



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60145 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61P 37/02 (2006.01)
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 НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ

1

2

(21) u201014307

(22) 30.11.2010

(24) 10.06.2011

(46) 10.06.2011, Бюл. № 11, 2011 р.

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

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

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з ожирінням, що включає введення препаратів рослинного походження, зокрема бонджигару, який **відрізняється** тим, що додатково вводять комбінований засіб еукарбон.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що еукарбон вводять всередину по 1-2 таблетки 3 рази на день протягом 30-40 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 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 існує тісний взаємозв'язок між ХНХ й 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 значну кількість існуючих лікарських засобів, в останній час усе частіше спостерігається зниження ефективності традиційних схем медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож. Клінічний досвід показує, що в багатьох випадках використання 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.

Відомий спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, який передбачає призначення таким пацієнтам раціональної дієти, полівітамінів і гепатопротекторних препаратів, зокрема есенціале [Харченко Н.В. Гепатологія: проблеми и поиски. Особенности течения заболеваний и оптимизация лечения // Доктор. - 2001. - № 2. - С. 6-7]. Вважається, що покращання під впливом такого лікування функціонального стану печінки сприяє корекції порушень метаболічного гомеостазу, а саме зменшення вмісту у крові продуктів ліпопероксидації й зниження так званої «метаболічної» інтоксикації.

Однак клінічний досвід дозволяє вважати, що при використанні вказаного способу лише в половини хворих на ХНХ, сполучений з Ож, відмічається нормалізація вмісту у сироватці крові проміжних продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) - дієнових кон'югат (ДК) і кінцевого - малонового діальдегіду (МДА), а також так званих «середніх» молекул (СМ) тоді як в інших хворих залишається підвищений рівень МДА, ДК та СМ у крові, що свідчить про наявність клініко-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації (СМІ) та активації процесів ліпопероксидації.

Існує також спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, шляхом призначення пацієнтам препарату рослинного походження з розторопши плямистої - силібору

(19) UA (11) 60145 (13) U

[Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів / О.Я. Бабак, І.Є. Кушнір: метод, рекомендації. - Харьков, 2000. - 32 с.].

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній. Але й при використанні силібору в значній частині хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, особливо при частих загостреннях патологічного процесу в жовчному міхурі (ЖМ), тривалий час зберігається підвищення концентрації продуктів ліпопероксидації й СМ у сироватці крові, що свідчить про незавершеність загострення ХНХ.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, що включає введення пацієнтам з даною коморбідною патологією іншого препарату рослинного походження з розторопші плямистої - карсилу [Бабак О.Я. Современная фитотерапия заболеваний органов пищеварения / О.Я. Бабак, Т.А. Соломенцева. - Киев: Диалла комьюникейшенз, 2001. - 48 с.].

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній. Але й при використанні карсилу у частини хворих на ХНХ, сполучений з Ож при частих загостреннях патологічного процесу в жовчному міхурі (ЖМ), тривалий час зберігається підвищення концентрації продуктів ліпопероксидації й СМ у крові, що свідчить про незавершеність загострення ХНХ.

Тому був запропонований спосіб реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, що включає введення пацієнтам з даною коморбідною патологією комбінованого препарату рослинного походження бонджигару [Патент України на корисну модель № 54015 МПК (2009) А61Р 37/00 - Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, сполучений з ожирінням. - Заявка u201004667 від 20.04.2010 р. - Опубл. 25.10.2010 р. - Бюл. № 20].

Цей спосіб є найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що в деяких хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, при застосуванні бонджигару все ж таки ще зберігається симптоматика, яка є наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу в ЖМ. Тому відомий спосіб-прототип потребує подальшого удосконалення.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з Ож, а саме відновлення метаболічного гомеостазу й ліквідація загострення хронічного запального процесу у ЖМ.

Вказана задача досягається шляхом додаткового введення пацієнтам з даною коморбідною патологією засобу природного походження еукарбону.

