



В.М. Кононов

Луганський державний медичний університет

## Оптимізація медичної реабілітації хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з ожирінням, з використанням фітопрепарату «Бонджигар»

### Ключові слова

Хронічний некалькульозний холецистит, ожиріння, медична реабілітація, «Бонджигар».

Нині все більшу увагу дослідників та практичних лікарів привертають коморбідні хвороби, які характеризуються поєднанням двох або навіть більше окремих нозологічних одиниць [13]. За наявності такої поєднаної патології має місце так званий синдром «взаємного обтяження» [10], завдяки якому погіршується клінічний перебіг та наслідки коморбідної патології. Особливо часто поєднана патологія зустрічається у хворих гастроентерологічного профілю [10, 13, 18]. Нашу увагу в цьому плані привернула дуже часта коморбідність хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та ожиріння, що зумовлено спільними ланками патогенезу цих двох хвороб [9, 16, 18, 20].

Незважаючи на значне розмаїття існуючих лікарських засобів, на сьогодні все частіше спостерігають зниження ефективності традиційних схем лікування. Клінічний досвід свідчить, що в багатьох випадках використання лише синтетичних препаратів є недостатнім та часто викликає побічні ефекти та ускладнення, перш за все, дисбіоз кишечника та різноманітні алергійні стани. Тому останнім часом все більше уваги приділяється розробці нових схем лікування із застосуванням препаратів рослинного походження, які не є ксенобіотиками та які тривалий час можуть вживати хворі [11, 17, 20]. При розробці програми медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєдна-

ний з ожирінням, нашу увагу привернула можливість використання сучасного комбінованого фітозасобу «Бонджигар» [2, 3], мета застосування якого — відновлення метаболічного гомеостазу та ліквідація загострення хронічних запальних виявів у ЖМ.

Метою роботи було вивчення ефективності використання комбінованого фітозасобу «Бонджигар» у медичній реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням.

### Матеріали та методи

Під наглядом перебували 154 хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, віком від 26 до 59 років, чоловіків серед обстежених було 74 (48,1 %), жінок — 80 (51,9 %). Діагноз ХНХ був встановлений відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки [9]. Для виключення вірусного ураження печінки було проведено дослідження сироватки крові обстежених на маркери віруси гепатиту В, С та D за допомогою ІФА. За

наявності маркерів вірусних гепатитів у крові ці хворі були виключені з подальшого дослідження. Діагноз ожиріння ставився за даними анамнезу та результатами клінічного обстеження. При цьому використовували вивчення індексу маси тіла (ІМТ), який був запропонований Міжнародною групою з дослідження ожиріння [16]. ІМТ — це відношення маси тіла хворого (у кілограмах) до квадрату зросту пацієнта (у метрах). За даними Міжнародної групи з дослідження ожиріння, нормальні значення ІМТ повинні бути у діапазоні від 18,5 до 24,9; ожиріння I ступеня констатують при показниках ІМТ від 25,0 до 29,9; ожиріння IIa ступеня — при значеннях ІМТ від 30,0 до 34,0; IIb ступеня — при значеннях ІМТ від 35,0 до 39,9 та патологічне ожиріння III ступеня — при ІМТ 40,0 та більше [16]. Відповідно до цих градацій серед обстежених нами хворих було 89 осіб (57,8 %) з ожирінням IIa ступеня, 55 осіб (35,7 %) з IIb ступеня та 10 хворих (6,5 %) з ожирінням III ступеня.

Хворих, які перебували під наглядом, було розподілено на дві групи, рандомізованих за статтю, віком, тяжкістю перебігу патології ГБС та ступенем ожиріння — основну (78 пацієнтів) і порівняння (76 хворих). Основна група отримувала додатково до загальноприйнятих засобів медичної реабілітації сучасний комбінований фітозасіб «Бонджигар» по 2 капсули 3 рази на день після споживання їжі протягом 30–40 діб поспіль, група порівняння — лише загальноприйняті препарати (спазмолітики, жовчогінні препарати, «Карсил») у середньотерапевтичному дозуванні.

