



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84282** (13) **U**  
(51) МПК**A61K 36/78** (2006.01)**A61K 35/66** (2006.01)**A61P 1/16** (2006.01)**A61P 37/02** (2006.01)**A61P 39/06** (2006.01)ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ****(21)** Номер заявки: **u 2013 06423****(22)** Дата подання заявки: **24.05.2013****(24)** Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **10.10.2013****(46)** Публікація відомостей  
про видачу патенту: **10.10.2013, Бюл.№ 19****(72)** Винахідник(и):**Терьошин Вадим Олександрович (UA),****Соцька Яна Анатоліївна (UA),****Круглова Оксана Вікторівна (UA),****Тищенко Дмитро Вікторович (UA)****(73)** Власник(и):**Терьошин Вадим Олександрович,****кв. Шевченко, 27, кв. 32, м. Луганськ, 91033**  
**(UA),****Соцька Яна Анатоліївна,****кв. Южний, 6-а, кв. 40, м. Луганськ, 91006**  
**(UA),****Круглова Оксана Вікторівна,****вул. Леваневського, 1-а, м. Луганськ, 91002**  
**(UA),****Тищенко Дмитро Вікторович,****вул. Ворошилова, 16, кв. 81, м. Родакове,**  
**93743 (UA)****(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ****(57)** Реферат:

Спосіб медичної реабілітації хворих на гострі вірусні гепатити включає введення антиоксидантів та препаратів розторопші плямистої. При цьому додатково хворим з наявністю так званого постгепатитного синдрому вводять як імуномодулюючий препарат субалін.

**UA 84282 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до способів медичної реабілітації (МР) хворих з патологією печінки.

Актуальність проблеми пов'язана зі значною поширеністю захворювань на патологію печінки в сучасних умовах, а саме на вірусні гепатити (ВГ), причому у зв'язку зі значенням забруднення довкілля в промислово розвинутих районах, дуже часто після перенесених гострих ВГ зберігається так званий "постгепатитний синдром", а можлива трансформація захворювання в хронічну патологію печінки. Це сприяє зростанню кількості хворих з несприятливими виходами гострих ВГ і потребує удосконалення існуючих способів медичної реабілітації хворих на гострі ВГ.

Існує спосіб МР хворих на гострі ВГ шляхом призначення в період реконвалесценції комплексу препаратів з активною дією - токоферолу ацетату, аскорбінової кислоти, аевіту [Подымова С.Д. Болезни печени. - изд. 3-е - М.: Медицина, 1998. - С. 224-226]. Однак цей спосіб недостатньо ефективний, він не забезпечує профілактики уражень жовчовивідних шляхів у хворих на гострі ВГ в періоді реконвалесценції, і тому потребує удосконалення.

Для удосконалення існуючого способу запропоновано додатково призначати хворим на гострі ВГ в періоді реконвалесценції лікарські препарати рослинного походження, переважно з розторопші плямистої - силібор, карсил та інші [Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: пер. с нем. - М.: Медицина, 1999. - С. 42-44]). До недоліків запропонованого способу належить те, що у хворих зберігаються суттєві розлади з боку імунної системи, що може сприяти розвитку рецидивів захворювання або трансформації в хронічну патологію печінки. Тому існуючий спосіб потребує подальшого удосконалення.

Тому було запропоновано спосіб МР хворих на гострі вірусні гепатити шляхом введення препарату з імуномодуючою активністю протекфлазиду. [Патент України на корисну модель № 56509 А. - МПК(2006) А61К 36/28 (2006.01), А61К 36/00 (2006.01), А61Р 1/16 (2006.01). - Спосіб медичної реабілітації хворих на гострі вірусні гепатити. - Опубл. 15.05.2003, бюл. № 5].

Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому був вибраний як найближчий аналог.

До недоліків найближчого аналога належить те, що при використанні даного способу все ж таки ще мають місце загострення ВГ в деяких хворих, що обумовлено порушеннями клітинної та гуморальної ланок імунітету, внаслідок чого термін їх лікування подовжується. Виходячи з цього, відомий спосіб-найближчий аналог підлягає подальшому удосконаленню.

Задачею корисної моделі було удосконалення способу МР дорослих пацієнтів, які перенесли ВГ, а саме зменшення частоти загострень і скорочення терміну медичної реабілітації хворих, а також нормалізацію показників клітинної та гуморальної ланок імунітету.

