



О.Я. Бабак<sup>1</sup>, Г.Д. Фадеєнко<sup>1</sup>,  
В.М. Фролов<sup>2</sup>, О.В. Круглова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої  
НАМН України», Харків

<sup>2</sup> ДЗ «Луганський державний медичний університет»

## Ефективність медичної реабілітації хворих з хронічним некалькульозним холециститом, поєднаним із синдромом подразненого кишечника та дисбіозом

### Ключові слова

Хронічний некалькульозний холецистит, синдром подразненого кишечника, дисбіоз, «Глутаргін», «Артишоку екстракт-Здоров'я», медична реабілітація.

Клінічний досвід свідчить, що в сучасних умовах часто трапляється поєднана патологія гастроентерологічного профілю, насамперед поєднання хронічних запальних процесів у жовчовивідних шляхах (ЖВШ) та кишечнику [14, 20, 26]. Нашу увагу привернула висока частота коморбідної патології у вигляді хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та синдрому подразненого кишечника (СПК) [11, 12]. Відомо, що ХНХ нині є найпоширенішою хронічною патологією гастроентерологічного профілю [21], яка виникає переважно в осіб працездатного віку та у разі частих загострень хронічного запального процесу у жовчному міхурі (ЖМ) суттєво обмежує працездатність хворих і знижує якість їхнього життя [12, 29].

СПК вважається одним з найпоширеніших патологічних станів кишечника в осіб молодого та середнього віку [1, 15, 16, 27]. Відомо, що у 80–90 % хворих з хронічною патологією ЖМ та СПК спостерігається дисбіоз кишечника (ДБК) різного ступеня [9, 17, 24].

Тривалий час ми вивчаємо патогенетичні особливості коморбідної патології у вигляді ХНХ, поєданого із СПК та ДБК. Установлено наявність корелятивних зв'язків між ступенем порушень мікробіоценозу кишечника та деякими імунними показниками за цієї патології [13]. Ми вважали за доцільне продовжити дослідження патогенетичної ролі порушень макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) з огляду на важ-

ливість цієї ланки імунітету в регуляції показників імунного гомеостазу [10].

При розробці раціональних підходів до медичної реабілітації пацієнтів із зазначеною коморбідною патологією ми дослідили можливість застосування комбінації сучасних вітчизняних засобів, а саме: метаболічно активного препарату «Глутаргін» (L-глутаміну-L-аргініну) [5] та фітозасобу з артишоку колючого — «Артишоку екстракт-Здоров'я» (АЕЗ) [3].

«Глутаргін» — сучасний метаболічно активний препарат вітчизняного виробництва, який за хімічною структурою складається з двох амінокислот (L-глутаміну та L-аргініну), кожна з яких володіє чітко вираженою гепатопротекторною активністю. Крім того, препарат виявляє антиоксидантний, детоксикаційний та мембраностабілізуювальний ефекти [5]. «Глутаргін» володіє антиоксидантною дією, бере участь у регуляції ліпідного обміну (зокрема, знижує вміст вільних жовчних кислот і загальних ліпідів у крові, нормалізує продукцію та естерифікацію холестерину в печінці), має імуномодулювальні, антиоксидантні властивості, бере участь у процесах жовчовиділення, ендотеліопротекції, підтримці кислотно-основного балансу, стимулює процеси регенерації [8]. Крім того, L-аргінін, що входить до складу «Глутаргіну», є донатором оксиду азоту — сильного спазмолітичного і вазодилататорного агента [5]. Низька токсичність «Глутаргіну», багатогранність фармакологічних ефектів дають

підстави рекомендувати цей препарат для широкого застосування у терапевтичній практиці як з лікувальними, так і з профілактичними цілями [8].

АЕЗ — сучасний вітчизняний лікарський засіб рослинного походження, який містить екстракт артишоку польового (*Synapsa scolymus* L.) [3]. Цей препарат зареєстровано в Україні (реєстраційне посвідчення № UA/5383/01/01) та дозволено до клінічного використання як лікарський препарат. Фармакологічні властивості АЕЗ зумовлені дією на організм хворого комплексу біологічно активних речовин, які входять до складу листя артишоку польового [2]. Так, фенольна сполука цинарин у поєднанні з фенокислотами та біофлавоноїдами, які містяться у складі артишоку, чинять жовчогінну, сечогінну та гепатопротекторну дію [6]. Чітко виражений сечогінний ефект препаратів артишоку посівного сприяє збільшенню виведення сечовини і токсичних речовин, у тому числі так званих середніх молекул (СМ) із сечею [6]. Таким чином, препарати артишоку мають чітко виражений детоксикуючий ефект, зокрема зменшують інтенсивність так званої метаболічної інтоксикації [2, 6, 23]. Фенолокислоти, які входять до складу екстракту артишоку (кавова, хлорогенова, неохлорогенова, кофейлхінна) володіють високою біологічною активністю та чинять імуноактивну дію [6, 23].