«Бонджигар» — комбінований фітозасіб, до складу якого входять екстракти з лікарських рослин: вербени білої (*Eclipta alba*), пікоризи курроа (*Picrorrhiza kurroa*), пасльону чорного (*Solanum nigrum*), цикорію звичайного (*Cichorium intybus*), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*), тамарикса дводомного (*Tamarix gallica*), редьки посівної (*Raphanus sativus*), барбарису остистого (*Berberis aristata*), розторопші плямистої (*Silybum marianum*), сферантуса індійського (*Sphaeranthus indicus*), берхавії розлогої (*Boerhavia diffusa*) [2, 3]. «Бонджигар» зареєстрований в Україні як лікарський препарат (реєстраційне посвідчення № UA/1061/02/01) й дозволений до медичного застосування (Наказ МОЗ України № 18 від 22.01.07). Цей фітопрепарат володіє гепатопротекторними та антиоксидантними властивостями, протизапальною дією, поліпшує функціональний стан печінки та вплив жовчі з жовчного міхура, сприяє знешкодженню хімічних токсинів, захищає клітини печінки від дії токсичних речовин [2]. «Бонджигар» вважається ефективним при гострих та хронічних захворюваннях пе-

чінки різного генезу, жировій інфільтрації паренхіми печінки, при ураженнях печінки внаслідок дії гепатотоксичних препаратів, а також за наявності системних інфекцій, які сприяють формуванню неспецифічної патології печінки та жовчовивідних шляхів [3].

Загальноприйняті лабораторні методи дослідження включали клінічний аналіз крові і сечі, вивчення вмісту глюкози у крові. Для оцінки функціонального стану печінки вивчалися біохімічні показники з використанням уніфікованих методів [15], які включали визначення у крові рівня загального білірубину і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз — АЛТ і АСТ; вмісту холестерину, рівня альбуміну, активності екскреторних ферментів — лужної фосфатази та гаммаглутаміл-траспептидази; тимолової проби. При цьому функціональні проби печінки визначали в динаміці лікування та оцінювали комплексно з клінічними даними. Спеціальне біохімічне дослідження включало вивчення концентрації «середніх молекул» (СМ) [14], вмісту продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) — проміжних — дієнових кон'югат (ДК) [5] та кінцевого — малонового діальдегіду (МДА) [1] у крові хворих спектрофотометрично. Вивчали також показник перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ) [5]. Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica [12].

### Результати та обговорення

До початку проведення медичної реабілітації в клінічному плані в усіх хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, що перебували під наглядом, спостерігалися астеничні та астеноневротичні вияви, тяжкість або помірний біль у правому підбер'ї, нерідко гіркота у роті та позитивний симптом Кера (табл. 1). В цілому в обстежених хворих було констатовано помірне загострення або нестійка ремісія ХНХ.

Вивчення біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки, дало змогу встановити наявність помірно виражених зсувів у більшості обстежених. Так, рівень загального білірубину у сироватці крові хворих основної групи до початку реабілітації становив у середньому ( $24,8 \pm 1,3$ ) мкмоль/л, у групі порівняння — ( $24,2 \pm 1,2$ ) мкмоль/л, що достовірно перевищувало верхню межу норми даного показника ( $p = 0,05$ ). Вміст прямого білірубину у крові хворих основної групи в цей період обстеження

Таблиця 1. Клінічна симптоматика у хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, до медичної реабілітації

Клінічний показник	Основна група (n = 78)	Група порівняння (n = 76)
Тяжкість у правому підребер'ї	65 (83,3 %)	63 (82,9 %)
Позитивний симптом Кера	70 (89,7 %)	68 (89,5 %)
Загальне нездужання	68 (87,2 %)	66 (86,8 %)
Загальна слабкість	73 (93,6 %)	71 (93,4 %)
Зниження апетиту	58 (74,4 %)	56 (73,7 %)
Порушення сну	40 (51,3 %)	39 (51,3 %)
Емоційна лабільність	43 (55,1 %)	41 (53,9 %)
Підвищена втомлюваність	70 (89,7 %)	68 (89,5 %)
Знижений емоційний настрій	48 (61,5 %)	47 (61,8 %)
Гіркота у роті	36 (46,2 %)	35 (46,1 %)