Задача вирішується таким чином. Особам, які перехворіли на гострі вірусні гепатити А або В та мають негаразди в періоді реконвалесценції - зберігаються гепатомегалія, загальна слабкість, нездужання, гіпертрансфераземія, тобто прояви так званого "постгепатитного" синдрому, призначають комплекс антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), препарати з розторопші плямистої (силібор або карсил) в середньотерапевтичних дозуваннях, та як імуномодуючий препарат субалін, по 2 флакони ( $4 \times 10^9$  живих мікробних клітин) за 20-30 хвилин до прийому їжі 2-3 рази на добу протягом 10-15 діб поспіль, залежно від досягнутого ефекту.

Субалін являє собою мікробну масу живої антагоністично активної культури *Bacillus subtilis* УКМ В - 5020. Препарат має противірусну, антибактеріальну та чітко виражену імуномодуючу активність.

Наша пропозиція щодо введення дорослим пацієнтам, перехворілим на ВГ, в період МР субаліну в поєднанні з комплексом антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота) та препаратів з розторопші плямистої (силібор або карсил) в середньотерапевтичних дозуваннях базується на вперше встановленій авторами корисної моделі закономірності, що субалін в поєднанні з зазначеною схемою препаратів має здатність позитивного впливу на показники клітинної та гуморальної ланок імунітету, а саме вміст CD3+, CD4+ та CD8+-лімфоцитів, а також на рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та їхній молекулярний склад. Саме ці вперше отримані авторами результати стали підставою для розробки корисної моделі.

При розробці запропонованого способу МР хворих на гострі ВГ нами було обстежено 70 хворих на гострий ВГА віком від 17 до 32 років та 60 хворих на гострий ВГВ у віці від 31 до 55 років. Діагнози ВГА та ВГВ підтверджені виявленням в крові хворих відповідних маркерів за допомогою ІФА. При проведенні обстежень нами були вибрані хворі на гепатити, в яких в періоді реконвалесценції мав місце так званий "постгепатитний синдром", а саме зберігалася гепатомегалія, скарги на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження працездатності. У частини хворих відмічалися чутливість краю печінки, позитивний симптом Кера, що свідчило про ураження жовчовивідних шляхів. В крові в обстежених хворих з

"постгепатитним синдромом" зберігалася помірна гіпертрансфераземія, підвищення рівня фракції прямого (зв'язаного) білірубину та показника тимолової проби.

Були створені 2 групи - основна, яка включала 38 хворих на ВГА та 27 хворих на ВГВ в періоді реконвалесценції та група зіставлення, яка включала таку ж кількість хворих. Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих та виразністю постгепатитного синдрому. Хворі з основної групи отримували курс МР, відповідно до запропонованого способу, хворі з групи зіставлення - відносно способу - найближчого аналога. Потім співставляли отримані дані в основній групі та групі зіставлення окремо для реконвалесцентів ВГА та ВГВ.

Проведені клінічні спостереження та лабораторні обстеження дозволили встановити, що в основній групі реконвалесцентів, яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до запропонованого способу, відмічається чітко виражений позитивний ефект відносно групи зіставлення, який проявляється в прискоренні досягнення стійкої повноцінної клінічної ремісії, сприятливому перебігу періоду реконвалесценції гепатитів, більш швидкому досягненні нормалізації біохімічних показників у хворих з вираженим постгепатитним синдромом, ліквідації астенічних проявів, залишкової гіпертрансфераземії, нормалізації розмірів печінки. В основній групі також швидко ліквідувалися клінічні прояви патології жовчовивідних шляхів, якщо вони були у того але іншого пацієнта.

Так, в основній групі серед реконвалесцентів ВГА відмічено скорочення тривалості збереження гепатомегалії у середньому на  $4,3 \pm 0,2$  дні, загальної слабкості, нездужання, зниження апетиту - на  $4,2 \pm 0,3$  дні, зниженої працездатності та підвищеної дратівливості - на  $5,5 \pm 0,35$  дні, гіпертрансфераземії - на  $10,2 \pm 1,2$  дні, підвищення показника тимолової проби - на  $8,7 \pm 0,3$  дні, збільшення фракції пов'язаного (прямого) білірубину - на  $7,7 \pm 0,25$  дні ( $P < 0,01$ ). У реконвалесцентів основної групи астенічний синдром зникав протягом 4-3 днів, тоді як в групі зіставлення його тривалість склала 10-13 діб та більш. У реконвалесцентів групи зіставлення з наявністю вираженого астенічного синдрому, як правило, був суттєво виражений також і постгепатитним синдромом, а саме тривало гепатомегалія відмічалася чутливість або помірна болісність в точці Кера, була підвищена активність АлАт ( $1,2-2,0$  ммоль/год.л), АсАТ ( $1,0-1,7$  ммоль/год.л), а також пряма фракція білірубину ( $6,0-12,7$  мкмоль/л) та тимолова проба (6-10 од.).