Еукарбон - це комбінований препарат, який містить у своєму складі виключно природні мінеральні речовини й рослинні компоненти. Один з основних компонентів еукарбону - активоване вугілля (*Carbo activatus*), отримане з лишайника, адсорбційні якості якого перевищують такі

активованого вугілля, отриманого класичним способом при спаленні деревини, - адсорбує кишкові гази, бактеріальні токсини й інші продукти гнилісного розпаду вмісту кишечника, що викликають інтоксикацію, діарею й метеоризм. Листя сени (*Foliae Sennae*) і екстракт ревеню (*Extr. Rhei*), що входять до складу препарату, стимулюють перистальтику й чинять м'яку послаблюючу й вітрогінну дію, причому завдяки вмісту у рослинній сировині глікозиду антрахінону послаблюючий ефект виникає тільки в товстому кишечнику, не впливаючи при цьому на процеси травлення в шлунку й тонкому кишечнику. Таким чином, ліквідуються закрепи, які притаманні більшості хворих на ХНХ, сполучений з ожирінням, та попереджається всмоктування у товстому кишечнику токсичних речовин. До складу препарату також входять ефірні олії м'яти й фенхеля (*Aetheroleum Menthae*, *Aetheroleum Foeniculi*), які забезпечують його спазмолітичний та протизапальний ефекти. Сірка очищена (*Sulfur depuratum*) чинить помірну послаблюючу дію та має антисептичні властивості. Крім того, встановлений нормалізуючий вплив сірки на активність тіловмісних ферментів, що сприяє відновленню імунологічного гомеостазу. Таким чином, еукарбон з його адсорбуючою здібністю й стимуляцією функції кишечника не тільки сприяє запобіганню реабсорбції шкідливих продуктів обміну, але й перешкоджає надмірному газоутворенню, забезпечує формування м'яких калових мас, що має велике значення для хворих на ХНХ у сполученні з ожирінням, в яких досить часто виникають закрепи. Важливо, що еукарбон характеризується наявністю чітко вираженої детоксуючої активності, що робить його ефективним засобом у комплексному лікуванні й медичній реабілітації пацієнтів, при яких сполучаються порушення біохімічного гомеостазу, зокрема ХНХ, сполученого з Ож.

Наша пропозиція базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах і потім підтвердженій в клініці закономірності, що введення хворим на ХНХ, сполучений з Ож, еукарбону сприяє нормалізації вмісту в сироватці крові продуктів ПОЛ - ДК і МДА, а також рівня СМ та таким чином, забезпечує відновлення метаболічного гомеостазу, що в клінічному плані сприяє ліквідації загострення хронічного запального процесу у ЖМ, тобто обумовлює досягнення задачі корисної моделі. До того ж, введення еукарбону 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, еукарбон не використовувався.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворим з наявністю ХНХ, поєднаного з Ож, які потребують проведення медичної реабілітації, вводять бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту, та додатково еукарбон усередину по 1-2 таблетки 3

рази на день також протягом 30-40 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту. Лабораторними критеріями ефективності призначення еукарбону є нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ПОЛ - ДК і МДА, а також значення інтегрального показника перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ), що свідчить про зменшення проявів ПОЛ, а також зниження концентрації СМ, що характеризує ліквідацію СМІ та в цілому про відновлення метаболічного гомеостазу. Саме введення еукарбону 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 коморбідного захворювання, особливо при проведенні при необхідності повторних курсів введення комбінації бонджигару та еукарбону в періоді диспансерного нагляду.

Вищевказані дози й курси введення еукарбону хворим на ХНХ, поєднаний з Ож, були підібрані нами дослідним шляхом. Саме при такій кратності введення еукарбону забезпечується нормалізація вмісту в сироватці крові продуктів ліпопероксидації - ДК і МДА, величини інтегрального показника ПГЕ й максимальне зниження відносно вихідного рівня концентрації СМ. Отже, новими є як саме призначення еукарбону, який нами вперше використовується в медичній реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, так і схема застосування цього комбінованого фітозасобу при даній коморбідній патології.

