

**ВПЛИВ ХОЛЕНОРМУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ
"СЕРЕДНІХ МОЛЕКУЛ" У КРОВІ ХВОРИХ З
ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ, СПОЛУЧЕНИМ З СИНДРОМОМ
ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ ТА ДИСБІОЗОМ
В ПЕРІОДІ МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

О.В. Круглова

Луганський державний медичний університет

Вступ

Однією з найпоширеніших хвороб гастроентерологічного профілю на сьогодні є хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [1,9]. Згідно даних літератури, хворі на ХНХ складають 18-29% серед загальної популяції населення, при цьому результати епідеміологічних досліджень останніх років свідчать про неухильне зростання даної патології в загальній структурі захворювань гастроентерологічного профілю в Україні [1,10,18]. Синдром подразненого кишечника (СІК) - це також значно поширена хвороба людини в сучасних умовах, на яке страждають за даними епідеміологічних досліджень останніх років, 15-20% населення [3,14,19]. Відомо, що у хворих на хронічну патологію печінки та жовчного міхура майже у 80-90% випадків спостерігається наявність дисбіозу [17]. Порушення мікробіологічного балансу зумовлено зміною середовища існування мікроорганізмів у товстій кишці внаслідок порушень жовчовиділення, пригнічення функціонального стану печінки тощо, а також секреторно-ферментативної діяльності шлунково-кишкового тракту в цілому [15,17].

Наявність сполученої патології негативно впливає на перебіг поєднаних захворювань внаслідок формування так званого "синдрому взаємного обтяження" [11]. Тому можна вважати актуальним поглиблене вивчення патогенезу коморбідної патології та розробку на цій підставі патогенетично об-

грунтованих підходів до лікування та медичної реабілітації.

В цьому плані нашу увагу привернула концепція видатного українського клінічного біохіміка проф. Л.Л. Громашевської щодо так званої "метаболічної інтоксикації" [7]. Авторка вважає, що синдром "метаболічної інтоксикації" (СМІ) має універсальне медико-біологічне значення в патогенетичному аспекті та виникає при багатьох захворюваннях, що пов'язані з порушеннями ходу нормальних біохімічних процесів в організмі. При наявності хронічної патології жовчного міхура та кишечника внаслідок перекручування біохімічних реакцій в крові та інших біологічних рідинах організму накопичується надмірна кількість природних метаболітів та з іншого боку нагромаджується значна кількість патологічного обміну речовин, більшість яких відноситься до пулу "середніх молекул" (СМ) [7]. Відомо, що при патології гепатобіліарної системи 75-80% усіх СМ - це так звані середньомолекулярні пептиди, молекули яких складаються з 7-9 залишків амінокислот; як правило ці сполуки в нормі відсутні у організмі та володіють дуже високою токсичністю [7].

При створенні програми медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом, нашу увагу привернула поперед усього можливість використання засобів рослинного походження внаслідок їхньої низької токсичності у порівнянні з синтетичними ліками [2, 13].

Холенорм відноситься до групи комбінованих засобів рослинного походження, ефект яких спрямований на нормалізацію функції гепатобіліарної системи, кишечника та травної системи в цілому [1, 2, 10, 13]. До складу холенорму входять трава звіробою (*Herb. Hyperici perforati*), трава полину (*Herb. Artemisiae vulgaris*), плоди фенхелю (*Fructus Foeniculi vulgari*), квітки цмину піскового (*Flores Helichrysi aenearii*), кукурудзяні рильця (*Stigmatae Maydis*), листя зеленого чаю (*Folia Camelina sinensis*), листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*). Трава звіробою звичайного (*Herba Hyperici*) містить у своєму складі флавоноїди (гіперозид, рутин, квертецин), ефірну олію, дубильні речовини, переважно похідних піро-

