числі гепарину та його похідних, лізоциму, ферментів та інш., які позитивно впливають на функціональний стан організму людини.

Наша пропозиція базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, 10 % спиртового екстракту ПБ забезпечує прискорення ліквідації клінічної симптоматики захворювання, нормалізації загального стану хворих і досягнення стійкої клінічної ремісії, зниження в сироватці крові концентрації проміжних і кінцевого продуктів ПОЛ, а також СМ і, таким чином, обумовлює вирішення

задачі корисної моделі. До того ж, введення 10 % спиртового екстракту ПБ не має протипоказань і не обмежене суворими часовими рамками, тому тривалість введення в організм даного препарату може регулюватися в значних межах, у залежності від досягнутого ефекту. Раніше з метою медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, 10 % спиртовий екстракт ПБ не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, які потребують проведення медичної реабілітації, вводять 10 % спиртовий екстракт ПБ усередину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль. При необхідності введення 10 % спиртового екстракту ПБ повторюють 2-3 рази на рік, у залежності від досягнутого ефекту. Лабораторними критеріями ефективності призначення 10 % спиртового екстракту ПБ є нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ПОЛ - ДК і МДА, а також значення інтегрального показника перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ), що свідчить зниження надмірної ліпопероксидації, а також зниження концентрації СМ, що характеризує ліквідацію клініко-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації (СМІ). Саме введення 10 % спиртового екстракту ПБ сприяє патогенетично позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії ХНХ, сполученого з Ож, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень цього коморбідного захворювання, особливо при проведенні при необхідності повторних курсів введення 10% спиртового екстракту ПБ.

Вищевказані дози й курси введення 10 % спиртового екстракту ПБ хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, були підібрані нами досвідним шляхом. Саме при такій кратності введення 10 % спиртового екстракту ПБ забезпечується нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ліпопероксидації - ДК і МДА, величини інтегрального показника ПГЕ й максимальне зниження концентрації СМ. Отже, новими є як саме призначення 10 % спиртового екстракту ПБ, який нами вперше використовується в медичній реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, так і схема застосування цього засобу природного походження при даній коморбідній патології.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих на ХНХ, поєднаний з Ож: основна (85 осіб), яка отримувала курс медичної реабілітації згідно з заявленим способом, і група зіставлення (82 особи), що отримувала медичну реабілітацію відповідно до відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу патології гепатобіліарної системи й ступенем Ож. Діагноз ХНХ був встановлений у відповідності до Наказу МОЗ України № 271 (2005 р.), а також стандартизованих протоколів діагностики й лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного й інструментального (ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) методів дослідження, з обов'язковим

урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. На момент обстеження ХНХ у всіх пацієнтів, що були під наглядом, був у фазі нестійкої клінічної ремісії або помірного загострення.

Діагноз Ож ставився за даними анамнезу й результатами антропометричного дослідження, що включало визначення індексу маси тіла (ІМТ). Відповідно до градацій ІМТ, серед обстежених авторами корисної моделі хворих основної групи було 49 осіб (57,6 %) з Ож ІІа ступеня, 30 пацієнтів (35,3 %) з Ож ІІб ступеня й 6 хворих (7,1 %) з Ож ІІІ ступеня. Група зіставлення включала 47 осіб (57,3 %) з Ож ІІа ступеня, 29 пацієнтів (35,4 %) з Ож ІІб ступеня й 6 хворих (7,3 %) з Ож ІІІ ступеня. Введення 10 % спиртового екстракту ПБ 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.

До початку проведення курсу медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в обох групах, які були під наглядом, - основній, в якій меди-

чна реабілітація здійснювалася згідно з заявленим способом, і зіставлення, в якій медична реабілітація проводилася 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 болю в правому підребер'ї, нерідко гіркоти в роті й позитивних симптомів Кера й Ортнера.

При клінічному обстеженні в динаміці було встановлено, що після завершення основного курсу медичної реабілітації в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з Ож (в якій реабілітація проводилася згідно з заявленим способом), 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 медична реабілітація проводилася відповідно до відомого способу-прототипу) значно частіше зберігалися скарги, що були наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в ЖМ (табл. 1).