При розробці корисної моделі було обстежено дві групи хворих на ХНХ, поєднаний з Ож: основна (79 осіб), яка отримувала курс медичної реабілітації згідно до заявленого способу, і група зіставлення (75 осіб), 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 (13.06.2005 р.), а також стандартизованих протоколів діагностики й лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного й інструментального (ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, багатofракційне дуоденальне зондування) методів дослідження, з обов'язковим урахуванням даних

загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. На момент початку обстеження ХНХ у всіх пацієнтів, що знаходилися 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 нами хворих основної групи було 51 особа (64,6 %) з Ож II-а ступеня, 25 пацієнтів (31,6 %) з Ож II-б ступеня й 3 хворих (3,8 %) з Ож III ступеня. Група зіставлення включала 48 осіб (64,0 %) з Ож II-а ступеня, 23 пацієнта (30,7 %) з Ож II-б ступеня й 4 хворих (5,3 %) з Ож III ступеня. Введення бонджигару та еукарбону 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, сполучений з Ож, в обох групах, які були під наглядом, - основній, в якій медична реабілітація здійснювалася згідно до заявленого способу, і зіставлення, в якій медична реабілітація проводилася відповідно до відомого способу-прототипу, була однотипова клінічна симптоматика, що характеризувалася наявністю загальної слабості, нездужання, підвищеної стомленості, емоційної лабільності, зниженого апетиту й негативного 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 медичної реабілітації в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з Ож (в якій медична реабілітація здійснювалася згідно до заявленого способу), у більшості випадків відмічалася покращання загального стану пацієнтів, зникнення загальнотоксичного синдрому, астено-невротичних та ліквідацію проявів загострення ХНХ (тяжкості в правому підребер'ї, гіркоти у роті, печії). У той же час у пацієнтів групи зіставлення (в якій реабілітація проводилася відповідно до відомого способу-прототипу) значно частіше зберігалися скарги, що були наслідком помірного загострення або неповної ремісії хронічного патологічного процесу у ЖМ (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, на клінічні показники (M±m)

Клінічні показники	Групи обстежених хворих		Р
	основна (n=79)	зіставлення (n=75)	
Тривалість збереження (діб):			
загальної слабкості	7,4±0,5	11,9±0,5	<0,01
нездужання	6,2±0,4	10,3±0,3	<0,001
підвищеної стомленості	8,1±0,5	13,4±0,6	<0,001
зниженого настрою	5,6±0,3	10,3±0,5	<0,01

Продовження таблиці 1

емоційної лабільності	6,2±0,4	10,4±0,5	<0,05
порушення сну	4,2±0,2	6,5±0,4	<0,05
зниженого апетиту	5,1±0,4	9,3±0,3	<0,05
гіркоти в роті	4,8±0,3	9,7±0,4	<0,001
тяжкості в правому підребер'ї	5,5±0,6	9,1±0,3	<0,05
позитивного симптому Кера	5,6±0,5	8,7±0,3	<0,05

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

З таблиці 1 видно, що у хворих основної групи, яка отримувала медичну реабілітацію згідно до заявленого способу, відмічалася вірогідне прискорення ліквідації клінічних симптомів захворювання. Дійсно, тривалість збереження загальної слабкості у хворих основної групи скорочувалася в середньому на 4,5±0,5 доби (в 1,6 рази), нездужання - на 4,1±0,4 доби (в 1,7 рази), підвищеної стомленості - на 5,3±0,6 доби (в 1,7 рази), зниженого настрою - на 4,7±0,4 доби (в 1,8 рази), емоційної лабільності - на 4,2±0,5 доби (в 1,7 рази), порушення сну - на 2,3±0,3 доби (в 1,5 рази), зниженого апетиту - на 4,2±0,4 доби (в 1,8 рази), гіркоти в роті - на 4,9±0,4 доби (в 2,0 рази), тяжкості в правому підребер'ї - на 3,6±0,5 доби (в 1,7 рази) і позитивного симптому Кера - на 3,1±0,4 доби (в 1,6 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 до заявленого способу, відмічається суттєве зменшення в подальшому частоти загострень хронічного запального процесу у ЖМ. Так, з 79 осіб протягом 1 року диспансерного нагляду в 76 обстежених (96,2±4,4 %) зберігалася стійка клінічна ремісія захворювання, загострення ХНХ

відмічено тільки в 3 хворих (3,8±0,5 %), тоді як у групі зіставлення протягом 1 року диспансерного нагляду загострення ХНХ відмічалася в 6 осіб (8,0±1,6 %), тобто в 2,1 рази частіше.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що використання заявленого способу медичної реабілітації сприяє як прискоренню досягнення ремісії ХНХ, 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 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 біохімічних показників, які характеризувалися підвищеним рівнем у сироватці крові СМ, що свідчить про наявність у даних пацієнтів СМІ, продуктів ліпопероксидації - ДК і МДА, а також інтегрального показника ПГЕ, що свідчать про активацію процесів ПОЛ у цих осіб (таблиця 2).