Раніше нами вже було встановлено позитивний вплив комбінації «Глутаргін» та АЕЗ на показники енергетичного метаболізму у хворих з хронічною патологією гепатобіліарної системи (ГБС) невірусного генезу [7]. Відомо також, що при застосуванні такої комбінації під час медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом С, крім позитивного клінічного ефекту, спостерігається нормалізація рівня СМ, що свідчить про ліквідацію синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації [8].

Мета роботи — оцінити ефективність комбінації «Глутаргін» та АЕЗ для медичної реабілітації хворих з ХНХ, поєднаним із СПК та ДБК, та вивчити її вплив на показники фагоцитарної активності моноцитів периферичної крові.

### Матеріали та методи

Обстежено 84 хворих віком від 20 до 55 років, у яких діагностовано ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК у фазі нестійкої ремісії або помірного загострення. Діагноз ХНХ встановлювали експертним шляхом з урахуванням даних анамнезу, результатів клінічного та лабораторного (біохімічного) обстеження, а також даних ультразвукового (сонографічного) дослідження (УЗД) органів черевної порожнини згідно зі стандартизованими протоколами діагностики та лікування хвороб

органів травлення (наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія») [18]. Клінічний діагноз СПК установлено за Римськими критеріями III [28] з урахуванням результатів оцінки форми випорожнень за Бристольською шкалою. Ступінь тяжкості визначали за результатами анкетування з використанням опитувальника. Кишковий дисбіоз діагностували на основі даних анамнезу, клінічного, копрологічного та бактеріологічного дослідження [9, 17].

Усім хворим до початку медичної реабілітації проведено дослідження на наявність у сироватці крові маркерів вірусних гепатитів (ВГ) В, С та D за допомогою методу імуноферментного аналізу (ІФА). У разі позитивного результату пацієнта виключали з дослідження. Критеріями виключення пацієнтів були також зловживання алкогольними напоями, вживання наркотичних речовин, наявність крові в калі, лихоманка, нез'ясування схуднення, анемія, суттєве прискорення ШОЕ, виражені органічні зміни слизової оболонки кишечника за даними інструментальних досліджень.

Хворих розділили на дві групи, порівнянні за середнім віком, співвідношенням статей та частотою загострень ХНХ за останній календарний рік: основну ( $n = 44$ ) і порівняння ( $n = 40$ ). Обидві групи хворих отримували курс медичної реабілітації відповідно до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.) [18]. Крім того, основна група хворих отримувала як метаболічно активний засіб препарат «Глутаргін», який призначали у вигляді 20 % розчину по 10 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу протягом 10–14 діб, далі — перорально по 0,75 г 3 рази на добу протягом 14–16 діб та АЕЗ по 1–2 капсули 2–3 рази на добу протягом 30–40 діб поспіль.

Лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові та сечі, копрограму та 3-разове дослідження калу на приховану кров. Для оцінки функціонального стану печінки вивчали біохімічні показники з використанням уніфікованих методів, які включали визначення у сироватці крові рівня загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз — АЛТ і АСТ; активності ексреторних ферментів — лужної фосфатази (ЛФ) і гамма-глутамілтрапептидази (ГТП); тимолової проби [19]. Функціональні проби печінки оцінювали в комплексі з клінічними даними. Хворим проводили також мікробіологічне дос-

лідження фекалій, яке включало визначення кількості життєздатних клітин в 1 г вмісту товстої кишки, загальної кількості анаеробних бактерій (біфідобактерій, лактобактерій, бактероїдів, клостридій, еубактерій (пептококів, пептострептококів) і анаеробних мікроорганізмів (кишкових паличок і інших ентеробактерій), а також грибів роду *Candida* та інших мікроорганізмів [9]. Кількість ешерихій, ентеробактерій, клемієл та інших ентеробактерій визначали шляхом підрахунку колоній, які виростили на середовищі Ендо, Левіна, стафілококів — на жовчно-сольовому МПА ентерококів, стафілококів, грампозитивних аеробних стрептококів — на кров'яному МПА дріжджоподібних грибів роду *Candida* — на щільному середовищі Сабуро [9]. Кількість протей визначали за методикою А.А. Лендер, М.Є. Мікельсаар [9].

