



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **126582** (13) **U**

(51) МПК (2018.01)

A61K 9/19 (2006.01)

A61K 38/21 (2006.01)

A61P 1/00

A61P 33/00

A61P 37/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2018 00837**

(22) Дата подання заявки: **30.01.2018**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **25.06.2018**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **25.06.2018, Бюл.№ 12**

(72) Винахідник(и):

**Андросов Євген Дмитрович (UA),
Терьошин Вадим Олександрович (UA),
Круглова Оксана Вікторівна (UA),
Гаврилов Анатолій Вікторович (UA),
Жерновой Ігор Володимирович (UA)**

(73) Власник(и):

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
просп. Науки, 4, м. Харків, 61022 (UA)**

(74) Представник:

Голданська Анна Вадимівна

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії включає введення харчової домішки профілактичної дії, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, і сиропу ехінацеї пурпурової. Додатково вводять імуноактивний препарат альфарекін.

UA 126582 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значним розповсюдженням хронічного калькульозного холециститу (ХКХ) в сучасних умовах серед населення України. Основний метод лікування хворих на ХКХ з наявністю клінічної маніфестації патологічного процесу - це хірургічна операція, тобто холецистектомія (ХЕК). Однак, після проведення ХЕК нерідко відмічаються запальні ускладнення, які пов'язані з активацією бактеріальної інфекції в жовчовивідних шляхах або загостренням патологічного процесу в печінці, що пов'язують з наявністю вторинного імунодефіцитного стану, вираженість якого посилюється внаслідок оперативного втручання. Тому потрібне проведення медичної реабілітації хворих після ХЕК, що знижує можливість розвитку після неї різноманітних ускладнень у гепатобіліарній системі, а також виникнення так званого постхолецистектомічного синдрому.

Існує спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК шляхом введення пацієнтам препаратів жовчних кислот, переважно похідних урсодезоксихолевої кислоти - урсосьфальку або урсосану, які мають гепатопротекторну дію, проявляють імуномодулюючу активність і посилюють жовчовиведення [Бабак О.Я. Современные подходы к терапии желчнокаменной болезни / О.Я. Бабак, В.М. Чернова // Международный медицинский журнал. - 1998. - № 4. - С. 30-32].

Однак, при проведенні медичної реабілітації похідними жовчних кислот нерідко виникають диспептичні розлади, для досягнення клінічного ефекту вказані препарати потрібно досить тривало вживати, крім того, вони коштовні й тому недостатньо доступні для багатьох хворих.

Відомий також спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає введення всередину харчових волокон, переважно з зернових культур, оскільки вони забезпечують зниження літогенного потенціалу жовчі й зменшують імовірність подальшого каменеутворення в жовчовивідних шляхах [Соченков В.И. Пищевые волокна при коррекции литогенной желчи у больных хроническим калькулезным холециститом / В.И. Соченков, Н.П. Самохвалова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - Т. VII, № 3. - С. 127-129].

Але, цей спосіб не забезпечує поліпшення жовчовиведення й посилення регенерації слизової оболонки жовчовивідних шляхів, він не виявляє також вираженого імуномодулюючого й протизапального ефекту.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що включає введення як харчової домішки лікувально-профілактичного продукту "Мультисорб", який містить концентрат природних харчових волокон у вигляді стійкого до впливу ферментів шлунково-кишкового тракту комплексу біополімерів рослинних клітинних стінок, представлений целюлозою, геміцелюлозою, пектиновими речовинами й лігніном; останній забезпечує сорбцію жовчних кислот, сприяє інтенсивному розпаду холестерину й зменшує можливість подальшого каменеутворення в жовчовивідних шляхах [Бичкова О.Ю. Клініко-патогенетичне обґрунтування використання препарату "Мультисорб" у хворих після лапароскопічної холецистектомії / О.Ю. Бичкова // Проблеми медичної науки та освіти. - 2001. - № 2. - С. 35-37].