Таблиця 1

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

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		Р
	основна (n=85)	зіставлення (n=82)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабкості	6,5±0,3	8,5±0,5	<0,05
нездужання	5,1±0,2	6,9±0,4	<0,01
підвищеної стомленості	7,6±0,4	9,8±0,5	<0,05
зниженого настрою	5,3±0,2	6,9±0,4	<0,05
емоційної лабільності	5,9±0,3	7,6±0,4	<0,05
порушень сну	4,5±0,1	5,9±0,3	<0,05
зниженого апетиту	4,6±0,2	6,5±0,4	<0,01
гіркоти в роті	5,1±0,1	6,1±0,4	<0,05
тяжкості в правому підребер'ї	5,2±0,2	6,8±0,4	<0,05
позитивного симптому Кера	5.5±0.3	7.0±0.5	<0.05.

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

З табл. 1 видно, що у хворих основної групи, яка отримувала медичну реабілітацію згідно з заявленим способом, відмічалася вірогідне прискорення ліквідації клінічних симптомів захворювання. Дійсно, тривалість збереження загальної слабкості у хворих основної групи скорочувалася в середньому на 2,0±0,2 доби (в 1,3 рази), нездужання - на 2,8±0,3 доби (в 1,4 рази), підвищеної стомленості - на 2,2±0,3 доби (в 1,3 рази), зниженого настрою - на 1,6±0,1 доби (в 1,3 рази), емоційної лабільності - на 1,7±0,2 доби (в 1,3 рази), порушення сну - на 1,4±0,1 доби (в 1,3 рази), зниженого апетиту - на 1,9±0,2 доби (в 1,4 рази), гіркоти в роті - на 2,0±0,2 доби (в 1,2 рази), тяжкості в правому підребер'ї - на 1,6±0,2 доби (в 1,3

рази) і позитивного симптому Кера - на 1,5±0,2 доби (в 1,3 рази).

Проведення диспансерного обстеження протягом 1 року дозволило встановити, що в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, в якій медична реабілітація проводилася згідно з заявленим способом, відмічається суттєве зменшення в подальшому частоти загострень патологічного процесу. Так, з 85 осіб протягом 1 року диспансерного нагляду в 82 обстежених (96,5±3,1 %) зберігалася стійка клінічна ремісія захворювання, рецидив ХНХ відмічено тільки в 3 хворих (3,5±0,4 %), тоді як у групі зіставлення протягом 1 року загострення ХНХ відмічалася в 4 осіб (4,9±0,3 %), тобто в 1,4 рази частіше.

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

Крім того, було також проведено ретельне спеціальне біохімічне обстеження хворих на ХНХ,

поєднаний з Ож, що знаходилися під наглядом. При цьому було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах обстежених були чітко виражені однотипові порушення з боку біохімічного гомеостазу, які характеризувалися підвищеним рівнем у сироватці крові СМ, що свідчить про наявність у даних пацієнтів СМІ, збільшення вмісту продуктів ліпопероксидації - ДК і МДА, а також інтегрального показника ПГЕ, що свідчать про активацію ПОЛ у цих осіб (табл. 2).

Таблиця 2

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

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=85)	зіставлення (n=82)	
СМ, г/л	0,52±0,02	2,09±0,06***	2,01±0,05***	>0,1
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	16,68±0,32***	16,52±0,31***	>0,1
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	8,7±0,3**	8,3±0,3**	>0,1
ПГЕ, %	3,5±0,25	12,6±0,42***	12,4±0,37***	>0,1.

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

Після завершення медичної реабілітації в основній групі хворих, яка отримувала реабілітацію у відповідності до заявленого способу, відмічалася практично повна нормалізація вивчених показників. Так, при повторному лабораторному обстеженні після завершення медичної реабілітації було встановлено, що у хворих основної групи (які отримували 10 % спиртовий екстракт ПБ) суттєво знижувався в сироватці крові рівень СМ, ДК і МДА, а також показник ПГЕ, які досягали верхньої межі норми.