Якість життя (ЯЖ) хворих з коморбідною патологією визначали за допомогою опитувальника MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36) і Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). Опитувальник SF-36 (J.E. Ware, 1992) включає 36 пунктів, які згруповані у вісім шкал, своєю чергою об'єднані в 2 сумарних вимірювання — фізичний компонент здоров'я (1-ша—4-та шкали) та психічний (5-та—8-ма шкали). Крім того, усі хворі із СПК у поєднанні з ХОЗЛ заповнювали опитувальники GSRS, які дають змогу виявити вираженість основних гастроентерологічних синдромів: абдомінального болю, діарейного, закреп, диспепсичного та рефлюксного.

Психодіагностичні методики включали: тест для виявлення ознак соматизації (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15); шкалу депресії Цунга; опитувальник ситуативної та особистої тривожності Спілбергера — Ханіна, яка дає змогу визначити рівень тривоги на даний час (реактивна тривога як стан) і особистої тривожності (як стабільної характеристики людини); опитувальник ставлення до хвороби (внутрішня картина хвороби); шкалу госпітальної тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD). Наявність та вираженість депресії оцінювали за шкалою Бека. Стан вегетативної нервової системи (ВНС) досліджували за допомогою інтегральних стандартизованих шкал-таблиць (А.М. Вейн, 2000).

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, проводили імунологічні дослідження, які полягали у вивченні стану МФС з аналізом фагоцитарної активності моноцитів (ФМ) периферійної крові, яке здійснювали чашечковим методом [22]. Як тест-об'єкт використовували живу добову культуру *Staph. aureus*,

штам 505. Підраховували фагоцитарне число (ФЧ) — кількість поглинутих бактеріальних клітин на 1 моноцит, фагоцитарний індекс (ФІ) — відсоток моноцитів, які беруть участь у фагоцитарній реакції та індекс перетравлення (ІП) — відсоток перетравлених мікробних клітин від загальної їх кількості, поглинутих 100 моноцитами.

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2005, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica з урахуванням основних принципів використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських препаратів [25].

### Результати та обговорення

До початку проведення медичної реабілітації у всіх хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, спостерігалися астеничні та астено-невротичні вияви, метеоризм, бурчання у животі, порушення випорожнення у вигляді проносів або закреплів, тяжкість або помірний біль у правому підбер'ї, абдомінальний дискомфорт, біль при пальпації по ходу кишечника та навколо пупка, слабопозитивний симптом Кера (табл. 1).

60 (71,4 %) хворих виявлено іпохондричний або тривожно-іпохондричний синдроми, які виявлялися постійними скаргами, постійною фіксацією уваги хворого на стані кишечника, очікуванням випорожнення, стійкими думками про невиліковне захворювання, онкологічною настороженістю, відчуттям безнадійності, фрустрації, напруженим очікуванням погіршення захворювання у майбутньому, невпевненістю в собі, відчуттям безпорадності, небезпеки, що збільшувало кількість звернень по медичну допомогу, додаткових обстежень та відвідувань лікарів різних спеціальностей для виключення «серйозного» захворювання.

Отримані дані свідчили про достовірне зниження ЯЖ у хворих з ХНХ, поєднаним із СПК і ДБК, за усіма шкалами опитувальника SF-36. Так, оцінка фізичного та психологічного компонента здоров'я становила у середньому ( $35,7 \pm 1,5$ ) бала (норма — ( $53,7 \pm 1,2$ ) бала) та ( $32,5 \pm 1,4$ ) бала (норма — ( $47,6 \pm 1,6$ ) бала відповідно ( $p < 0,05$ )). Аналіз гастроентерологічних синдромів за даними опитувальника GSRS виявив достовірне переважаєння синдрому закреп, медіана вираженості якого становила 5,4 бала. Кореляційний аналіз взаємозв'язків основних гастроентерологічних синдромів у хворих з ХНХ, поєднаним із СПК і ДБК, — обернену залежність між синдромом закреп та сумарними показниками ЯЖ.

У хворих обох груп до початку медичної реабілітації рівень тривоги за госпітальною шкалою

Таблиця 1. Клінічна симптоматика у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, до початку проведення медичної реабілітації

Клінічний показник	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 40)
Тяжкість у правому підребер'ї	37 (84,1 %)	33 (82,5 %)
Позитивний симптом Кера	34 (77,3 %)	30 (75,0 %)
Біль при пальпації кишечника	41 (93,2 %)	37 (92,5 %)
Абдомінальний біль	35 (79,5 %)	31 (77,5 %)
Бурчання в животі	34 (77,3 %)	30 (75,0 %)
Метеоризм	40 (90,9 %)	35 (87,5 %)
Порушення випорожнення	44 (100,0 %)	40 (100,0 %)
Закрепи	20 (45,5 %)	18 (45,0 %)
Проноси	9 (20,5 %)	8 (20,0 %)
Чергування проносів та закрепів	10 (22,7 %)	9 (22,5 %)
Загальна слабкість	41 (93,2 %)	37 (92,5 %)
Нездужання	37 (84,1 %)	33 (82,5 %)
Зниження апетиту	32 (72,7 %)	29 (72,5 %)
Емоційна лабільність	24 (54,5 %)	22 (55,0 %)
Порушення сну	23 (52,3 %)	21 (52,5 %)
Підвищена втомлюваність	39 (88,9 %)	35 (87,5 %)
Зниження працездатності	37 (84,1 %)	33 (82,5 %)
Знижений настрій	29 (65,9 %)	26 (65,0 %)