Але, при використанні "Мультисорбу" як засобу медичної реабілітації хворих після операції ХЕК, недостатньо забезпечений гепатозахисний ефект, який потрібний в зв'язку з частою наявністю в таких хворих хронічної фонові патології печінки (стеатозу печінки або хронічного реактивного гепатиту).

У зв'язку з цим був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, який включає введення таким пацієнтам усередину відвару з комплексної харчової домішки профілактичної дії, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію неочищених зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, у теплому вигляді по 200 мл 2-3 рази на день протягом 2 тижнів поспіль [Деклараційний патент України на винахід № 59730 А. МПК А61К 36/899. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії. Опубл. 15.09.2003, бюл. № 9].

Однак, використання даної харчової домішки не забезпечує відновлення імунологічного гомеостазу, і тому у хворих на ХКХ, які перенесли операцію ХЕК, нерідко зберігаються порушення імунологічних показників у вигляді вторинного імунодефіциту, що може сприяти розвитку запальних ускладнень у жовчовивідних шляхах.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, що включає додаткове введення усередину препаратів ехінацеї пурпурової, які мають імуноактивну дію, зокрема сиропу ехінацеї по 5 мл 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 10-15 днів поспіль [Патент України на корисну модель № 17880. МПК А61К 31/00. Спосіб медичної

реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії. Оубл. 16.10.2006, бюл. № 10].

Цей спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю й результатом, який може бути досягнутий, тому його

5 вибрано як найближчий аналог. До недоліків найближчого аналога належить те, що при його використанні у хворих на ХКХ після операції ХЕК у більшості випадків ще зберігаються зсуви імунологічних показників і підвищення концентрації так званих "середніх молекул" (СМ) у сироватці крові, що свідчить про

10 наявність у них проявів ендогенної "метаболічної" інтоксикації. Задачею корисної моделі було підвищення ефективності відомого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК, у тому числі поліпшення імунологічних показників і ліквідація проявів клініко-біохімічного синдрому "метаболічної" інтоксикації.

Поставлена задача вирішується шляхом введення хворим на ХКХ після операції ХЕК 15 додатково до комплексної харчової домішки профілактичної дії, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, і сиропу ехінацеї пурпурової імуноактивного препарату альфарекіну.

Альфарекін виробляється ТОВ "Науково-виробнича компанія "Інтерфармбіотек" (м. Київ), зареєстрований в Україні як лікарський препарат (реєстраційне посвідчення № UA/15135/01/01) і дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ № 406 від 04.05.2016 р. Це лікарська 20 форма інтерферону альфа-2b рекомбінантного людини, синтезованого клітинами кишкової палички, у вигляді ліофілізату для розчину для ін'єкцій. Як і природний лейкоцитарний інтерферон, він має три основні види біологічної активності: імуномодулюючу, антивірусну й протипухлинну. Механізм дії препарату заснований на тому, що інтерферон, зв'язуючись з відповідними рецепторами клітин організму, індукує комплекс внутрішньоклітинних механізмів, 25 що призводить до появи ферментів, які запобігають реплікації вірусів, збільшують фагоцитарну активність макрофагів, специфічну цитотоксичність лімфоцитів до клітин-мішеней.

Наша пропозиція щодо додаткового використання альфарекіну як імуноактивного препарату для корекції імунологічних і біохімічних показників у хворих на ХКХ після операції ХЕК базується на отриманих дослідним шляхом даних, які дозволили встановити закономірність, що при 30 застосуванні цього препарату в клінічному плані відмічається суттєве поліпшення результатів лікування таких пацієнтів, ніж при використанні найближчого аналога, і поперед усього - вірогідне зниження частоти тривалого перебігу захворювання. Отже, у патогенетичному плані заявлений спосіб є перспективним для використання в клінічній практиці. Раніше вказаний препарат у хворих на ХКХ після операції ХЕК не використовувався.