Таблиця 2

Біохімічні показники у хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, до початку проведення медичної реабілітації (М±m)

Показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=79)	зіставлення (n=75)	
СМ, г/л	0,52±0,02	2,07±0,06***	2,03±0,08***	>0,1
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	16,4±0,3***	16,5±0,26***	>0,05
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	8,2±0,2**	8,1±0,17**	>0,1
ПГЕ, %	3,5±0,25	12,6±0,2***	12,5±0,21***	>0,1

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

Після завершення медичної реабілітації в основній групі хворих, яка отримувала медичну реабілітацію у відповідності з заявленим способом, відмічалася практично повна нормалізація вивчених показників. Так, при повторному лабораторному обстеженні після

завершення медичної реабілітації було встановлено, що у хворих основної групи (які додатково отримували еукарбон) суттєво знижувався в сироватці крові рівень СМ, ДК і МДА, а також показник ПГЕ, які досягали верхньої межі норми (таблиця 3).

Таблиця 3

Біохімічні показники у хворих на ХНХ, поєднаний з Ож, після завершення медичної реабілітації (М±m)				
Показники	Норма	Групи хворих		Р
		Основна (n=79)	зіставлення (n=75)	
СМ, г/л	0,52±0,02	0,51±0,02	1,52±0,04*	<0,05
ДК, мкмоль/л	6,2±0,15	6,3±0,3	10,2±0,4*	<0,05
МДА, мкмоль/л	3,2±0,2	3,5±0,2	5,3±0,2*	<0,05
ПГЕ, %	3,5±0,25	3,4±0,4	8,4±0,27**	<0,01

У той же час у групі зіставлення позитивні зміни біохімічних показників були суттєво менше виражені. Тому у хворих цієї групи вони залишалися вірогідно вищими як відносно норми, так і відносно основної групи, що свідчило про тривале збереження СМІ й активації ПОЛ 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 ЖМ.

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 метаболічний гомеостаз, що дозволяє рахувати заявлений спосіб патогенетично обґрунтованим.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хворий О., 55 років, технік-механік, надійшов до денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з черговим загостренням ХНХ. Протягом останніх 6 років страждає на ожиріння, в теперішній час – II-а ступеня. Скаржиться на біль у правому підребер'ї, нудоту, печію, відрижку гірким, закрепи. Хворого турбує також загальна слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну (погане засинання, нічні страхіття, сонливість удень), головний біль, нездужання, зниження фізичної й розумової працездатності, що не проходять після відпочинку.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого О. задовільний. Підвищеного харчування, гіперстенічної тілобудови. Зріст 176 см, вага тіла 96 кг. ІМТ - 31,7. Шкіряні покриви 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 36,5 °С. Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання 18-20 за хвилину. Серцева діяльність ясна, ритмічна. Тони серця чіткі. Артеріальний тиск 135/80 мм рт. ст., пульс - 76 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 - схильність до закріпів.

Ан. крові загальний: Ер. - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, Л - $9,4 \cdot 10^9/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 15 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний - 23,5 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 9,3 мкмоль/л; АлАТ - 1,07 ммоль/лтод, АсАТ - 1,2 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,8 од., ГГТП - 61,5 ммоль/лтод, ЛФ - 5,3 ммоль/лтод; загальний білок - 69 г/л; А/Г коефіцієнт - 0,87. Рівень СМ у сироватці крові - 1,95 г/л; ДК - 16,2 мкмоль/л, МДА - 8,3 мкмоль/л, величина показника ПГЕ - 12 %. 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, 63 x 42 мм, містить концентровану жовч. Стінка міхура потовщена (3,7 мм), двоконтурна; каменів немає. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

Клінічний діагноз: Хронічний некалькульозний холецистит в стадії помірного загострення. Ожиріння II-а ступеня.

Виходячи з даного діагнозу, хворому О. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 30 діб поспіль та додатково еукарбон усередину по 1 таблетці 3 рази на день протягом 30 діб поспіль.