тривоги та депресії HADS становив у середньому ( $16,7 \pm 6,9$ ) бала, рівень депресії — ( $11,9 \pm 3,2$ ) бала, що відповідало наявності тривоги та депресії. Відсутність тривоги та депресії встановлено у 9 (10,7 %) хворих, наявність тривоги — у 64 (76,2 %), депресії — у 28 (33,3 %). За результатами анкетування за шкалою Цунга встановлено, що ознаки депресії були відсутні лише у 17 (20,2 %) хворих. Звертав на себе увагу високий рівень помірної замаскованої та легкої депресії (28,6 та 36,9 % відповідно). Виразу депресію виявлено у 10 (11,9 %) хворих.

Середні оцінки за показниками тесту Спілбергера—Ханіна свідчили про переважання осіб із середнім та високим ступенем тривожності (64,3 та 11,9 % відповідно). Згідно з результатами опитування хворих щодо ставлення до хвороби, лише 27 (32,1 %) осіб мали гармонічну адекватну оцінку свого стану, у 14 (16,7 %) — реєструвався тривожний та у 13 (15,6 %) — неврастенічний тип. У 14 (16,7 %) хворих з поєднаною патологією середня оцінка за шкалою Бека становила ( $12,1 \pm 9,4$ ) бала, що відповідало рівню м'якої депресії. У 9 (10,7 %) пацієнтів депресивна симптоматика була відсутня, 10 (11,9 %) — відзначали у себе наявність депресії помірного ступеня. Загальна сума балів, розрахованих за допомогою анкети-опитувальника О.М. Вейна, перевищувала 15 та становила в середньому 44,0 (22,0–53,0).

При мікробіологічному дослідженні фекалій встановлено зменшення кількості біфідобактерій (*Bifidobacterium spp.*) до  $10^6$ – $10^7$  КУО/г, лактобактерій (*Lactobacterium spp.*) — до  $10^5$ – $10^6$  КУО/г у всіх хворих, підвищення частки лактозонегативних *E. coli* з низькою ферментативною активністю — до  $10^5$ – $10^6$  у 37 (84,1 %) хворих з основної групи та у 33 (82,5 %) — з групи порівняння; зростання до  $10^5$ – $10^6$  КУО/г та більше умовно-патогенних мікроорганізмів, таких як ентеробактерії (цитробактер, ентеробактер, клебсієли) — відповідно у 18 (40,9 %) та 15 (37,5 %) хворих; наявність стафілококів (переважно *Staph. aureus* та *Staph. saprophyticus*) — у 13 (29,5 %) та 12 (30,0 %) пацієнтів, протеїв (*Proteus mirabilis* або *P. vulgaris*) — у 5 (11,4 %) та 4 (10,0 %), дріжджоподібних грибів роду *Candida* — у 9 (20,4 %) та 6 (17,5 %) пацієнтів.

При використанні комбінації «Глутаргіну» та АЕЗ у комплексі медичної реабілітації в основній групі хворих відзначено чітко виражену позитивну динаміку клінічних показників, про що свідчило поліпшення самопочуття та загального стану хворих, підвищення емоційного настрою, зменшення відчуття втомлюваності, поліпшення або навіть нормалізація як фізичної, так і розумової працездатності, нормалізація сну та апетиту. Показово, що у більшості обстежених пацієнтів основної групи поступово зменшувалися та

навіть повністю ліквідувалися больові відчуття у животі, зокрема синдром правого підребер'я, поступово зменшувався та зникав біль при пальпації по ходу кишечника та навколо пупка, поліпшився характер випорожнення, ліквідовано закрепи або проноси, зменшилася інтенсивність метеоризму. У хворих цієї групи спостерігали швидше зникнення як суб'єктивної, так і об'єктивної симптоматики загострення хронічної поєднаної патології ЖМ та кишечника (табл. 2).