У той же час у групі зіставлення позитивні зміни біохімічних показників були суттєво менше

виражені. Тому у хворих цієї групи вони залишалися вищими як відносно норми, так і відносно основної групи - в 1,52 ($P < 0,05$) та 1,46 ($P < 0,01$), в 1,38 ($P < 0,05$) та 1,31 ($P < 0,05$), в 1,53 ($P < 0,05$) та 1,36 ($P < 0,05$), в 1,49 ($P < 0,05$) та 1,41 ($P < 0,01$) рази відповідно, що свідчило про тривале збереження СМІ й активації ліпопероксидації в обстежених хворих, що сприяє формуванню оксидативного стресу й в патогенетичному плані може викликати не лише підтримку, але й навіть подальше прогресування хронічного патологічного процесу в печінці й ЖМ (табл. 3).

Таблиця 3

Біохімічні показники у хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, після завершення медичної реабілітації ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=85)	зіставлення (n=82)	
СМ, г/л	0,52±0,02	0,54±0,03	0,89±0,05*	<0,01
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	6,33±0,19	9,54±0,27*	<0,05
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	3,4±0,15	5,9±0,2*	<0,05
ПГЕ, %	3,5±0,25	3,6±0,2	6,2±0,25*	<0,01.

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

Встановлено, що 10 % спиртовий екстракт ПБ добре переноситься хворими, не викликає небажаних побічних ефектів. Препарат доступний за ціною й є в достатній кількості в аптечній мережі України. Тому використання заявленого способу перспективне в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хворий Т., 59 років, слюсар, був прийнятий до денного гастроентерологічного стаціонару в зв'язку з черговим загостренням ХНХ. Протягом останніх 5 років страждає на ожиріння ІІа ступеня. Скаржиться на біль у правому підребер'ї, нудоту, печію, відрижку гірким, закрепи. Хворого турбує також загальна слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну (погане засипання, нічні страхіття, сонливість удень), головний біль, нездужання, зниження фізичної й розумової працездатності, що не проходять після відпочинку.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого Т. задовільний. Підвищеного харчування, гіперстенічної тілобудови. Зріст 177 см, вага 98 кг. ІМТ - 31,8. Шкіряні покрови блідого кольору, сухі, чисті, відмічається тривалий та стійкий червоний дермографізм, блідість нігтьових пластинок. Підщелепні лімфатичні вузли не збільшені, з навколишніми тканинами не з'єднані. Язик обкладений брудним, жовтуватим нальотом. Температура тіла 36,6 °С. Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання 17-20 за хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Тони серця чіткі. Артеріальний тиск 125/80 мм рт. ст., пульс - 75 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. - $3,6 \times 10^{12}/л$, Нб - 133 г/л, Л - $9,4 \times 10^9/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 14 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 23,4 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 9,2 мкмоль/л; АлАТ - 1,06 ммоль/л-год, АсАТ - 1,18 ммоль/л-год; тимолова проба - 5,7 од., ГГТП - 61,4 нмоль/л, ЛФ - 5,2 ммоль/л-год; загальний білок - 68 г/л; λ -глобуліни - 21,5 %; А/Г коефіцієнт - 0,86. Рівень СМ - 1,97 г/л; ДК - 16,32 ммоль/л, МДА - 8,4 ммоль/л, величина показника ПГЕ - 12,0 %. Дослідження крові методом ІФА на антитіла до вірусних гепатитів В, С й Д дало негативні результати. УЗД органів черевної порожнини: печінка звичайних розмірів і структури; ЖМ циліндричний, 62×42 мм, містить концентровану жовч. Стінка міхура потовщена (3,6 мм), двоконтурна; каменів немає. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у стадії помірного загострення. Ожиріння ІІа ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворому Т. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме 10 % спиртовий екстракт ПБ усередину по 25 крапель 2 рази на добу за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 30 діб поспіль.

В ході медичної реабілітації, що проводилася, загальний стан хворого Т. та його самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Тривалість збереження порушень сну й зниженого апетиту склала 4 доби,

нездужання, зниженого настрою, емоційної лабільності, гіркоти в роті, тяжкості в правому підребер'ї й позитивного симптому Кера - 5 діб, загальної слабкості - 6 діб, підвищеної стомленості - 7 діб. Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу медичної реабілітації хворого Т. дозволило встановити нормалізацію спеціально визначених біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ (рівня СМ, вмісту МДА та ДК у сироватці крові). Так, в ході медичної реабілітації вміст СМ у сироватці крові знизився до 0,53 г/л, ДК - до 6,32 мкмоль/л, МДА - до 3,3 мкмоль/л, показник ПГЕ - до 3 %, що відповідало межах норми.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повної цінної клінічної ремісії ХНХ, поєданого з Ож, у хворого Т. Використання при цьому 10 % спиртового екстракту ПБ добре переносилося хворим і не викликало ніяких побічних ефектів.