В основній групі реконвалесцентів ВГВ використання запропонованого способу медичної реабілітації обумовило також суттєве поліпшення перебігу періоду реконвалесценції відносно реконвалесцентів ВГВ з групи зіставлення. Дійсно, тривалість збереження гепатомегалії у реконвалесцентів основної групи була на  $8,2 \pm 0,9$  діб менш, залишкової гіпертрансфераземії - на  $14,4 \pm 1,2$  діб ( $P < 0,01$ ). Середня тривалість збереження серед реконвалесцентів ВГВ основної групи загальної слабкості, нездужання, підвищеної стомлюваності та інших проявів астенічного синдрому склала  $6,5 \pm 0,5$  діб, серед реконвалесцентів ВГВ групи зіставлення -  $18,2 \pm 1,3$  діб, тобто в 2,8 разів більш. Показово, що серед реконвалесцентів ВГВ, які отримували медичну реабілітацію, відповідно до запропонованого способу, суттєво швидше, ніж в групі зіставлення, зникали скарги на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту у роті, а при огляді - чутливість краю печінки та позитивний симптом Кера, що свідчило про ліквідацію запальних явищ з боку жовчовивідних шляхів. В групі зіставлення з 27 реконвалесцентів ВГВ у 16 (59,3 %) осіб тривало зберігалися прояви постгепатитного синдрому, у 14 (51,9 %) - гепатомегалія, у 13 (48,2 %) - гіпертрансфераземія ( $1,8-2,2$  ммоль/год.л). У 14 (46,7 %) реконвалесцентів ВГВ групи зіставлення тривалий час зберігалася гіркота у роті, тяжкість у правому підребер'ї, чутливість або помірна болісність у точці Кера та чутливість краю печінки при пальпації, що свідчило про наявність уражень жовчовивідних шляхів. Це було також підтверджено даними УЗД органів черевної порожнини. В цілому стійка реконвалесценція в основній групі хворих на ВГВ була досягнута на  $18,2 \pm 1,2$  доби раніше ніж в групі зіставлення ( $P < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що запропонований спосіб МР, хворих на гострі ВГ, має суттєві переваги відносно відомого способу - найближчого аналога. Вони проявляються в прискоренні досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії, ліквідації запальних явищ з боку жовчовивідної системи а також астенічних проявів. Прискорення досягнення повноцінної клініко-біохімічної ремісії обумовлює підвищення працездатності осіб, які пройшли курс медичної реабілітації, відповідно до запропонованого способу. Диспансерний нагляд протягом 12 місяців дозволив встановити ефективність запропонованого способу, відсутність у перехворілих на ВГВ рецидивів та загострень патологічного процесу в печінці.

Вивчення імунологічних показників дозволило встановити, що в періоді реконвалесценції гострих ВГ, при наявності постінфекційної астенії і так званого постгепатитного синдрому відмічаються суттєві зсуви з боку імунологічних показників, особливо при ВГВ. Принципово вони характеризуються наявністю Т-лімфопенії, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів,

переважно за рахунок зниження кількості циркулюючих CD4+-клітин (Т-хелперів/індукторів), у зв'язку з чим у більшості хворих імунорегуляторний індекс CD4/CD8 був зниженим. Загальна консультація ЦІК підтримувалася, особливо при ВГВ, переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних (11S-19S) імунних комплексів. Отже, як представлено в

таблицях 1 та 2, в обстежених хворих з наявністю постгепатитного та астеничного синдромів в періоді реконвалесценції гострих ВГ, особливо ВГВ мала місце наявність вторинного імунodefіциту. Вихідні дані імунологічного обстеження у хворих з основної групи та групи зіставлення були практично однакові як при ВГА (таблиця 1), так і при ВГВ (таблиця 2).

Повторне обстеження після проведення курсу МР дозволило встановити позитивну динаміку імунологічних показників в основній групі, в той час як в групі зіставлення зберігалися суттєві зсуви імунологічних показників.