Зникнення тяжкості у правому підребер'ї у пацієнтів основної групи відбувалася в середньому на  $(3,6 \pm 0,3)$  доби раніше, ніж у групі порівняння, абдомінального дискомфорту — на  $(4,1 \pm 0,2)$  доби, позитивного симптому Кера — на  $(3,1 \pm 0,1)$  доби, метеоризму — на  $(3,7 \pm 0,1)$  доби, бурчання в животі — на  $(4,0 \pm 0,1)$  дні, порушення випорожнення — на  $(2,9 \pm 0,2)$  доби, загальної слабкості — на  $(4,4 \pm 0,2)$  доби, емоційної лабільності — на  $(3,2 \pm 0,3)$  доби, порушень сну — на  $(4,2 \pm 0,2)$  доби, підвищеної втомлюваності — на  $(3,0 \pm 0,2)$  доби, зниженого настрою — на  $(2,6 \pm 0,2)$  доби, відновлення апетиту — на  $(2,7 \pm 0,2)$  доби.

Аналіз результатів медичної реабілітації дав змогу виявити зникнення або зменшення виявів іпохондричного та тривожно-іпохондричного синдромів. Так, у 38 (86,4 %) хворих основної групи зареєстровано низький рівень тривожності, у 4 (9,1 %) — низький рівень тривожності, а у решти — тривожність взагалі була відсутньою. В усіх пацієнтів основної групи депресивна симптоматика була відсутньою. У хворих групи порів-

няння інтенсивність виявів іпохондричного або тривожно-іпохондричного синдромів знижувалася більш повільно або залишалася незмінною: низький рівень тривожності зареєстровано у 8 (20,0 %) хворих, помірний — у 26 (65,0 %), високий рівень — у 6 (15,0 %). Депресивна симптоматика в групі порівняння зберігалася у 19 (47,5 %) хворих, у 7 (17,5 %) з них спостерігалася депресія помірного ступеня. Загальна кількість балів за анкетною-опитувальником О.М. Вейна у хворих з коморбідною патологією основної групи становила 16,5 бала (12,7–23,9 бала), в групі порівняння — 35,0 бала (23,1–47,5 бала) ( $p < 0,05$ ).

У хворих основної групи при застосуванні комбінації «Глутаргіну» та АЕЗ відзначена позитивна динаміка стану кишкової мікрофлори, про що свідчило зростання популяційного рівня біфідобактерій до  $10^8$ – $10^9$  КУО/г, лактобактерій — до  $10^8$ – $10^9$  КУО/г, зниження кількості протеїв, кишкових паличок зі зміненими ферментативними властивостями  $< 10^4$  КУО/г, деконтамінація вмісту кишечника від умовно-патогенних ентеробактерій (цитробактер, ентеробактер, клебсієла), золотистого стафілококу.

До початку проведення медичної реабілітації в обох групах обстежених хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, мали місце однотипові суттєві порушення показників ФАМ, які свідчили про пригнічення функціонального стану системи фагоцитуючих макрофагів (табл. 3). ФІ був зниженим в основній групі в середньому в 1,8 разу, а в групі порівняння — в 1,77 разу, ФЧ — відповідно в 1,9 та 1,78 разу, ІП — в 2,0 і 1,98 разу. Це свід-

Таблиця 2. Тривалість збереження клінічної симптоматики у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, доба

Клінічний показник	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 40)
Тяжкість у правому підребер'ї	$5,6 \pm 0,5$	$9,2 \pm 0,8$
Абдомінальний біль	$4,7 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,6$
Позитивний симптом Кера	$5,8 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,4$
Метеоризм	$8,1 \pm 0,6$	$11,8 \pm 0,7$
Бурчання в животі	$8,9 \pm 0,4$	$12,9 \pm 0,5$
Порушення випорожнення	$7,2 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,3$
Загальна слабкість	$10,6 \pm 0,3$	$15,0 \pm 0,5$
Загальне нездужання	$8,1 \pm 0,4$	$10,6 \pm 0,3$
Емоційна лабільність	$6,1 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,7$
Зниження апетиту	$6,4 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,3$
Порушення сну	$4,7 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,5$
Зниження працездатності	$8,2 \pm 0,4$	$10,7 \pm 0,3$
Підвищена втомлюваність	$11,2 \pm 0,3$	$14,2 \pm 0,5$
Знижений настрій	$6,9 \pm 0,3$	$9,5 \pm 0,5$

Примітка. Різниця між основною та групою порівняння за усіма показниками достовірна ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3. Показники ФАМ у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, до початку проведення медичної реабілітації (М ± m)

Клінічний показник	Норма	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 40)
ФІ, %	26,5 ± 2,1	14,6 ± 1,3	14,9 ± 1,2
ФЧ	4,0 ± 0,03	2,1 ± 0,12	2,3 ± 0,12
ІІ, %	24,3 ± 1,8	12,2 ± 0,9	12,3 ± 1,0

Примітка. Різниця між основною та групою порівняння за усіма показниками недостовірна (p > 0,1).