становив  $(9,8 \pm 0,2)$  мкмоль/л, у групі порівняння —  $(9,2 \pm 0,15)$  мкмоль/л, що також було достовірно вище за норму ( $p < 0,05$ ). В обстежених хворих відмічалася також помірна гіпертрансфераземія: активність АЛТ в основній групі досягала  $(1,28 \pm 0,06)$  ммоль/(л·год); АСТ —  $(1,12 \pm 0,05)$  ммоль/(л·год); у групі порівняння відповідно  $(1,24 \pm 0,05)$  ммоль/(л·год) та  $(0,99 \pm 0,04)$  ммоль/(л·год) ( $p < 0,05$ ). Показник тимолової проби був збільшений в межах 6,0–6,9 од. у 48 хворих (61,5 %) основної групи та 46 пацієнтів (60,5 %) групи порівняння. Отже, у більшості обстежених пацієнтів мали місце помірно виражені порушення функціональних проб печінки у зв'язку з наявністю неспецифічного реактивного гепатиту.

Проведення спеціального біохімічного дослідження дало змогу встановити, що в основній групі обстежених хворих рівень СМ у сироватці крові був вищим за показник норми в середньому в 4,0 разу ( $p < 0,001$ ) та дорівнював при цьому  $(2,08 \pm 0,05)$  г/л, в групі порівняння — в 3,85 разу вищим за норму ( $p < 0,001$ ), дорівнюючи при цьому  $(2,0 \pm 0,08)$  г/л (табл. 2).

Концентрація кінцевого продукту ПОЛ — МДА у сироватці крові хворих в основній групі в цей період обстеження становила  $(8,5 \pm 0,2)$  мкмоль/л при нормі  $(3,2 \pm 0,2)$  мкмоль/л, тобто була в середньому в 2,66 разу вища за норму ( $p < 0,01$ ); у групі порівняння концентрація МДА у крові становила в середньому  $(8,4 \pm 0,15)$  мкмоль/л, тобто була в 2,63 разу вища за норму ( $p < 0,01$ ). Концентрація проміжних продуктів ліпопероксидації — ДК у крові обстежених хво-

Таблиця 2. Біохімічні показники у хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, до медичної реабілітації (М ± m)

Показник	Норма	Основна група (n = 78)	Група порівняння (n = 76)
СМ, г/л	$0,52 \pm 0,02$	$2,08 \pm 0,05^{**}$	$2,0 \pm 0,08^{**}$
МДА, мкмоль/л	$3,2 \pm 0,2$	$8,5 \pm 0,2^*$	$8,4 \pm 0,15^*$
ДК, мкмоль/л	$6,2 \pm 0,15$	$16,6 \pm 0,3^{**}$	$16,3 \pm 0,25^{**}$
ПГЕ, %	$3,5 \pm 0,25$	$12,5 \pm 0,2^{**}$	$12,6 \pm 0,22^{**}$

Примітка. Різниця з нормою достовірна: \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$ . Різниця усіх показників основної групи та групи порівняння недостовірна.

рих до початку проведення медичної реабілітації також була підвищена та становила в основній групі в середньому  $(16,6 \pm 0,3)$  мкмоль/л, що було в 2,7 разу вище за норму  $(6,2 \pm 0,15)$  мкмоль/л;  $p < 0,001$ ). У групі порівняння в цей період обстеження вміст ДК у крові становив  $(16,3 \pm 0,25)$  мкмоль/л, що було в 2,6 разу вище за норму ( $p < 0,001$ ). Інтегральний показник ПГЕ, який характеризує стійкість біомембран еритроцитів до дії гемолітичних чинників, в обох обстежених групах хворих також був достовірно підвищений. В основній групі кратність підвищення даного показника становила 3,57 разу ( $p < 0,01$ ) та в групі порівняння — 3,6 разу ( $p < 0,01$ ) стосовно норми.

Отже, як видно з отриманих даних, до початку проведення медичної реабілітації в обох групах обстежених хворих — основній та порівняння мали місце чітко виражені однотипові зсуви з боку біохімічних показників, які характеризують стан ПОЛ, а саме: значне підвищення концентрації у крові продуктів ліпопероксидації — МДА і ДК та інтегрального показника ПГЕ, що свідчило про активацію процесів ПОЛ у цих пацієнтів, а також підвищення рівня СМ у сироватці крові, що свідчить про наявність у таких пацієнтів синдрому «метаболічної» інтоксикації.