З таблиці 1 видно, щодо початку проведення МР у хворих на ВГА обох груп в періоді реконвалесценції зберігалися суттєві зміни з боку імунологічних показників, а саме зниження кількості CD3+ та CD4+-лімфоцитів, коефіцієнту CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, особливо за рахунок збільшення концентрації найбільш патогенної фракції імунних комплексів середньомолекулярної маси (11S-19S). Після завершення курсу медичної реабілітації у хворих на ВГА з основної групи, яка отримувала реабілітацію, відповідно до запропонованого способу, відмічалася чітка позитивна динаміка імунологічних показників, а саме нормалізація кількості CD3+ та CD4+-лімфоцитів, імунорегуляторного індексу CD4/CD8, зниження рівня ЦІК, а також нормалізація кількості найбільш патогенних середньомолекулярних комплексів (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на динаміку імунологічних показників у реконвалесцентів ВГА (М±m)

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=38)	Група зіставлення (n=38)	P
CD3+, %	69,9±2,1	$\frac{56,3 \pm 2,3}{68,1 \pm 1,8}$	$\frac{55,5 \pm 2,1}{56,3 \pm 1,5}$	>0,1 <0,05
CD4+, %	45,5±1,5	$\frac{37,1 \pm 1,2}{45,7 \pm 1,1}$	$\frac{37,8 \pm 1,6}{39,8 \pm 0,9}$	>0,1 <0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	$\frac{1,4 \pm 0,02}{2,0 \pm 0,03}$	$\frac{1,38 \pm 0,03}{1,55 \pm 0,02}$	>0,1 <0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	$\frac{3,04 \pm 0,11}{1,97 \pm 0,09}$	$\frac{2,95 \pm 0,09}{68,3 \pm 1,8}$	>0,1 <0,05
фракція, % (11S-19S) г/л	31,3±1,2	$\frac{41,5 \pm 1,8}{32,2 \pm 1,5}$	$\frac{42,0 \pm 1,9}{36,9 \pm 1,9}$	>0,1 =0,05
	0,59±0,02	$\frac{1,21 \pm 0,05}{0,65 \pm 0,02}$	$\frac{1,28 \pm 0,06}{0,97 \pm 0,03}$	>0,1 <0,05

Примітка: в табл. 1 і 2 в чисельнику - показник до початку проведення реабілітації, в знаменнику - після завершення курсу медичної реабілітації; P підраховано між показниками в основній групі та групі зіставлення.

В групі зіставлення динаміка імунологічних показників була суттєво менш виражена, зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, переважно за рахунок найбільш патогенної фракції (11S-19S). В групі хворих ВГВ в періоді ранньої реконвалесценції імунологічні зсуви були ще більш виражені, ніж при ВГА, що поєдналося також з більш вираженим астеничним та постгепатитним синдромом. Принципово в обстежених хворих відмічалася зниження рівня CD3+ та CD4+-лімфоцитів, коефіцієнту CD4/CD8, підвищення рівня ЦІК, переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних імунних комплексів, тобто фракції (11S-19S). В цілому в основній групі та групі зіставлення імунні порушення до початку проведення курсу медичної реабілітації були практично однакові (табл. 1).

З таблиці 2 видно, що в основній групі реконвалесцентів ВГВ після завершення курсу МР відмічається практично повна нормалізація вивчених імунологічних показників, а саме кількості CD3+ та CD4+клітин, коефіцієнта CD4/CD8, який віддзеркалює співвідношення Т-хелперів та Т-супресорів (Th/Ts), рівня ЦІК та вмісту найбільш патогенних середньо молекулярної фракції(11S-19S) імунних комплексів.