катехіну, сапоніни, холін, вітамін С і каротин, фітонциди та антибіотики, смолисті речовини, антоціани, чим і пояснюється різнобічна його лікувальна дія. Має протизапальні властивості, стимулює процеси репаративної регенерації, виявляє в'язучу та сечогінну дію, збуджує апетит, стимулює роботу серця, володіє адаптогенним ефектом [2, 10]. В стовпчиках кукурудзи (*Stigmatae Maydis*) містяться вітаміни А, В₁, В₂, К, Е, Р, аскорбінова та пантотенова кислота, сапоніни, глікозидні речовини, жирні та леткі олії, смоли. Виражена протизапальна та сечогінна дія препаратів зі стовпчиків кукурудзи обумовлює детоксикуючу дію при різних хворобах. Також володіють жовчогінним, кровоспинним, проапетитним ефектами, зменшують вміст білірубину [5, 6]. До складу трави полину звичайного (*Herb. Artemisiae vulgaris L.*) входять ефірні олії, глікозиди, таніни. Препарати з трави полину звичайного стимулюють секрецію шлунка, виділення жовчі і тому зменшують застійні явища у жовчних шляхах і жовчному міхурі, що робить їх корисними при ХНХ [2, 6]. У плодах фенхелю звичайного (*Fructus Foeniculi vulgari*) містяться летка олія, жирні олії, цукор, білок. До складу леткої олії входять анетол, анісова кислота, анісовий альдегід, анісовий кетон та терпени (пінен, камфен, фенландрен). Препарати з фенхелю звичайного застосовують в якості спазмолітичного, вітрогінного засобу, мають слабу сечогінну дію, збуджують та поліпшують травлення [5]. Квітки цмину піскового (*Flores Helichrysi aenearii*) традиційно використовують як гепатозахисний та жовчогінний засіб при гепатитах різного генезу, запальних процесах у жовчних шляхах та жовчному міхурі [2, 6]. Застосовують препарати цмину піскового як жовчогінний, гепатопротекторний, дезинфікуючий жовчні протоки, також як кровоспинний та глистогінний засіб (містить у собі багато флавонів і флавоноглікозидів, стерин, каротин, вітаміни К і С). [1, 6]. Листя зеленого чаю (*Folia Camelina sinensis*) володіють антиоксидантним, судиннопротекторним, сечогінним ефектами, що сприяє детоксикуючій дії препаратів з цієї рослини [6, 13]. Листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*) застосовують для збудження і поліпшення

травлення, як жовчогінний, вітрогонний та спазмолітичний засіб, що обумовлено наявністю у складі листя м'яти перцевої ефірної олії, дубильних речовин, каротину [2, 10].

Холенорм вважається ефективним при гострих та хронічних ураженнях печінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми печінки, при ураженнях печінки внаслідок використання гепатотоксичних препаратів, а також при хронічних ураженнях запального характеру жовчного міхура та жовчовивідних шляхів [1, 2, 10, 13].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету за темою НДР: "Оцінка ефективності препаратів рослинного походження у хворих з патологією органів травлення" (№ держреєстрації 0102U02349).

Метою роботи було вивчення ефективності вітчизняного фітозасобу холенорму в комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника та його вплив на рівень СМ у сироватці крові хворих.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилося 64 хворих у віці від 20 до 55 років, у яких був встановлений діагноз ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника в фазі нестійкої ремісії або помірною загострення. Обстежені хворі були розподілені на дві групи - основну (31 пацієнт) та зіставлення (33 особи). Пацієнти основної групи в комплексі медичної реабілітації отримували вітчизняний фітозасіб холенорм по 20-25 крапель на півсклянки води за півгодини до вживання їжі протягом 20-30 днів поспіль та додатково з метою корекції дисбіозу кишечника - біфіформ по 1 капсулі 2 рази на добу 14 днів поспіль, хворі групи зіставлення вживали лише загальноприйняті препарати (спазмолітики, антигістамінні препарати, вітаміни, при необхідності - препарати нітрофуранового ряду).

Діагноз ХНХ, сполученого з СПК і дисбіозом кишечника встановлено на підставі даних анамнезу, клінічного, лабораторного та сонографічного обстеження. Лабораторні засоби

дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі; глюкозу крові; копрограму; визначення функціональних проб печінки; за допомогою бактеріологічного методу вивчали видовий склад та популяційний рівень мікрофлори порожнини товстої кишки. Всі показники вивчали в динаміці та оцінювали в комплексі з клінічними даними. Крім того, усім хворим, що знаходилися під наглядом, проводили додаткове біохімічне обстеження, яке полягало у вивченні концентрації СМ згідно методики В.В. Ніколайчика та співавт. [16].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензованих програм Microsoft Office 2000, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica) [12].

