



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64822** (13) **U**
(51) МПК
A61K 35/64 (2006.01)ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ**

1

2

(21) u201103238

(22) 21.03.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

(72) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ТО-
РОПЧИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИ-
КОЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ(73) ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, ТО-
РОПЧИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, ПЕРЕСАДІН МИ-
КОЛА ОЛЕКСАНДРОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на не-
алкогольний стеатогепатит, що включає введення
імуноактивних препаратів, зокрема циклоферону,
який **відрізняється** тим, що додатково вводять 10
% спиртовий екстракт підмору бджіл.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що 10 %
спиртовий екстракт підмору бджіл вводять усере-
дину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 20-30
хвилин до їди протягом 30-40 днів поспіль.

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

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

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю в сучасних умовах неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) серед хронічних уражень печінки. Встановлено, що НАСГ формується на тлі попереднього ожиріння печінки, тобто стеатозу ("перший поштовх"), при впливі на організм хворого додаткових патогенних агентів, які викликають оксидантний стрес і підвищення вмісту в крові, зокрема, прозапальних цитокінів (так звана концепція "другого поштовху"). Це дозволяє вважати важливим проведення медичної реабілітації хворих на НАСГ з метою попередження можливого подальшого прогресування стеатогепатиту.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на НАСГ, що передбачає призначення раціональної дієти, полівітамінів і препаратів есенціальних фосфоліпідів, виходячи з їхнього позитивного впливу на стан печінки (Фадеев Г.Д., Кравченко Н.А., Виноградова С.В. Прогноз, ефективність лікування і реабілітації больных с неалкогольным стеатогепатитом // Сучасна гастроентерология, 2006. - № 1. - С.8-13).

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

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на НАСГ шляхом введення таким пацієнтам повторних курсів гепатозахисних препаратів з розторопші плямистої, наприклад силібору або карсилу (Опанасюк Н.Д. Неалкогольный стеатогепатит: современные подходы к лечению и медицинской реабилитации // Ліки України, 2006. - № 3. - С. 20-24).

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

У зв'язку з цим було запропоновано поряд з повторними курсами гепатозахисних препаратів рослинного походження призначати хворим на НАСГ, з метою проведення медичної реабілітації, засобів антиоксидантної дії, зокрема аскорбінової кислоти й токоферолу ацетату (вітаміну Е), оскільки було встановлено, що в механізмах формування загострень НАСГ суттєве значення має саме активація процесів ліпопероксидації на тлі пригнічення активності системи антиоксидантного захисту (Гарник Т.П. Клініко-експериментальні аспекти терапії стеатогепатитів: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня док. мед. наук: спец. 14.01.02 "Внутрішні хвороби" / Т.П. Гарник. - К., 2008. - 33 с.).

Однак при використанні й даного способу в частини хворих на НАСГ все ж таки не вдається в ході медичної реабілітації досягнути стійкої й три-

(13) **U**(11) **64822**(19) **UA**

валої ремісії стеатогепатиту, що в патогенетичному плані пов'язано поперед усього зі збереженням активації процесів ліпопероксидації.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на НАСГ, який включає введення цим хворим імуноактивного препарату, а саме поліоксидонію (Патент України на корисну модель № 32678. - МПК (2006) А61К 36/00. - Спосіб медичної реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит. - Опубл. 26.05.2008 р. - Бюл № 10).

Але у частини хворих на НАСГ при використанні й даного способу все ж таки зберігаються зсуви з боку окремих імунологічних показників і підвищення концентрації в крові так званих "середніх молекул" (СМ), що свідчить про збереження клініко-біохімічного синдрому "метаболічної" інтоксикації.

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на НАСГ, що передбачає застосування як імуноактивного препарату циклоферону (Позитивне рішення на заявку № 201011359 на видачу патенту України на корисну модель "Спосіб медичної реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит", дата пріоритету 24.09.2010р.).

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих у клінічному відношенні й в патогенетичному плані забезпечує в більшості хворих на НАСГ зниження активності процесів ліпопероксидації. Тому саме даний спосіб вибраний нами як прототип.

До недоліків прототипу належить те, що при використанні й цього способу медичної реабілітації хворих на НАСГ у деяких пацієнтів, особливо при частих загостреннях патологічного процесу в печінці, все ж таки ще мають місце зсуви з боку імунних показників.

Задачею корисної моделі є підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації хворих на НАСГ, а саме - прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання й нормалізації імунологічних показників, а також запобігання можливих побічних реакцій, у тому числі алергічних.