В групі зіставлення також відмічалася деяка позитивна динаміка імунологічних показників, однак суттєво менш значуща, ніж у реконвалесцентів основної групи, у зв'язку з чим в осіб, які були в групі зіставлення, зберігався вторинний імунодефіцит (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив запропонованого та існуючого способів медичної реабілітації на динаміку імунологічних показників у реконвалесцентів ВГВ (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=27)	Група зіставлення (n=27)	P
CD3+, %	69,9±2,1	$\frac{50,1 \pm 1,8}{67,5 \pm 1,7}$	$\frac{50,2 \pm 1,9}{55,3 \pm 1,8}$	>0,1 <0,05
CD4+, %	45,5±1,5	$\frac{35,5 \pm 1,2}{45,3 \pm 1,1}$	$\frac{35,3 \pm 1,1}{38,3 \pm 0,8}$	>0,1 <0,05
CD8+, %	22,9±1,1	$\frac{20,8 \pm 0,8}{22,7 \pm 0,9}$	$\frac{21,2 \pm 0,7}{20,7 \pm 0,8}$	>0,1 =0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	$\frac{1,7 \pm 0,02}{1,97 \pm 0,01}$	$\frac{1,67 \pm 0,02}{1,82 \pm 0,01}$	>0,1 <0,05
ЦІК, г/л	1,88±0,03	$\frac{3,38 \pm 0,1}{2,06 \pm 0,1}$	$\frac{3,42 \pm 0,2}{2,75 \pm 0,12}$	>0,1 <0,05
фракція, % (11S-19S) г/л	31,3±1,2	$\frac{43,3 \pm 1,9}{32,2 \pm 1,6}$	$\frac{42,8 \pm 1,8}{36,6 \pm 1,8}$	>0,1 <0,05
	0,59±0,02	$\frac{1,46 \pm 0,06}{0,66 \pm 0,02}$	$\frac{1,46 \pm 0,06}{1,0 \pm 0,05}$	>0,1 <0,05

Отже, отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу МР гострих ВГ та його перспективності для клінічної практики. Поряд з нормалізацією самопочуття та загального стану реконвалесцентів, використання запропонованого способу сприяє ліквідації вторинного імунодефіциту в обстежених осіб, які перехворіли на гострі ВГ, що підтверджує патогенетичну значущість запропонованого способу.

Наводимо конкретні приклади використання запропонованого способу.

Приклад 1.

Хворий Л., 23 років, залізничник, знаходився в інфекційному стаціонарі протягом 26 ліжко-днів із діагнозом "гострий ВГА, гостра жовтянична форма, цитолітичний варіант, середньотяжкий перебіг захворювання". Діагноз підтверджений серологічним виявленням в крові хворого анти-HAV класу Ig M при відсутності маркерів ВГВ та ВГС. Перебіг захворювання був типовим, та характеризувався наявністю жовтяниці. Гепатомегалії, гіпербілірубінемії, підвищення рівня пов'язаної (прямої) фракції білірубіну, збільшенням активності АлАТ та АсАТ, значним підвищенням тимолової проби (24 од.), лікування проводилося з використанням базисної та глюкозо-вітамінної терапії, відповідних режиму і дієти (стіл 5а). Під впливом поведеного лікування загальний стан хворого покращився, зникла жовтяниця, зменшилися розміри печінки, нормалізувався рівень загального білірубіну. Однак в період реконвалесценції у хворого зберігалася загальна слабкість, нездужання, зниження працездатності, був поганий апетит. Відмічалася тяжкість в правому підбер'ї. При огляді встановлено наявність субіктеричності склер, обкладання язика густим білим нальотом, помірна гепатомегалія (+3 см), чутливість краю печінки при пальпації, слабо позитивний симптом Кера. В крові хворого була підвищена активність амінотрансфераз (АлАТ - 1,95 ммоль/год.л, АсАТ - 1.24 ммоль/год.л), показник тимолової проби (9,1 од.), вміст прямої фракції білірубіну (10,4 мкмоль/л).

У зв'язку із збереженням в періоді реконвалесценції у хворого Л. ознак астеничного та так званого постгепатитного синдрому, хворому був призначений курс МР відповідно

запропонованого способу, а саме комплекс антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), препарату розторопші плямистої карсил у середньотерапевтичних дозуваннях та, як імунomodуючий препарат, субалін по 2 флакони ( $4 \times 10^9$  живих мікробних клітин) за 20-30 хвилин до прийому їжі 2 рази на добу протягом 10 діб поспіль. Під впливом проведеного курсу медичної реабілітації загальний стан хворого та його самопочуття суттєво покращилися вже на початку другої доби проведення реабілітації. Розміри печінки нормалізувалися на сьому добу проведення реабілітації, біохімічні показники (білірубін, АлАТ, АсАТ, тимолова проба) - на 7-9 добу. Зникла чутливість печінки при пальпації, симптом Кера - негативний. Встановлена також позитивна динаміка імунологічних показників: CD3+ - до початку МР 54 %, після завершення - 69 %; CD4+ - відповідно 37 % і 48 %, імунорегуляторний індекс - 1,4 і 2,1; рівень ЦІК - 3,06 г/л і 1,92 г/л, вміст середньомолекулярної фракції (1 IS-19S)-42 % (1,28 г/л) та 31,9 % (0,61 г/л).