Результати досліджень та їх обговорення

В клінічному плані до початку проведення медичної реабілітації у всіх хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом, мали місце астеничні та астено-невротичні, диспептичні прояви та так званий симптомокомплекс "правого подребер'я". Пацієнти з'являли скарги на загальну слабкість, нездужання, порушення сну, емоційну лабільність, зниження апетиту, метеоризм, бурчання у животі, порушення частоти та консистенції стільця (пронеси або закрепи), тяжкість або помірний біль у правому подребер'ї, абдомінальні болі, що зникали під час сну та позитивний симптом Кера. На підставі отриманих фактів про зміни мікробіоценозу кишечника шляхом аналізу бактеріограм випорожнень у всіх хворих до початку медичної реабілітації було визначено II ступінь дисбіозу: що характеризувалася зниженням рівня біфідобактерій до 10^6 - 10^7 , лактобактерій з низькою ферментативною активністю - до 10^5 - 10^6 , підвищенням вмісту умовно патогених мікроорганізмів, таких як протей - до 10^5 , ентеробактерії (цитробактер, ентеробактер, клебсієла) - до 10^5 , Staph. aureus - до 10^5 , а також наявністю підвищеного рівня кишкової палички зі зміненими ферментативними властивостями до 10^5 - 10^6 , та дріжджоподібних грибів

роду *Candida*, вміст яких був 10^4 - 10^5 .

При додатковому біохімічному обстеженні до початку проведення медичної реабілітації в обстежених пацієнтів як основної групи, так і групи зіставлення відмічено збільшення рівня СМ, що свідчило про наявність у таких хворих лабораторно підтвердженого СМІ. Як видно з таблиці 1, концентрація СМ у сироватці крові підвищувалася до $1,73 \pm 0,03$ г/л в основній групі обстежених хворих, а в групі зіставлення до $1,76 \pm 0,06$ г/л, тобто у середньому була в 3,3 рази більше норми ($P < 0,01$).

Таблиця 1

Динаміка рівня СМ у хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника ($M \pm m$)

Біохімічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=31)	зіставлення (n=33)	
СМ, г/л	$0,52 \pm 0,08$	$1,73 \pm 0,02^{**}$ $0,53 \pm 0,06^*$	$1,76 \pm 0,02^{**}$ $1,04 \pm 0,04^*$	$>0,1$ $<0,01$

Примітка: в числівнику показник до лікування, в знаменнику - після завершення, вірогідність розбіжності з показником норми * - при $P < 0,05$, ** - при $P < 0,01$, *** - при $P < 0,001$; стовпчик P - вірогідність розбіжності між показниками основної групи та групи зіставлення.

Після завершення медичної реабілітації в основній групі (яка в комплексі медичної реабілітації отримувала засіб рослинного походження холенорм у комбінації з пробіотиком біфіформом) відмічена практично повна нормалізація рівня СМ ($0,53 \pm 0,06$ г/л). У групі зіставлення (яка в комплексі медичної реабілітації отримувала лише загальноприйняті препарати), незважаючи на деяку позитивну динаміку, концентрація СМ залишалася у середньому в 2 рази більше норми, складаючи при цьому $1,04 \pm 0,04$ г/л.

Таким чином, у обстежених групи зіставлення на момент завершення медичної реабілітації концентрація СМ відрізнялася не лише від показника норми, але і від аналогічного показника основної групи, що свідчить про позитивний вплив ренорму на вказані біохімічні показники. Нормалізація концентрації СМ у пацієнтів основної групи свідчила про

ліквідацію СМІ, що патогенетично має велике значення у попередженні подальшого прогресування сполучених захворювань (ХНХ та СПК).

В клінічному плані у хворих основної групи відзначається більш ранні терміни ліквідації проявів патологічного процесу у дигестивній системі, ніж у пацієнтів групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняті засоби медичної реабілітації. Отримані дані узагальнені у таблиці 2.