У разі застосування комбінованого фітопрепарату «Бонджигар» в основній групі хворих спостерігали чітко виражену позитивну динаміку, яка характеризувалася поліпшенням загального самопочуття та стану хворих, нормалізацією сну та апетиту, підвищенням емоційного настрою, зменшенням втомлюваності, нормалізацією працездатності. В цілому у хворих основної групи мали місце більш ранні терміни зникнення суб'єктивної та об'єктивної симптоматики загострення хронічної патології жовчного міхура (табл. 3).

Відновлення апетиту у хворих основної групи відбувалося на  $(3,7 \pm 0,15)$  доби раніше, ліквідація загальної слабкості — на  $(4,2 \pm 0,2)$  доби, по-

Таблиця 3. Тривалість збереження клінічної симптоматики в обстежених хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням

Клінічний показник	Основна група (n = 78)	Група порівняння (n = 76)
Тяжкість у правому підребер'ї	5,6 ± 0,5	9,2 ± 0,4
Позитивний симптом Кера	5,8 ± 0,3	8,9 ± 0,4
Загальне нездужання	6,1 ± 0,4	10,6 ± 0,3
Загальна слабкість	7,6 ± 0,3	11,8 ± 0,4
Зниження апетиту	5,4 ± 0,15	9,1 ± 0,2
Порушення сну	4,7 ± 0,3	6,9 ± 0,5
Емоційна лабільність	6,4 ± 0,4	10,3 ± 0,5
Підвищена втомлюваність	8,2 ± 0,3	13,2 ± 0,5
Знижений емоційний настрій	5,9 ± 0,3	10,2 ± 0,5
Гіркота у роті	5,0 ± 0,3	9,6 ± 0,4

Примітка. Різниця усіх показників основної групи та групи порівняння достовірна (p < 0,05).

рушень сну — на (3,2 ± 0,2) доби, емоційної лабільності — на (3,9 ± 0,3) доби, підвищеної втомлюваності — на (5,0 ± 0,3) доби, зниженого настрою — на (4,3 ± 0,2) доби, гіркоти у роті — на (4,6 ± 0,25) доби швидше, ніж у пацієнтів з групи порівняння (див. табл. 3).

При повторному біохімічному обстеженні було встановлено, що в більшості випадків показники функціональних проб печінки у хворих основної групи протягом 1–2 тиж нормалізувалися. Водночас в групі порівняння тривалість збереження виявлених порушень функціональних проб печінки становила 1–2 тиж.

Під час проведення додаткового біохімічного обстеження на момент завершення медичної реабілітації було встановлено, що при використанні у комплексі реабілітаційних заходів сучасного комбінованого фітозасобу «Бонджигар» хворих основної групи відмічається достовірне зниження рівня СМ у сироватці крові, причому на момент завершення медичної реабілітації цей показник сягає верхньої межі норми. Водночас у хворих групи порівняння, які отримували лише загальноприйняті препарати, під час проведення медичної реабілітації тенденція до зниження СМ менш значуща, тому на момент завершення лікування зберігається достовірно підвищений вміст СМ у крові (табл. 4).

Так, при додатковому біохімічному обстеженні на момент завершення медичної реабілітації концентрація СМ у крові хворих основної групи знизилася до норми — (0,53 ± 0,03) г/л (p > 0,1), в той час як у групі порівняння цей показник

Таблиця 4. Біохімічні показники у хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, після завершення медичної реабілітації (M ± m)

Показник	Норма	Основна група (n = 78)	Група порівняння (n = 76)
СМ, г/л	0,52 ± 0,02	0,53 ± 0,03 <sup>#</sup>	1,54 ± 0,04 <sup>**</sup>
МДА, мкмоль/л	3,2 ± 0,2	3,5 ± 0,2 <sup>#</sup>	5,1 ± 0,2 <sup>*</sup>
ДК, мкмоль/л	6,2 ± 0,15	6,4 ± 0,2 <sup>#</sup>	10,1 ± 0,3 <sup>**</sup>
ПГЕ, %	3,5 ± 0,15	3,6 ± 0,2 <sup>##</sup>	8,5 ± 0,25 <sup>**</sup>

Примітка. Різниця з нормою достовірна: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01. Різниця з групою порівняння достовірна: # p < 0,05; ## p < 0,01.