35 Заявлений спосіб здійснюють таким чином. Хворому після операції ХЕК з приводу ХКХ вводять усередину відвар комплексної харчової домішки лікувально-профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, у теплом вигляді по 200 мл 2-3 рази на день протягом 2 40 тижнів, сироп ехінацеї пурпурової по 5 мл 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 10-15 днів і додатково - альфарекін внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10-14 днів поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Указана схема введення препаратів, а також добова й курсова доза альфарекіну встановлені нами в спеціально проведених дослідженнях дослідним шляхом і тому теж є предметом корисної моделі.

45 При розробці корисної моделі нами було обстежено дві групи хворих на ХКХ після операції ХЕК: основна (40 осіб), яка отримувала медичну реабілітацію в післяопераційному періоді, відповідно до заявленого способу (тобто з використанням харчової домішки, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, сиропу ехінацеї пурпурової й додатково - альфарекіну), і 50 зіставлення (39 осіб), що отримувала медичну реабілітацію відповідно до прототипу (тобто з використанням лише вказаної харчової домішки й сиропу ехінацеї пурпурової). Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю хворих, тривалістю захворювання на ХКХ, частотою попередніх (до операції) загострень хронічного холециститу, наявністю супутньої патології печінки.

55 В обох групах вивчали динаміку клінічних і деяких лабораторних показників. При цьому було встановлено, що до початку медичної реабілітації в обох групах відмічалася однотипова клінічна симптоматика, пов'язана з хронічною патологією жовчовивідних шляхів, а саме загальна слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркота або металевий смак у роті, здуття живота, обкладеність язика білим або жовтуватим нальотом, зниження апетиту, 60 диспептичні прояви, у низки хворих збільшення печінки в межах 2-3 см, схильність до закрепів.

При проведенні медичної реабілітації вказана симптоматика поступово зменшувалася або повністю зникала в обох групах, однак у хворих, що отримували курс медичної реабілітації після операції ХЕК, відповідно до заявленого способу, ліквідація вказаної клінічної симптоматики була суттєво більш швидкою (табл. 1).

5

Таблиця 1

Вплив заявленого й відомого способів медичної реабілітації на тривалість збереження клінічної симптоматики у хворих на ХКХ після операції ХЕК ($M \pm m$)

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=40)	Спосіб-прототип (n=39)	P
Тривалість збереження (діб): загальної слабкості	4,9 $\pm$ 0,3	7,8 $\pm$ 0,4	<0,05
нездужання	4,3 $\pm$ 0,2	7,6 $\pm$ 0,3	<0,05
зниження апетиту	4,6 $\pm$ 0,3	7,8 $\pm$ 0,3	<0,01
тяжкості в правому підребер'ї	6,1 $\pm$ 0,4	8,7 $\pm$ 0,4	<0,05
диспептичних проявів	5,0 $\pm$ 0,3	8,4 $\pm$ 0,4	<0,05
гепатомегалії	13,1 $\pm$ 0,6	16,8 $\pm$ 0,8	<0,05
гіркоти або металевого смаку в роті	5,6 $\pm$ 0,4	8,3 $\pm$ 0,4	<0,05
відрижки	6,2 $\pm$ 0,4	9,7 $\pm$ 0,4	<0,05
здуття живота	4,9 $\pm$ 0,3	7,4 $\pm$ 0,4	<0,05
закрепів	4,9 $\pm$ 0,4	8,0 $\pm$ 0,4	<0,05
обкладеності язика нальотом	10,6 $\pm$ 0,6	14,2 $\pm$ 0,7	<0,05
астенічного стану	7,7 $\pm$ 0,4	11,0 $\pm$ 0,5	<0,05
вегетативних розладів	10,1 $\pm$ 0,5	13,9 $\pm$ 0,6	<0,05
головного болю	5,4 $\pm$ 0,4	8,3 $\pm$ 0,4	<0,05
зниження працездатності	5,1 $\pm$ 0,4	8,1 $\pm$ 0,4	<0,05
запаморочення	4,7 $\pm$ 0,3	7,5 $\pm$ 0,3	<0,05

Примітка: стовпчик P - вірогідність розбіжностей між показниками в основній групі й групі зіставлення.