Таблиця 2

Тривалість збереження клінічної симптоматики у обстежених хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника

Клінічні показники	Основна група (n=31)	Група зіставлення (n=33)	P
- абдомінальний біль	$4,7 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,6$	$<0,05$
- тяжкість у правому підребер'ї	$5,6 \pm 0,5$	$9,2 \pm 0,8$	$<0,05$
- позитивний симптом Кера	$5,8 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,4$	$<0,05$
- порушення випорожнення	$7,2 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,3$	$<0,05$
- бурчання в животі	$8,9 \pm 0,4$	$12,9 \pm 0,5$	$<0,05$
- метеоризм	$8,1 \pm 0,6$	$11,8 \pm 0,7$	$<0,05$
- загальна слабкість	$10,6 \pm 0,3$	$15,0 \pm 0,5$	$<0,05$
- зниження апетиту	$6,4 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,3$	$<0,05$
- загальне нездужання	$8,1 \pm 0,4$	$10,6 \pm 0,3$	$<0,05$
- знижений настрій	$6,9 \pm 0,3$	$9,5 \pm 0,5$	$<0,05$
- порушення сну	$4,7 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,5$	$<0,05$
- емоційна лабільність	$6,1 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,7$	$<0,05$
- підвищена втомлюваність	$11,2 \pm 0,3$	$14,2 \pm 0,5$	$<0,05$

У обстежених пацієнтів, що склали основну групу, зникнення абдомінального болю відбувалося - на $4,1 \pm 0,2$ дні раніше, ніж у обстежених групи зіставлення, ліквідація тяжкості у правому підребер'ї відбувалася в середньому на $3,6 \pm 0,3$ днів раніше, ніж в групі зіставлення, позитивного симптому Кера - на 3,1 дні, порушення випорожнення - на $2,9 \pm 0,2$ дні, бурчання в животі - на $4,0 \pm 0,1$ дні, метеоризму - на $4,3 \pm 0,1$ дні, раніше ніж у хворих з групи зіставлення. Ліквідація загальної слабкості у пацієнтів основної групи

які в комплексі медичної реабілітації отримували фітозасіб холенорм та пробіотик біфіформ відбувалася на $4,4 \pm 0,2$ доби раніше, ніж у хворих групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняті засоби, відновлення апетиту у обстежених основної групи відбувалося на $2,7 \pm 0,2$ доби швидше, зникнення загального нездужання - на $2,5 \pm 0,1$ дні, зниженого настрою - на $2,6 \pm 0,2$ доби, порушень сну - на $4,2 \pm 0,2$ доби, емоційної лабільності - на $3,2 \pm 0,3$ доби, підвищеної втомлюваності - на $3,0 \pm 0,2$ доби скоріше, ніж у пацієнтів з групи зіставлення.

У хворих основної групи при застосуванні засобу рослинного походження холенорму та пробіотику біфіформу відмічена відновлення фізіологічного співвідношення та кількісних характеристик кишкової мікрофлори, що полягало у зростанні популяційного рівня біфідобактерій до 10^8 - 10^9 , вмісту лактобактерій до 10^8 - 10^9 , зниженні кількості протеїв, кількість кишкових паличок з зміненими ферментативними властивостями $< 10^4$, деконтамінації вмісту кишечника від умовно патогенних ентеробактерій, золотистого стафілококу.

Таким чином, отримані дані свідчать, що застосування засобу рослинного походження холенорму та пробіотику біфіформу в загальному курсі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника, сприяє більш швидкій ліквідації клінічних проявів загострення хронічної патології жовчного міхура та кишечника, а в патогенетичному плані - ліквідації СМІ, що лабораторно підтверджується нормалізацією рівня СМ у сироватці крові. Виходячи з отриманих нами даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним включення комбінації холенорму та біфіформу до курсу медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника.

Висновки

1. У хворих на ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника в період загострення або нестійкої ремісії патологічного процесу відмічається наявність таких симптомокомплексів, як астеничного та астено-невротичного, диспептичного та так званого "правого підбер'я". Крім того, у таких хворих мають

місце кількісні та якісні зміни кишкової мікрофлори, що свідчать про розвиток дисбіозу II ступеню.