Різниця відносно норми за усіма показниками в основній та групі порівняння достовірна (p < 0,001).

чить про наявність пригнічення функціонального стану МФС II–III ступеня в усіх хворих на ХНХ, поєднаний з СПК і ДБК. При цьому кратність зниження вивчених показників у хворих обох груп до початку проведення корекції була однаковою, що свідчило про порівнянність цих груп в імунологічному плані, зокрема щодо ступеня порушень показників МФС.

При повторному обстеженні (після завершення основного курсу медичної реабілітації) установлено суттєве поліпшення показників, які характеризують стан МФС, в основній групі хворих на ХНХ, поєднаний з СПК і ДБК, яка отримувала «Глутаргін» у комбінації з АЕЗ (табл. 4).

В основній групі хворих виявлено чітко виражену позитивну динаміку показників ФАМ, які на момент закінчення лікування були у межах норми (p > 0,05).

У групі порівняння позитивна динаміка проаналізованих показників ФАМ була менш значущою. Показники вірогідно відрізнялися як від норми, так і від аналогічних показників в основній групі хворих (див. табл. 4). Так, ФІ був у середньому в 1,57 разу нижчим за норму та в 1,51 разу нижчим за відповідний показник хворих основної групи, ФЧ — відповідно в 1,54 та 1,50 разу, ІІ — в 1,6 та 1,57 разу.

Таким чином, отримані нами дані свідчать, що застосування в комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з СПК і ДБК, сучасного метаболічно активного препарату «Глутаргін» у комбінації з фітозасобом АЕЗ сприяє нормалізації показників ФАМ, а отже, позитивно впливає на стан МФС. Можна вважати патогенетично обґрунтованим включення препарату

«Глутаргін» у комбінації з фітозасобом АЕЗ до комплексу реабілітаційних заходів у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК.

За даними диспансерного нагляду після завершення основного курсу медичної реабілітації тривалість збереження повноцінної клініко-біохімічної ремісії у 38 (86,4 %) хворих основної групи становила 12 міс (тривалість диспансерного нагляду) та у 6 (13,6 %) — від 6 до 11 міс. У групі порівняння у 23 (57,5 %) хворих — від 3 до 6 міс, у 9 (22,5 %) — від 7 до 11 міс, у 8 (20,0 %) — 12 міс та більше. Таким чином, повноцінну клініко-біохімічну ремісію тривалістю 1 рік та більше у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК та ДБК, основної групи, які отримували «Глутаргін» та АЕЗ, виявлено в 4,3 разу частіше, ніж у пацієнтів групи порівняння.

Застосування в комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, вітчизняного засобу «Глутаргін» у комбінації з фітопрепаратом АЕЗ забезпечує суттєве поліпшення загального стану хворих, ліквідацію або значне зниження інтенсивності клінічної симптоматики, яка свідчить про наявність хронічної патології гепатобіліарної системи та кишечника, а також поліпшення та навіть нормалізацію імунологічних показників, які характеризують стан МФС. При проведенні диспансерного нагляду встановлено, що використання «Глутаргін» у комбінації з АЕЗ сприяє збільшенню тривалості повноцінної клініко-біохімічної ремісії. Виходячи з цього, можна вважати, що використання метаболічно активного препарату «Глутаргін» у комбінації з фітозасобом АЕЗ у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК у фазі помірною за-

Таблиця 4. Показники ФАМ у хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, після завершення курсу медичної реабілітації (М ± m)

Клінічний показник	Норма	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 40)
ФІ, %	26,5 ± 2,1	26,3 ± 1,9 <sup>#</sup>	17,0 ± 1,5 <sup>*</sup>
ФЧ	4,0 ± 0,03	3,9 ± 0,05 <sup>#</sup>	2,6 ± 0,04 <sup>*</sup>
ІІ, %	24,3 ± 1,8	24,0 ± 1,1 <sup>##</sup>	15,1 ± 1,2 <sup>*</sup>

Примітка. Різниця щодо норми достовірна: \* p < 0,01.

Різниця щодо групи порівняння достовірна: <sup>#</sup> p < 0,01; <sup>##</sup> p < 0,05.

гострення або нестійкої ремісії, клінічно доцільне, патогенетично обґрунтоване та перспективне.

### Висновки

У хворих на ХНХ, поєднаний із СПК та ДБК у фазі помірного загострення або нестійкої ремісії, відзначено наявність астеничної та астеноневротичної симптоматики, поєднаної із синдромом правого підребер'я (тяжкість або помірний біль у ділянці правого підребер'я, позитивний симптом Кера) та виявами хронічної патології кишечника у вигляді метеоризму, бурчання у животі, порушення випорожнення (закрепи або проноси), біль при пальпації по ходу кишечника та навколо пупка.