З таблиці 1 видно, що під впливом заявленого способу медичної реабілітації у хворих на ХКХ після операції ХЕК відмічалася скорочення відносно групи хворих, в яких медична реабілітація проводилася за допомогою прототипу, тривалості збереження таких симптомів, як загальна слабкість - в 1,59 рази (на 2,9 доби), нездужання - в 1,77 рази (на 3,3 доби), зниження апетиту - в 1,70 рази (на 3,2 доби), тяжкості в правому підребер'ї - в 1,43 рази (на 2,6 доби), диспептичних проявів -- в 1,68 рази (на 3,4 доби), гепатомегалії - в 1,28 рази (на 3,7 доби), гіркоти або металевого смаку в роті - в 1,48 рази (на 2,7 доби), відрижки - в 1,56 рази (на 3,5 доби), здуття живота - в 1,51 рази (на 2,5 доби), закрепів - в 1,63 рази (на 3,1 доби), обкладеності язика брудним білим або жовтим нальотом - в 1,34 рази (на 3,6 доби), астенічного або астено-невротичного стану - в 1,43 рази (на 3,3 доби), вегетативних розладів, а саме тривалого червоного або змішаного дермографізму, коливань артеріального тиску, дихальної аритмії й інших -- в 1,38 рази (на 3,8 доби), головного болю - в 1,54 рази (на 2,9 доби), зниження фізичної працездатності - в 1,59 рази (на 3,0 доби), запаморочення - в 1,60 рази (на 2,8 доби).

Отже, отримані дані свідчать, що використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК сприяє прискоренню ліквідації клінічних проявів захворювання, у тому числі астенічного синдрому й вегетативних розладів, обумовлює нормалізацію самопочуття хворих і загального стану пацієнтів.

Було вивчено також вплив заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК на динаміку деяких імунологічних показників, а саме загальний рівень Т-лімфоцитів ($CD3^+$), циркулюючих Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$) й Т-супресорів/кілерів ($CD8^+$), величину імунорегуляторного індексу, тобто коефіцієнт $CD4/CD8$, концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), а також вміст у крові СМ, рівень яких характеризує вираженість (інтенсивність) "метаболічної" інтоксикації.

Встановлено, що до початку проведення медичної реабілітації в обстежених хворих обох груп (основної й зіставлення) відмічалася Т-лімфопенія, тобто зменшення кількості Т-клітин, а

також зниження числа Т-хелперів/індукторів і значення імунорегуляторного індексу й водночас підвищення концентрації у сироватці крові ЦІК і СМ (табл. 2).

Таблиця 2

Деякі імунологічні показники у хворих на ХКХ після операції ХЕК до початку проведення медичної реабілітації (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		Р
		основна (n=40)	зіставлення (n=39)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	52,7±1,6*	52,1±1,8*	>0,1
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	30,7±1,4*	31,5±1,6*	>0,1
CD8 ⁺ , %	22,8±1,2	20,4±1,3	20,6±1,4	>0,1
CD4/CD8	2,0±0,03	1,5±0,02**	1,53±0,02**	>0,1
ЦІК, г/л	1,88±0,03	3,02±0,09***	2,98±0,08***	>0,1
СМ, г/л	0,53±0,03	2,51±0,08***	2,53±0,09***	>0,1

Примітка: у таблицях 2 і 3 вірогідність розбіжностей стосовно норми:

* - при P<0,05, ** - при P<0,01, *** - при P<0,001; стовпчик Р - вірогідність різниці між показниками основної групи й групи зіставлення.