2. У пацієнтів з ХНХ, сполучений з СПК і дисбіозом кишечника при додатковому біохімічному обстеженні встановлено підвищення в сироватці крові рівня СМ, що є відображенням наявності в обстежених хворих СМІ.

3. Призначення фітозасобу вітчизняного виробництва холенорму в комбінації з пробіотиком біфіформом у комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, сполучений з СПК та дисбіозом кишечника, сприяє покращенню загального стану хворих, ліквідації проявів загострення хронічної патології жовчного міхура та кишечника, нормалізації співвідношень та кількісних характеристик кишкової мікрофлори та в цілому досягнення стійкої клінічної ремісії хвороби.

4. В патогенетичному плані використання холенорму в комбінації з біфіформом у медичній реабілітації хворих на ХНХ, сполучений із СПК і дисбіозом, сприяє нормалізації рівня СМ та, таким чином, ліквідації СМІ.

4. У подальшому планується вивчити ефективність комбінації засобу рослинного походження холенорму та біфіформу на низку інших імунологічних показників, зокрема на показники інтерферонового статусу.

Література

1. Бабак О.Я. Сучасна фармакотерапія захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів: Метод. рекомендації / О.Я. Бабак, І.Є. Кушнір. - Харків, 2000. - 32 с.
2. Бабак О.Я. Клиническая оценка эффективности холенорма в комплексе медицинской реабилитации больных с хронической патологией печени невирусного генеза / О.Я. Бабак, В.М. Фролов // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. - 2003. - №7 (53). - С. 207-214.
3. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / Е.К. Баранская // Consilium

medicam. - 2000. - № 2 (7). - С. 24-26.

4. Вальшев А.А. Роль персистирующей условно патогенной микрофлоры кишечника при дисбиозе в возникновении заболеваний гепатобилиарной системы / А.А. Вальшев // Журнал микробиологии. - 1997. - № 4. - С. 87-88.

5. Гарник Т.П. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині / Т.П. Гарник, Ф.А. Мітченко, Т.К. Шураєва // Фітотерапія. - 2002. - № 1-2. - С. 70-72.

6. Грицик А.Р., Гузьо Н.М., Посацька Н.М. Пошук лікарських рослин, які застосовуються для лікування захворювань гепатобіліарної системи / А.Р.Грицик, Н.М.Гузьо, Н.М. Посацька // Фітотерапія. - 2007. - № 2. - С. 47-51.

7. Громашевская Л.Л. "Средние молекулы" как один из показателей "метаболической интоксикации" в организме / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. - 1997. - № 1. - С. 11-16.

8. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. - 2006. - № 1. - С. 3-13.

9. Ильченко А.А. Хронический бескаменный холецистит / А.А. Ильченко // Гепатология. - 2004. - № 1. - С. 26-30.

10. Компанієць К.М. Вплив холенорму на показники перекисного окислення ліпідів у хворих на хронічний некалькульозний холецистит на тлі вторинного імунodefіциту / К.М. Компанієць // Український медичний альманах. - 2004. - Т. 7, №4. - С. 63-65.

11. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. - 2000. - № 1. - С. 56 - 58.

12. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.И. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.И. Бабич. - Киев: Моршон, 2000. - 320 с.

13. Левандовский В.В. Справочник по применению фитопрепаратов "Экомед" в практической медицине / В.В. Ле-

вандовский - 2-е изд. - Киев, 2001. - 38 с.

14. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника : учебное пособие / И.В. Маев, С.В. Черемушкин. - М., 2004. - 80 с.

15. Микробиологическая диагностика дисбактериозов: Методич. рекомендації / под ред. В.А. Знаменского. - Киев: МЗ Украины, 1986. - 28 с.

16. Способ определения "средних молекул" / В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Кирковский [и др.] // Лаборат. дело. - 1991. - №10. - С. 13-18.

17. Сухолитка О.М. Вплив біфтопу на функціональний стан печінки і кишковий мікробіоценоз у хворих на хронічний панкреатит та цукровий діабет: дис... канд. мед. наук: 14.01.36 / Івано-Франківський держ. медичний ун-т. - Івано-Франківськ, 2005. - 202 с.