Поставлена задача вирішується шляхом додаткового введення хворим з НАСГ 10 % спиртового екстракту підмору бджіл.

Підмор бджіл являє собою тіла (трупик) бджіл. До складу підмору бджіл (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 і 8-10 % води. Бджолина отрута, яка входить до підмору, термостійка й усі її властивості зберігаються, а вживання бджолиного підмору не призводить до побічних ефектів, які можливі при бджоловжаленні, оскільки отрута в тілі бджоли гармонійно поєднується зі своїм природнім антидотом - гепарином. У сировині підмору бджіл знайдено низку біологічно активних сполук, у тому числі гепарин і його похідні, лізоцим, ферменти та інші, що позитивно впливають на функціональний стан організму людини.

Наша пропозиція щодо додаткового використання підмору бджіл при проведенні медичної реабілітації хворих на НАСГ базується на вперше

встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення підмору бджіл нормалізує загальний стан і самопочуття пацієнтів, виявляє чітко виражений антиоксидантний ефект, сприяє відновленню імунологічного гомеостазу, досягненню стійкої й тривалої ремісії НАСГ, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень захворювання й, таким чином, обумовлює досягнення задачі корисної моделі. Крім того, введення підмору бджіл не має протипоказань, не спричиняє будь-яких небажаних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, і тому може при необхідності призначатися повторними курсами, залежно від досягнутого ефекту. Раніше з метою медичної реабілітації хворих на НАСГ підмор бджіл не використовувався. Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю НАСГ, які потребують проведення медичної реабілітації, вводять циклоферон внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу протягом 5 днів поспіль і в подальшому здійснюють ще 5-7 ін'єкцій препарату через день, у залежності від досягнутого ефекту, і додатково - 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл усередину по 25-30 крапель 2-3 рази на добу за 20-30 хвилин до їди протягом 30-40 днів поспіль; при необхідності введення 10 % спиртового екстракту підмору бджіл повторюють 2-3 рази на рік, у залежності від досягнутого ефекту.

Лабораторними критеріями ефективності призначення підмору бджіл є ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів ($CD4^+$) та імуnoreгуляторного індексу $CD4/CD8$, зниження рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) до верхньої межі норми й концентрації СМ, що свідчить про відновлення імунологічного й біохімічного гомеостазу. Саме введення підмору бджіл сприяє патогенетично позитивним зсувам вищезгаданих лабораторних показників, а в клінічному плані - досягненню стійкої й тривалої ремісії НАСГ, а також суттєвому зменшенню в подальшому частоти загострень захворювання.

Вищевказані дози й курси введення підмору бджіл були підібрані нами досвідним шляхом. Саме при такій схемі введення підмору бджіл у більшості хворих забезпечується ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-хелперів ($CD4^+$) та імуnoreгуляторного індексу $CD4/CD8$, зниження рівня ЦІК до верхньої межі норми й концентрації СМ. Отже новими є як пропозиція щодо введення підмору бджіл, який нами вперше використовується в медичній реабілітації хворих на НАСГ, так і схема застосування цього препарату.

При розробці заявленого способу було обстежено дві групи хворих з НАСГ, які підлягали проведенню медичної реабілітації: основна (43 особи), яка отримувала курс медичної реабілітації за допомогою заявленого способу, і група зіставлення (38 осіб), яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком, статтю, стадією НАСГ і частотою загострення хронічного патологічного процесу в печінці. Введення підмору бджіл почи-

налося, як правило, безпосередньо в період чергового загострення НАСГ і проводилося переважно в амбулаторних умовах або в денному гастроентерологічному стаціонарі.

До початку проведення курсу медичної реабілітації хворих на НАСГ в обох групах, які були під наглядом, - основній, що потім отримувала лікування відповідно до заявленого способу, і зіставлення, в якій медична реабілітація здійснювалася відповідно до відомого способу-прототипу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабості, нездужання, субіктеричності склер, зниження апетиту й працездатності, тяжкості в правому підребер'ї, обкладеності язика нальотом, гіркоти в роті, гепа-

томегалії, чутливості печінкового краю при пальпації, підвищеної стомлюваності. Таким чином, до початку проведення медичної реабілітації обидві групи хворих на НАСГ були однотипові в плані їхньої клінічної характеристики.