- 5 Після завершення курсу медичної реабілітації у хворих основної групи, яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до заявленого способу, відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, а саме - ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до норми кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів і величини імунорегуляторного індексу, зниження рівня ЦІК у сироватці крові до верхньої межі норми, зменшення концентрації СМ (табл. 3).

Таблиця 3

Деякі імунологічні показники у хворих на ХКХ після операції ХЕК після проведення медичної реабілітації (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Способи медичної реабілітації		Р
		заявлений (n=40)	відомий (n=39)	
CD3 ⁺ , %	69,3±2,2	69,1±2,0	51,2±1,9*	<0,05
CD4 ⁺ , %	45,6±1,8	45,0±1,8	37,2±1,6*	<0,05
CD8 ⁺ , %	22,8±1,2	22,1±1,4	22,2±1,3	>0,1
CD4/CD8	2,0±0,03	2,04±0,03	1,68±0,02	<0,01
ЦІК, г/л	1,88±0,03	1,92±0,04	2,34±0,05**	<0,01
СМ, г/л	0,53±0,03	0,58±0,05	1,02±0,06**	<0,01

У групі зіставлення, яка отримувала медичну реабілітацію стосовно найближчого аналога, позитивна динаміка вивчених показників була суттєво меншою. Тому в цій групі хворих зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів і значення імунорегуляторного індексу, була вірогідно підвищена стосовно норми концентрація ЦІК і СМ у сироватці крові.

Таким чином, використання заявленого способу медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК патогенетично обґрунтоване, оскільки позитивно впливає на імунологічні показники й водночас сприяє зниженню концентрації СМ, що свідчить про зменшення проявів ендогенної „метаболічної“ інтоксикації.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора В., 45 років, страждає на ХКХ протягом останніх 5 років, неодноразово обстежувалася амбулаторно й в стаціонарі. Загострення запального процесу в жовчному міхурі відмічалися 3-4 рази на рік, частіше після вживання гострої й жирної їжі. Скаржилась на тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті, періодично виникаючі напади жовчної кольки. Крім того, хвора скаржилася на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту, диспептичні прояви, здуття живота. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини встановлено потовщення до 6 мм і ригідність стінки жовчного міхура, у порожнині міхура - 3

конкременти округлої форми діаметром 10, 16 і 20 мм, а також детрит і мікроліти. Хворій В. у плановому порядку проведена операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки. Потім було призначено проведення медичної реабілітації відповідно до заявленого способу, а саме вживання всередину відвару харчової домішки лікувально-профілактичної дії, яка містить у

5 своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10 % за масою плодів розторопші плямистої, у теплому вигляді по 200 мл 2 рази на день протягом 2 тижнів, сиропу ехінацеї пурпурової по 5 мл 3 рази на день після вживання їжі протягом 10 діб і додатково - альфарекіну внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10 діб поспіль.

У результаті проведеного лікування як загальний стан хворої В., так і її самопочуття

10 поступово поліпшилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації зникли загальна слабкість і нездужання, нормалізувався апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви й здуття живота. Протягом другого тижня нормалізувалася працездатність, ліквідувався астеничний стан, зменшилася обкладеність язика. Тривалість збереження гепатомегалії склала 12 діб.

15 При проведенні лабораторного обстеження хворої В. встановлено, що до початку проведення курсу медичної реабілітації в неї мала місце Т-лімфопенія (52 % $CD3^+$), зниження кількості Т-хелперів (32 % $CD4^+$), а також величини імунорегуляторного індексу (1,50), підвищення в сироватці крові рівня ЦІК (2,86 г/л) і концентрації СМ (2,14 г/л). Після завершення курсу медичної реабілітації з використанням заявленого способу кількість $CD3^+$ -клітин у хворої

20 В. підвищилася до 67 %, $CD4^+$ - до 46 %, імунорегуляторний індекс збільшився до 2,02. У той же час концентрація ЦІК у сироватці крові знизилася до 1,91 г/л, рівень СМ - до 0,56 г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворої В., скарг на стан дигестивної системи не було, імунологічні показники весь цей період знаходилися в межах норми, що свідчило про ефективність проведеного курсу

25 медичної реабілітації.