Під впливом медичної реабілітації, що проводилася, 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 апетиту - 5 діб, нездужання й емоційної лабільності - 6 діб, загальної слабості - 7 діб, підвищеної стомленості - 8 діб. Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу медичної реабілітації хворого О. дозволило встановити нормалізацію спеціально визначаємих біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ: рівень СМ склав 0,56 г/л, МДА - 3,5 мкмоль/л, ДК - 6,3 мкмоль/л, ПГЕ - 4 %.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, поєданого з Ож, у хворого О. Використання при цьому комбінації бонджигару та еукарбону 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 ХНХ у О. зберігалася протягом усього періоду диспансерного нагляду. За даними проведення в динаміці біохімічного обстеження вміст СМ, ДК і МДА, а також величина ПГЕ у хворого О. увесь цей період були в межах норми.

Приклад 2.

Хвора К., 50 років, тимчасово не працює, поступила на медичну реабілітацію в умовах денного гастроентерологічного стаціонару у зв'язку з загостренням ХНХ. Скаржиться на біль у правому підребер'ї тупого, ниючого характеру й присмак гіркоти в роті, що пов'язує з вживанням жирної й смаженої їжі, зниження апетиту, а також загальної слабкості, підвищену дратівливість, порушення сну, головний біль, нездужання, зниження працездатності. З 1995 року страждає ХНХ, з приводу чого декілька разів знаходилася на лікування в гастроентерологічному відділенні. Протягом останніх 8 років страждає на ожиріння, яке в теперішній час кваліфікується як II-b ступеня.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворої К. середнього ступеня важкості. Підвищеного живлення, гіперстенічна будова тіла: зріст 168 см, вага 115 кг. ІМТ - 35,9. 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 легеневий звук, аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихальних рухів 20 в 1 хвилину. Серцева діяльність ритмічна, тони ясні, чисті. Пульс 85 ударів в 1 хвилину. Артеріальний тиск 140/90 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений сірим нальотом. Живіт правильною округлою форми, при пальпації м'який, помірно 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. - $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 135 г/л, Л - $9,2 \cdot 10^9/л$, е - 1, п - 8, с - 69, л - 19, м - 3; ШОЕ - 23 мм/год. Аналіз сечі - без патології. Біохімічні показники: білірубін загальний - 23,7 мкмоль/л; зв'язаний (прямий) - 12,8 мкмоль/л; АлАТ - 1,25 ммоль/лтод, АсАТ - 1,12 ммоль/лтод; тимолова проба - 5,8 од., ГГТП - 64,6 нмоль/л, ЛФ - 5,4 ммоль/лтод; загальний білок - 69 г/л; А/Г коефіцієнт - 0,86. Рівень СМ у сироватці крові - 2,15 г/л; ДК - 16,9 ммоль/л, МДА - 9,1 ммоль/л; показник ПГЕ - 13 %. 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 59 x 20, стінки потовщені (3,7

мм), у порожнині - детрит. Селезінка, нирки, підшлункова залоза не змінені.

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

Виходячи з даного діагнозу, хворій К. була призначена медична реабілітація у відповідності до заявленого способу, а саме бонджигар усередину по 2 капсули 3 рази на день після вживання їжі протягом 40 днів поспіль та додатково еукарбон усередину по 2 таблетки 3 рази на день протягом 40 днів поспіль.

Під впливом курсу медичної реабілітації, що проводилося, загальний стан хворої й самопочуття покращилися. Відмічалася поступова ліквідація симптоматики, яка свідчила про наявність загострення ХНХ. Тривалість збереження порушення сну склала 5 доби, гіркоти в роті, тяжкості в правому підребер'ї, позитивного симптому Кера, зниженого настрою й апетиту - 6 днів, нездужання й емоційної лабільності - 7 днів, загальної слабкості - 8 днів, підвищеної стомленості - 9 днів. Повторне біохімічне обстеження після завершення курсу медичної реабілітації хворої К. дозволило встановити нормалізацію додатково визначених біохімічних показників, які характеризують ПОЛ і СМІ: СМ - 0,54 г/л, МДА - 3,6 ммоль/л, ДК - 6,25 ммоль/л, ПГЕ - 3 %.

Таким чином, застосування заявленого способу медичної реабілітації сприяло досягненню повної клінічної ремісії ХНХ, сполученого з Ож, у хворої К. Використання при цьому бонджигару та еукарбону 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 К. 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. Умовний економічний ефект при використанні заявленого способу складає біля 209 грн. на 1 хворого. Спосіб не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі, алергічних реакцій, на введення бонджигару та еукарбону, 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 практиці.