Клінічне обстеження в динаміці проведення медичної реабілітації дозволило встановити, що у хворих основної групи, які лікувалися за допомогою заявленого способу, мало місце прискорення ліквідації патологічної симптоматики й досягнення стійкої клінічної ремісії захворювання в порівнянні з пацієнтами групи зіставлення, яким медична реабілітація проводилася з використанням відомого способу-прототипу (табл. 1).

Таблиця 1

Тривалість збереження клінічної симптоматики при застосуванні заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на НАСГ ($M \pm m$)

Клінічні показники	Групи хворих на НАСГ		Р
	основна (n=43)	зіставлення (n=38)	
Тривалість збереження (діб):			
гіркоти в роті	4,6±0,3	7,6±0,4	<0,05
тяжкості в правому підребер'ї	4,3±0,3	7,4±0,4	<0,05
обкладеності язика нальотом	8,7±0,4	11,9±0,5	<0,01
гепатомегалії	12,5±0,5	15,8±0,6	<0,01
чутливості печінкового краю	3,0±0,2	5,6±0,3	<0,05
субіктеричності склер	3,3±0,2	6,2±0,4	<0,05
підвищеної стомленості	3,7±0,2	6,8±0,3	<0,05
загальної слабості	4,1±0,3	7,1±0,4	<0,05
нездужання	3,7±0,2	6,8±0,4	<0,01
зниження працездатності	4,2±0,3	7,1±0,4	<0,05.

Примітка: у таблицях 1-3 стовпчик Р - вірогідність різниці між показниками основної групи й групи зіставлення.

Дійсно, з табл. 1 видно, що в основній групі хворих, яка отримувала медичну реабілітацію згідно з заявленим способом, відмічено скорочення тривалості збереження гіркоти в роті відповідно до групи зіставлення в середньому на 3,0 \pm 0,2 доби, тяжкості в правому підребер'ї - на 3,1 \pm 0,2 доби, обкладеності язика нальотом - на 3,2 \pm 0,3 доби, гепатомегалії - на 3,3 \pm 0,3 доби, чутливості печінкового краю при пальпації - на 2,6 \pm 0,2 доби, субіктеричності склер - на 2,9 \pm 0,2 доби, підвищеної стомленості - на 3,1 \pm 0,1 доби, загальної слабості - на 3,0 \pm 0,1 доби, нездужання - на 3,1 \pm 0,3 доби, зниження працездатності - на 2,9 \pm 0,2 доби ($P < 0,05-0,01$).

Таким чином, отримані дані свідчать, що призначення хворим основної групи підмору бджіл, згідно з заявленим способом медичної реабіліта-

ції, сприяє вірогідному прискоренню ліквідації клінічних симптомів, що характеризували наявність загострення НАСГ. Це свідчить про ефективність заявленого способу й перспективність його використання в клінічній практиці. Спосіб корисний, оскільки він сприяє прискоренню досягнення клінічної ремісії.

При лабораторному обстеженні встановлено, що у хворих обох груп до початку проведення медичної реабілітації мали місце аналогічні зсуви з боку імунологічних показників, а саме Т-лімфопенія, тобто зниження кількості загальної популяції Т-клітин ($CD3^+$), а також циркулюючих Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) та імуnoreгуляторного індексу $CD4/CD8$ (Th/Ts), вмісту в крові ЦІК і СМ, що теж свідчило про однотиповість груп в імунологічному плані (табл. 2).

Таблиця 2

Імунологічні показники та рівень СМ у хворих на НАСГ до початку медичної реабілітації (М±m)

Вивчені показники	Норма	Групи хворих на НАСГ		Р
		основна (n=43)	зіставлення (n=38)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	50,3±1,4*	51,2±1,5*	>0,05
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	31,4±1,3**	30,7±1,2**	>0,05
CD8 ⁺ , %	22,9±1,2	21,4±0,8	20,6±0,7	>0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	1,46±0,02***	1,50±0,02***	>0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	2,93±0,12***	2,88±0,11***	>0,05
СМ, г/л	0,53±0,03	2,46±0,07***	2,52±0,08***	>0,05.

Примітка: в табл. 2 та 3 вірогідність різниці стосовно норми: * - при P<0,05, ** - при P<0,01, ***- при P<0,001.

Після завершення медичної реабілітації хворих основної групи згідно з заявленим способом, у них відмічена чітка позитивна динаміка вивчених лабораторних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості Т-

хелперів (CD4⁺) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК до верхньої межі норми, зменшення концентрації СМ (дивись табл. 3).