18. Фролов В.М., Драннік Г.М. Ефективність холенорму та манаксу в медичній реабілітації хворих із синдромом підвищеної стомлюваності на фоні хронічної патології гепатобіліарної системи / В.М. Фролов, Г.М. Драннік // Український медичний альманах. - 2004. - Т. 7, № 4. - С. 172-174.

19. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process / D.A. Drossman // Gastroenterology. - 2006. - № 130. - P. 1377-1390.

Резюме

Круглова О.В. Вплив холенорму на концентрацію "середніх молекул" у крові хворих з хронічним некалькульозним холециститом, сполученим з синдромом подразненого кишечника та дисбіозом в періоді медичній реабілітації.

Проаналізовано вплив засобу рослинного походження холенорму на рівень "середніх молекул" у медичній реабілітації хворих з хронічним некалькульозним холециститом, сполученим з синдромом подразненого кишечника та дисбіозом. Встановлено, що застосування фітозасобу холенорму та пробіотику біфіформу сприяє нормалізації рівня "середніх молекул", тобто ліквідації синдрому "метаболическої інтоксикації".

Ключові слова: холенорм, середні молекули, медична реабілітація, хронічний некалькульозний холецистит, синдром подразненого кишечника, дисбіоз.

Резюме

Круглова О.В. Влияние холенорма на концентрацию "средних молекул" в крови больных с хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с синдромом раздраженного кишечника и дисбиозом в периоде медицинской реабилитации

Проанализировано влияние средства растительного происхождения холенорма на уровень "средних молекул" в медицинской реабилитации больных с хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с синдромом раздраженного кишечника и дисбиозом. Установлено, что применение фитосредства холенорма и пробиотика бифиформа способ нормализации уровня "средних молекул", то есть ликвидации синдрома "метаболической интоксикации".

Ключевые слова: холенорм, средние молекулы, медицинская реабилитация, хронический некалькулезный холецистит, синдром раздраженного кишечника, дисбиоз.

Summary

Kruglova O.V. Influence of cholenorm on the concentration of "middle molecules" at patients with a chronic uncalculary cholecystitis, which connected with irritable bowel syndrome and disbiosis in the medical rehabilitation

Influence of mean of phyto remedy as cholenorm on the level of "middle molecules" in the medical rehabilitation of patients with a chronic uncalculary cholecystitis, which connected with irritable bowel syndrome and disbiosis was investigated. It is set that application of phyto remedy as cholenorm and probiotic bifiform is instrumental in normalization level of "middle molecules", that liquidations of syndrome of "metabolic intoxication".

Key words: cholenorm, middle molecules, medical rehabilitation, chronic uncalculary cholecystitis, irritable bowel syndrome, disbiosis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г.Бурмак

УДК 616.345.567-345.56:616.567-957.345-02

ВПЛИВ ІМУНОМАКСУ НА ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ, ПОЄДНАНИМ З ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В.М. Фролов, Л.В. Кузнецова, М.О. Пересадін
Національна медична академія післядипломної освіти
ім.П.Л.Шупика (Київ)

Луганський державний медичний університет
Луганський інститут праці і соціальних технологій

Вступ

Синдром хронічної втоми (СХВ) клінічно характеризується поєднанням поліморфних астеничних, субдепресивних, неврастенічних, нейроциркуляторних розладів [12]. На даний час СХВ - це такий патологічний стан, який виникає в результаті негативного впливу на організм людини несприятливих екологічних чинників навколишнього середовища, перш за все антропогенного генезу, а також всіляких психоемоційних стресів [14]. При цьому СХВ виявляється симптомокомплексом, який характеризується перш за все втомою, зниженням розумової і фізичної працездатності, погіршенням пам'яті на поточні події, часто апатією, лабільністю настрою, нерідко підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр, а також болями в горлі, частим розвитком гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) і рецидивів герпетичної інфекції на основі персистенції в організмі хворих вірусу простого герпесу [2,9].

Згідно із статистичними даними в сучасних умовах в Україні, як і в інших країнах СНД спостерігається неухильне зростання захворюваності хронічною патологією гепатобілярної системи (ГБС), зокрема хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ) [4,5]. ХБХ нерідко поєднується з синдромом підвищеної стомлюваності (СХВ), що негативно впливає на