У пацієнтів з ХНХ, поєднаним із СПК і ДБК, до початку проведення медичної реабілітації виявлено суттєве пригнічення стану МФС, яке характеризується зниженням ФАМ, особливо індексу перетравлення, що є патогенетично значущим у плані збереження та навіть прогресування патологічного процесу у ЖМ та кишечника.

Використання вітчизняного метаболічно активного препарату «Глутаргін» у комбінації з фітозасобом АЕЗ у комплексі медичної реабілітації

хворих на ХНХ, поєднаний із СПК та ДБК, сприяє поліпшенню загального стану хворих, ліквідації виявів загострення хронічної патології ЖМ та кишечника, нормалізації кількісних характеристик та співвідношень представників кишкової мікрофлори, в патогенетичному плані — нормалізації показників ФАМ, а також досягненню стійкої клінічної ремісії хвороби.

В осіб групи порівняння, які отримували лише загальноприйняті засоби медичної реабілітації, показники ФАМ після курсу медичної реабілітації вірогідно відрізнялися як від норми, так і від аналогічних показників в основній групі хворих.

Отримані дані дають підстави вважати клінічно доцільним, патогенетично обґрунтованим та перспективним включення «Глутаргину» в комбінації з фітозасобом АЕЗ до загальної програми медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК.

**Перспективи подальших досліджень.** Продовження дослідження ефективності комбінації «Глутаргину» та АЕЗ у медичній реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний із СПК і ДБК, зокрема її впливу на показники метаболічного гомеостазу.

### Список літератури

- Арбузова О.І. Клініко-патогенетичні особливості та лікування хворих з синдромом подразненого кишечника у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / О.І. Арбузова.— Луганськ, 2012.— 40 с.
- Артишок посевной (Cynara scolymus L.) как пищевое и лекарственное растение / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, И.В. Белоусова, В.С. Гришина // Фитотерапия. Часопис.— 2006.— № 4.— С. 3—11.
- Артишоку екстракт-Здоров'я: інструкція по клінічному застосуванню / Затверджена 11.12.03 р. наказом МОЗ України № 572.
- Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів / О.Я. Бабак, І.Є. Кушнір: Метод. рекомендації.— Харків, 2000.— 32 с.
- Бабак О.Я. Глутаргін — фармакологическое действие и клиническое применение / О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Н.В. Харченко.— Харьков; Луганск: Элтон, 2005.— 456 с.
- Бабак О.Я. Артишока екстракт-Здоров'я (фармакологические свойства и клиническое применение) / О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Н.В. Харченко.— Харьков; Луганск: Элтон, 2006.— 102 с.
- Бабак О.Я. Вплив глутаргину та артишоку екстракту-Здоров'я на показники енергетичного метаболізму у хворих із хронічною патологією гепатобілярної системи невірусного генезу / О.Я. Бабак, В.М. Фролов, Г.Д. Фадеєнко // Укр. мед. альманах.— 2006.— Т. 9, № 5.— С. 17—19.
- Гарник Т.П. Вплив комбінації глутаргину та екстракту артишоку на рівень «середніх молекул» при проведенні медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом С / Т.П. Гарник, В.М. Фролов // Укр. мед. альманах.— 2008.— Т. 11, № 1.— С. 31—36.
- Дисбактериоз кишечника (клиника, диагностика, лечение) / Ю.В. Лобзин, В.Г. Макарова, Е.Р. Корвякова, С.М. Захаренко.— СПб: Фолиант, 2007.— 256 с.
- Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник.— [4-е изд.]— К: Полиграф Плюс, 2010.— 552 с.
- Елизаветина Г.А. Синдром раздраженного кишечника в практике гастроэнтеролога и терапевта / Г.А. Елизаветина // Вестн. семейной медицины.— 2008.— № 3.— С. 26—30.
- Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р.А. Иванченкова.— М.: Атмосфера, 2006.— 416 с.
- Круглова О.В. Порушення з боку мікробіоценозу кишечника та складу циркулюючих імунних комплексів у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, які мешкають в умовах великого промислового регіону / О.В. Круглова // Проблеми праці та соціальних технологій у промисловому регіоні: теорія та практика. Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (6—7 грудня 2007 р.)— Луганськ, 2007.— С. 309—312.
- Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клин. мед.— 2000.— № 1.— С. 56—58.
- Милушкина О.И. Синдром раздраженного кишечника: проблемы нефармакологической терапии / О.И. Милушкина // Врач и информационные технологии.— 2008.— № 4.— С. 80—81.
- Осадчук А.М. Синдром раздраженного кишечника: клинико-морфологические типы / А.М. Осадчук, М.А. Осадчук, И.М. Кветной // Клин. мед.— 2008.— Т. 85, № 3.— С. 46—50.
- Палій І.Г. Порушення нормального стану кишкової мікрофлори у хворих з синдромом подразнення товстої кишки та можливості їх корекції / І.Г. Палій // Ліки.— 2007.— № 3—4.— С. 21—24.
- Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: Методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та ін.]— К, 2005.— 56 с.