Таблиця 3

Імунологічні показники та рівень СМ у хворих на НАСГ після завершення медичної реабілітації (М±m)

Вивчені показники	Норма	Групи хворих на НАСГ		Р
		основна (n=43)	зіставлення (n=38)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	67,9±2,1	60,8±1,7*	<0,05
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	43,1±1,6	37,4±1,5*	<0,05
CD8 ⁺ , %	22,9±1,2	22,5±1,1	21,0±1,0	>0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	1,92±0,04	1,79±0,02**	<0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	1,91±0,03	2,36±0,05**	<0,01
СМ, г/л	0,53±0,03	0,57±0,03	0,85±0,04***	<0,01.

У групі зіставлення, яка підлягала реабілітації відповідно до існуючого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених показників 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 концентрація ЦІК і СМ. Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на НАСГ патогенетично обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на імунологічні показники й концентрацію СМ.

За даними диспансерного обстеження протягом 1 року було встановлено, що в основній групі за цей період загострення хронічної патології гепатобіліарної системи відмічалися в 1 пацієнта (2,3 %), а в групі зіставлення - у 2 хворих (5,3 %), тобто в 2,3 рази частіше (P<0,05).

Отже, отримані дані свідчать, що у хворих на НАСГ основної групи (яка підлягала медичній реабілітації згідно з заявленим способом) скорочується тривалість збереження симптоматики, пов'язаної з наявністю загострення патології печінки, і нормалізуються вивчені імунологічні показники. Виходячи з цього, можна вважати, що заявлений спосіб має суттєві переваги перед відомим способом-прототипом. Підмор бджіл, який запропоновано використовувати при проведенні медичної ре-

абілітації, добре переноситься хворими, доступний за ціною, є в достатній кількості в аптечній мережі України й тому використання заявленого способу перспективне в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хвора Т., 50 років, торговельний робітник, хворіє на неалкогольний стеатогепатит протягом останніх 5 років. Загострення патологічного процесу в печінці відмічає 2-3 рази на рік. За останні 3-4 роки відмічає погіршення свого загального стану: поступово зростала загальна слабкість, нездужання, знизилися апетит і працездатність. У теперішній час хвора Т. скаржиться на гіркоту в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту й працездатності. При огляді встановлена субіктеричність склер, язик густо обкладений білим нальотом. Пульс 78 ударів за хвилину, відмічається виражена дихальна аритмія. Артеріальний тиск - 135/85 мм рт. ст. Тони серця - ритмічні, помірна тахікардія. У легенях - жорстке дихання, хрипів немає. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка помірно щільної консистенції, виступає на 3-4 см з-під краю реберної дуги, край печінки при пальпації чутливий, заокруглений. Селезінка не пальпується. Температура тіла 36,6 °С. За даними ультразвуково-

го дослідження (УЗД) органів черевної порожнини відмічається збільшення розмірів печінки, підвищення її лунощільності.

При імунологічному обстеженні встановлена наявність Т-лімфопенії ($CD3^+$ -лімфоцитів - 51 %), зниження кількості Т-хелперів ($CD4^+$) до 32 % та імунорегуляторного індексу Th/Ts ($CD4/CD8$) до 1,48, підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові до 2,89 г/л, рівня СМ у сироватці крові до 2,34 г/л. Виходячи з даних клініко-лабораторного обстеження й результатів УЗД органів черевної порожнини встановлений діагноз: Неалкогольний стеатогепатит у фазі помірного загострення.

Виходячи з діагнозу, хворій Т. було призначено проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом, а саме циклоферон як імуноактивний препарат внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу протягом 5 днів поспіль, у подальшому ще 5 ін'єкцій через день, а також додатково - 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл усередину по 25 крапель 2 рази на добу за 20-30 хвилин до їди протягом 30 днів поспіль.

При динамічному спостереженні було встановлено, що під впливом медичної реабілітації, що проводилася, у хворої Т. відмічена позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, чутливість печінкового краю при пальпації, субіктеричність склер, підвищена стомленість і нездужання зникли вже на 3-тю добу медичної реабілітації, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальна слабкість і зниження працездатності - на 4-ту добу, обкладеність язика нальотом суттєво зменшилася на 7-му добу реабілітації й повністю зникла на 8-му добу. Тривалість збереження гепатомегалії склала 12 днів, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися, на 14-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, клінічна ремісія НАСГ досягнута на кінець другого тижня лікування.