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

Приклад 2

Хвора П., 54 років, тимчасово не працює. Була прийнята до денного гастроентерологічного стаціонару на медичну реабілітацію в зв'язку з загостренням ХНХ. Скаржиться на біль у правому підребер'ї тупого, ниючого характеру й присмак гіркоти в роті, що пов'язує з прийомом жирної й смаженої їжі, зниження апетиту, а також загальну слабкість, підвищену дратівливість, порушення сну, головний біль, нездужання, зниження працездатності. З 1997 року страждає ХНХ, з приводу чого декілька разів знаходилася на лікуванні та медичній реабілітації в гастроентерологічному відділенні. Протягом останніх 6 років страждає на ожиріння ІІб ступеня.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворої П. середнього ступеня тяжкості. Підвищеного живлення, гіперстенічна будова тіла: зріст 167 см, вага 113 кг. ІМТ - 35,8. Шкіряні покрови блідого кольору, сухі, чисті, склери субіктеричні. Підщелепні лімфатичні вузли не збільшені, безболісні, з навколишніми тканинами не з'єднані. Дихання через ніс не утруднене, над поверхнею легень перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 18 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 85 ударів в 1 хвилину. Артеріальний тиск 140/85 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт правильної округлої форми, при пальпації м'який, болісний в правому підребер'ї. Симптоми Кера й Ортнера - позитивні. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез не порушений. Стілець - 1 раз на добу, оформлений.

Ан. крові загальний: Ер. - $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb - 137 г/л, Л - $9,1 \times 10^9/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічні показники: білірубін загальний - 23,5 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 12,1 мкмоль/л; АлАТ - 1,26 ммоль/л·год, АсАТ - 1,13 ммоль/л·год; тимолова проба - 5,9 од., ГГТП - 64,7 нмоль/л, ЛФ - 5,5 ммоль/л·год; загальний білок - 70 г/л; γ -глобуліни - 21,8 %; А/Г коефіцієнт - 0,87. Рівень СМ - 2,13 г/л; ДК - 16,94 ммоль/л, МДА - 9,0 ммоль/л; показник ПГЕ - 13,0 %. Дослідження крові методом ІФА на антитіла до вірусних гепатитів В, С і D дало негативні результати. УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена в розмірах, ехогенність нормальна, край рівний, капсула без змін, ЖМ розміри 60×20, стінки потовщені (3,8 мм), двоконтурні у порожнині - детрит. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит у фазі загострення. Ожиріння ІІб ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворій П. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме 10 % спиртовий екстракт ПБ усередину по 30 крапель 3 рази на добу за 15-20 хвилин до вживання їжі протягом 40 днів поспіль.

Під впливом медичної реабілітації, що проводилася, загальний стан хворої П. та самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Тривалість збереження порушення сну й зниженого апетиту склала 5 доби, нездужання, зниженого настрою, емоційної лабільності, гіркоти в роті, тяжкості в правому підбер'ї й позитивного симптому Кера - 6 днів, загальної слабості - 7 днів, підвищеної стомленості - 8 днів. Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу лікування хворої П. дозволило встановити нормалізацію додатково визначених

біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ (рівня СМ, МДА та ДК). Так, в ході медичної реабілітації рівень СМ у сироватці крові знизився до 0,54 г/л, ДК - до 6,28 мкмоль/л, МДА - до 3,25 мкмоль/л, показник ПГЕ - до 3 %, що відповідало межах норми.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повноцінної клінічної ремісії ХНХ, сполученого з Ож, у хворої П. Використання при цьому 10 % спиртового екстракту ПБ добре переносилося хворою й не викликало ніяких побічних ефектів.

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

Спосіб не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, на введення 10 % спиртового екстракту ПБ, 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.