Отже, до завершення курсу МР у хворого Л. досягнута повноцінна клініко-біохімічна ремісія, повністю ліквідувалися так званий постгепатитний та астеничний синдроми, нормалізувалися біохімічні та імунологічні показники. Диспансерне обстеження протягом 12 місяців дозволило встановити тривалість досягнутої ремісії, рецидивів гепатиту не було, загальний стан хворого та його самопочуття добрі, скарг на стан здоров'я немає, функціональні проби печінки в межах норми.

#### Приклад 2.

Хвора В., 41 років, робітниця, знаходилася в інфекційному стаціонарі з приводу гострого вірусного гепатиту В, холестатичного варіанта, середньо тяжкого перебігу захворювання протягом 2 місяців. Діагноз підтверджений виявленням в крові маркерів ВГВ за допомогою ІФА. В періоді реконвалесценції у хворої зберігалися загальна слабкість, нездужання, гіркота у роті, зниження апетиту, погане самопочуття. Скаржилася також на тяжкість у правому підребер'ї, порушення сну, підвищену дратівливість. Суттєве зниження працездатності, підвищену стомлюваність.

При біохімічному обстеженні встановлена наявність помірної гіпербілірубінемії (31,2 мкмоль/л), підвищення пов'язаної (прямої) фракції (15,8 мкмоль/л), збільшення активності амінотрансфераз сироватки крові (АлАТ - 2,01 ммоль/год.л, АсАТ - 1,38 ммоль/год.л), підвищення тимолової проби (9,8 од.). При огляді встановлено наявність помірної жовтяниці склер та субіктеричності шкіри, гепатомегалії (+3-4 см), чутливість краю печінки при пальпації, позитивний симптом Кера. Язик густо обкладений білим нальотом. Отже, у зв'язку з наявністю астеничного та постгепатитного синдрому, хворій В. призначено проведення курсу медичної реабілітації, відповідно до запропонованого способу, а саме шляхом введення комплексу антиоксидантів (аевіт, аскорбінова кислота), препарату розторопші плямистої карсилу та додатково субаліну по 2 флакони ( $4 \times 10^9$  живих мікробних клітин) за 20-30 хвилин до прийому їжі 3 рази на добу протягом 15 діб поспіль.

При динамічному обстеженні було встановлено, що у хворої В. під впливом курсу медичної реабілітації поступово зникли скарги, покращилося самопочуття та загальний стан. Жовтяниця зникла на десяту добу від початку проведення МР, до початку третього тижня реабілітації зменшилися розміри печінки, зникла чутливість печінки при пальпації та симптом Кера став негативний. Повторне біохімічне обстеження дозволило встановити, що до кінця 1-го місяця МР нормалізувалися функціональні проби печінки - білірубін загальний - 17,9 мкмоль/л, пряма фракція - 3,1 мкмоль/л, АлАТ - 0,54 ммоль/год.л, АсАТ - 0,41 ммоль/год.л, тимолова проба - 4,4 од. Відмічалася також позитивна динаміка імунологічних показників (CD 3+50 % до початку проведення медичної реабілітації та 68 % після її завершення; CD4+ відповідно 35 % і 47 %, індекс CD4/CD8-1,67 і 2,08; рівень ЦІК - 3,32 г/л і 1,98 г/л, середньомолекулярна фракція імунних комплексів 42,5 %, тобто 1,38 г/л та 32,5 % тобто 0,64 г/л.

Отже, під впливом запропонованого курсу МР досягнута повноцінна клініко-біохімічна ремісія ВГВ у хворої В., яка супроводжувалася нормалізацією імунологічних показників. Проведення диспансерного нагляду протягом 12 місяців дозволило встановити повноцінність досягнутої ремісії та відсутність рецидивів або загострень гепатиту.

Таким чином, запропонований спосіб МР хворих на гострі ВГ має суттєві переваги щодо існуючого способу - найближчого аналога. Спосіб корисний і може бути рекомендований для поширеного використання в умовах медичної практики.

# ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 1. Спосіб медичної реабілітації хворих на гострі вірусні гепатити, що включає введення антиоксидантів та препаратів розторопші плямистої, який **відрізняється** тим, що додатково хворим з наявністю так званого постгепатитного синдрому вводять як імуномодуючий препарат субалін.
- 10 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що субалін вводять усередину по 2 флакони ( $4 \times 10^9$  живих мікробних клітин) за 20-30 хвилин до прийому їжі 2-3 рази на добу протягом 10-15 діб поспіль, залежно від досягнутого ефекту.

---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601