Аналіз імунограми хворої Т. після завершення курсу медичної реабілітації дозволив встановити чітку позитивну динаміку імунологічних показників, а саме підвищення $CD3^+$ -лімфоцитів до 68 %, кількості Т-хелперів ($CD4^+$) до 44 %, нормалізацію імунорегуляторного індексу $CD4/CD8$ (2,01), зниження концентрації ЦІК у сироватці крові до верхньої межі норми (1,89 г/л), рівень СМ становив 0,55 г/л, тобто був в межах норми.

При диспансерному нагляді хворої Т. протягом 1 року загострень НАСГ не встановлено. Отже, проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом забезпечило прискорення досягнення ремісії НАСГ, нормалізацію імунних показників, досягнення стійкої ремісії хвороби.

Приклад 2

Хворий С., 47 років, будівельник. Хворіє на НАСГ протягом останніх 6 років, неодноразово лікувався як амбулаторно, так і в гастроентерологічному стаціонарі з приводу загострень стеатогепатиту. При черговому загостренні НАСГ скаржився на слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, зниження апетиту й працездатності. При огляді хворого виявлено обкладеність язика брудним жовтуватим нальотом, збільшення й підвищення щільності печінки, яка виступає на 4 см з-

під краю реберної дуги, чутливість печінкового краю при пальпації, субіктеричність склер.

При імунологічному обстеженні у хворого С. встановлена наявність чітко вираженого вторинного імунодефіциту: кількість Т-клітин ($CD3^+$) складала 48 %, Т-хелперів ($CD4^+$) - 30 %, коефіцієнт $CD4/CD8$ був знижений до 1,45, концентрація ЦІК у сироватці крові хворої підвищена до 2,96 г/л, рівень СМ - до 2,48 г/л. При УЗД органів черевної порожнини відмічено збільшення печінки, підвищення її лунощільності.

Отже, у хворого С. встановлена наявність НАСГ у фазі загострення.

Було призначено проведення медичної реабілітації згідно з заявленим способом, а саме циклоферон як імуноактивний препарат внутрішньом'язово у вигляді 12,5 % розчину по 2 мл 1 раз на добу протягом 5 днів поспіль, в подальшому ще 7 ін'єкцій через день, а також додатково - 10 % спиртовий екстракт підмору бджіл усередину по 30 крапель 3 рази на добу за 20-30 хвилин до їди протягом 40 днів поспіль.

При обстеженні в динаміці було встановлено, що під впливом проведеного курсу медичної реабілітації у хворого С. мала місце позитивна динаміка клінічної симптоматики. Так, чутливість печінкового краю при пальпації, субіктеричність склер, підвищена стомленість і нездужання зникли вже на 4-ту добу медичної реабілітації, гіркота в роті, тяжкість у правому підребер'ї, загальна слабкість і зниження працездатності - на 5-ту добу, обкладеність язика нальотом суттєво зменшилася на 8-му добу реабілітації й повністю зникла на 10-ту добу. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 днів, за цей термін розміри печінки поступово зменшилися, на 17-ту добу вона вже була по краю реберної дуги. Отже, клінічна ремісія НАСГ досягнута на середину третього тижня лікування.

При повторному імунологічному обстеженні після завершення курсу лікування хворого С. встановлена також чітка позитивна динаміка імунологічних показників, а саме зростання кількості Т-лімфоцитів ($CD3^+$) до 67 %, числа Т-хелперів ($CD4^+$) до 43 %, імунорегуляторного індексу - до 1,89, зниження вмісту ЦІК у сироватці - до 1,94 г/л, рівня СМ до 0,58 г/л.

За даними диспансерного обстеження хворого С. протягом 1 року загострень НАСГ не відмічено. Увесь цей термін зберігалася стійка ремісія патологічного процесу й відсутність подальшого прогресування НАСГ. Лабораторне обстеження також дозволило відмітити, що весь цей період вивчені імунні й біохімічні показники були близькі до меж норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати, що заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на НАСГ має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, які характеризуються прискоренням досягнення стійкої й тривалої клінічної ремісії НАСГ, відсутністю подальших загострень стеатогепатиту, а в патогенетичному плані - нормалізацією імунологічних і біохімічних показників. Заявлений спосіб не потребує коштовних або дефіцитних ліків, не має протипоказань, добре переноситься пацієнтами, а тому він може бути

рекомендований для поширеного використання в клінічній практиці при проведенні медичної реабілітації хворих на НАСГ в умовах терапевтичних,

гастроентерологічних стаціонарів та амбулаторно-клінічній практиці.