19. Унифицированные биохимические методы обследования больных: Метод, рекомендации / Под ред. Л.Л. Громышевской. — К.: МЗ Украины, 1990. — 64 с.
20. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб.— Дніпропетровськ, 2006.— Вип. 37.— С. 3—9.
21. Філіппов Ю.О. Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006—2008 рр. / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда // Сучасні медичні технології.— 2010.— № 2 (6).— С. 56—59.
22. Фролов В.М. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, Л.А. Гаврилова // Лаборатор. дело.— 1989.— № 8.— С. 121—122.
23. Фролов В.М. Артишок посевной (*Synara scolymus* L.) как пищевое и лекарственное растение / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Б.П. Романюк // Укр. мед. альманах.— 2006.— Т. 9, № 3.— С. 158—163.
24. Шевяков М.А. Интестинальный дисбиоз у пациентов с синдромом раздраженного кишечника / М.А. Шевяков, З.К. Колб, О.Г. Савельева // Материалы II Всерос. конгресса по мед. микологии.— М., 2004.— Т. 4.— С. 95—96.
25. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев.— [2-е изд., доп.]— СПб: ВМедА, 2005.— 292 с.
26. Elshstein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshstein // Acta Medico.— 2006.— № 5.— P. 70—73.
27. Ruemmele F.M. Irritable bowel syndrome: cross-talk and pathophysiology of inflammation / F.M. Ruemmele // J. Gastroenterol. Nutr.— 2009.— Vol. 48.— P. 49—51.
28. Wang A.J. A diarrhea between Rome III and Rome II criteria in diagnosing irritable bowel syndrome / A.J. Wang, X.H. Liao, P.J. Hu // Zhonghua Nei Ke Za Zhi.— 2007.— Vol. 46, N 8.— P. 644—647.
29. Weismuller T.J. Biliary diseases — new insights and developments / T.J. Weismuller, T.O. Lankisch // Dtsch. Med. Wochenschr.— 2011.— Bd. 136.— S. 713—716.

О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеев, В.М. Фролов, О.В. Круглова

## Эффективность медицинской реабилитации больных с хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с синдромом раздраженного кишечника и дисбиозом

Проведена оценка эффективности комбинации отечественного метаболически активного препарата «Глутаргин» и отечественного фитопрепарата «Артишока экстракт-Здоровье» в медицинской реабилитации больных с хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с синдромом раздраженного кишечника и дисбиозом, и изучено ее влияние на фагоцитарную активность моноцитов периферической крови. Установлено, что применение «Глутаргина» в комбинации с «Артишока экстрактом-Здоровье» способствует улучшению общего состояния больных, ликвидации проявлений обострения хронической патологии желчного пузыря и кишечника, нормализации количественных характеристик и соотношений представителей кишечной микрофлоры, достижению стойкой клинической ремиссии заболевания. В патогенетическом плане применение данной комбинации препаратов способствует нормализации показателей фагоцитарной активности моноцитов и лабораторных показателей дисбиоза.

O.Ya. Babak, G.D. Fadeenko, V.M. Frolov, O.V. Kruglova

## Efficiency of medical rehabilitation of patients with chronic uncalculous cholecystitis, combined with irritable bowel syndrome and disbiosis

The assessment of efficacy has been held for the combination of domestic metabolically active preparation Glutargin and phytopreparation *Artichoke extract-Zdorovye* in the medical rehabilitation of patients with of chronic uncalculous cholecystitis combined with irritable bowel syndrome and disbiosis. The effects of this combination on the phagocytic activity of monocytes have been studied as well. It has been established that the use of glutargin and *Artichoke extract-Zdorovye* combination provided the improvement of the general state of the patients, liquidation of manifestations of exacerbation of gallbladder and intestine chronic pathology, normalization of qualitative characteristics and ratios of the intestinal microflora, and achievement of the stable clinical remission of the disease. In a pathogenic terms, the use of glutargin and *Artichoke extract-Zdorovye* combination provided the normalization of phagocytic activity of monocytes indexes and laboratory indexes of disbiosis.

### Контактна інформація

Бабак Олег Якович, д. мед. н., проф., директор ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»  
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а  
Тел. (57) 370-20-24. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 19 лютого 2012 р.