Приклад 2.

Хворий Є., 48 років, хворіє на ХКХ протягом останніх 8 років, загострення хронічного холециститу відмічаються 4-6 разів на рік, як правило після вживання алкоголю й жирної їжі. Скарги на загальну слабкість, нездужання, тяжкість у правому підребер'ї, гіркоту в роті,

30 періодично виникаючий біль у правому підребер'ї нападоподібного характеру. Крім цього відмічає зниження апетиту, нудоту й інші диспептичні прояви, відрижку, закрепи. При огляді встановлено обкладеність язика густим білуватим нальотом, наявність вегетативних розладів (дихальна аритмія, стійкий червоний дермографізм, гіпергідроз та ін.), помірна гепатомегалія (печінка виступає на 2-3 см з-під краю реберної дуги).

35 Хворому Є. була проведена в плановому порядку операція ХЕК з використанням лапароскопічної техніки, після чого призначено проведення медичної реабілітації відповідно до заявленого способу, а саме вживання всередину відвару харчової домішки лікувально-профілактичної дії, яка містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з

40 додатком 20 % за масою плодів розторопші плямистої, у теплому вигляді по 200 мл 3 рази на день протягом 2 тижнів, сиропу ехінацеї пурпурової по 5 мл 4 рази на день після вживання їжі протягом 15 діб і додатково альфарекіну внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 14 діб поспіль.

У результаті проведеного лікування як загальний стан хворого Є., так і його самопочуття поступово поліпшилися. Протягом першого тижня проведення курсу медичної реабілітації в Є.

45 зникли скарги на загальну слабкість і нездужання, підвищився апетит, ліквідувалися тяжкість у правому підребер'ї, диспептичні прояви, гіркота в роті, відрижка, закрепи. Протягом другого тижня зменшилася обкладеність язика, повністю нормалізувався апетит. Тривалість збереження гепатомегалії склала 14 діб.

При проведенні лабораторного обстеження хворого Є. було встановлено, що до початку

50 проведення курсу медичної реабілітації в нього відмічалися значні зсуви з боку імунної системи, а саме - Т-лімфопенія (50 % $CD3^+$), зниження кількості Т-хелперів (31 % $CD4^+$), а також значення коефіцієнта $CD4/CD8$ (1,52), підвищення в сироватці крові рівня ЦІК (3,06 г/л) і концентрації СМ (2,63 г/л). Після завершення курсу медичної реабілітації у відповідності до заявленого способу кількість $CD3^+$ -клітин підвищилася до 68 %, $CD4^+$ до 43 %, тому імунорегуляторний індекс збільшився до 1,95, тобто до норми. У той же час концентрація ЦІК у сироватці крові знизилася

55 до 2,0 г/л, СМ - до 0,59 г/л. Диспансерний нагляд протягом 1 року після операції ХЕК дозволив встановити задовільний стан і самопочуття хворого, скарг на стан дигестивної системи не було.

Таким чином, заявлений спосіб медичної реабілітації хворих на ХКХ після операції ХЕК має суттєві переваги відносно найближчого аналога. Він корисний, добре переноситься хворими, не

потребує коштовних і дефіцитних ліків і тому може бути рекомендований для широкого використання в клінічній практиці.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5

1. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії, який включає введення харчової домішки профілактичної дії, що містить у своєму складі дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, і сиропу ехінацеї пурпурової, який **відрізняється** тим, що

10

додатково вводять імуноактивний препарат альфарекін.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що альфарекін вводять внутрішньом'язово по 1 млн МО 2 рази на день протягом 10-14 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

Комп'ютерна верстка О. Рябко

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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