становив (1,54 ± 0,04) г/л, тобто зберігався в середньому в 2,96 разу вище за норму (p < 0,01) та в 2,9 разу вище за відповідний показник в основній групі (p < 0,01). Після завершення медичної реабілітації в основній групі хворих відзначено також зниження вмісту у крові продуктів ПОЛ — МДА до (3,5 ± 0,2) мкмоль/л та ДК до (6,4 ± 0,2) мкмоль/л, що відповідало верхній межі норми (p > 0,05). У хворих групі порівняння зниження вмісту у крові продуктів ліпопероксидації ПОЛ — МДА і ДК у крові було менше вираженим, ніж у пацієнтів основної групи. Так, рівень МДА на момент завершення медичної реабілітації у хворих групи порівняння становив (5,1 ± 0,2) мкмоль/л, що було в 1,6 разу вище за норму (p < 0,05) та в 1,46 разу вище за аналогічний показник в основній групі (p < 0,05). Концентрація ДК у пацієнтів групи порівняння в цей період обстеження дорівнювала (10,1 ± 0,3) мкмоль/л, що перевищувало нормальні значення в середньому в 1,63 разу, та було в 1,58 разу вище за аналогічний показник в основній групі (p < 0,01). Це свідчить що наявність тривалого збереження підвищення рівня продуктів ліпопероксидації у обстежених хворих, що сприяє формуванню оксидативного стресу [4, 6] та в патогенетичному плані може викликати не лише підтримку, а й навіть подальше прогресування хронічного патологічного процесу у жовчному міхурі.

Позитивний вплив комбінованого фітопрепарату «Бонджигар» на стан ПОЛ підтверджувався також більш суттєвою динамікою показника ПГЕ пацієнтів основної групи стосовно групи порівняння. При цьому на момент завершення курсу медичної реабілітації цей показник у хворих основної групи зменшився в середньому в 3,5 разу стосовно вихідного значення та становив (3,6 ± 0,2) %, тобто практично дорівнював нормі. У хворих групи порівняння, незважаючи на деяку позитивну динаміку, рівень ПГЕ у крові знизився лише в 1,5 разу, тобто до (8,5 ± 0,25) %, що



було вищим за аналогічний показник у основній групі в 2,4 разу ( $p < 0,01$ ).

Отже, отримані результати дають змогу вважати патогенетично обґрунтованим застосування сучасного комбінованого фітозасобу «Бонджигар» у комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням. Встановлено, що застосування цього фітопрепарату сприяє нормалізації вмісту продуктів ліпопероксидації — МДА та ДК, а також показника ПГЕ, тобто виявляє чітко виражений антиоксидантний ефект, та, крім того, забезпечує зниження у сироватці крові концентрації СМ, що свідчить про ліквідацію СМІ [8]. Це має патогенетичне значення в плані відновлення показників метаболічного гомеостазу та в клінічному, тобто забезпечує зменшення ймовірності подальшого прогресування хронічної патології ЖМ.

### Висновки

У хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, до початку медичної реабілітації мали місце ознаки помірного загострення або неповної ремісії коморбідної патології у вигляді скарг астеничного та астеноневротичного характеру, тяжкості або помірного болю у правому підбер'ї, гіркоти у роті та позитивного симптому Кера. У більшості обстежених відмічено наявність помірно виражених зсувів біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки у вигляді підвищення рівня прямого білірубину у сироватці крові, гіпертрансфераземії, підвищення показника тимолової проби.

Під час проведення спеціального біохімічного дослідження до початку медичної реабілітації

було виявлено підвищення рівня СМ у сироватці крові обстежених хворих в середньому в 3,9 разу стосовно показника норми, тобто до  $(2,1 \pm 0,05)$  г/л; концентрація продуктів ПОЛ була значно збільшена, в тому числі МДА в середньому в 2,6 разу, та становила в середньому  $(8,45 \pm 0,2)$  мкмоль/л, ДК — в 2,7 разу, досягаючи при цьому  $(16,4 \pm 0,3)$  мкмоль/л. Інтегральний показник ПГЕ був підвищений в середньому в 3,6 разу стосовно норми та становив  $12,5 \pm 0,2$ .

Застосування у комплексі медичної реабілітації хворих на ХНХ у поєднанні з ожирінням сучасного комбінованого фітопрепарату «Бонджигар» зумовило позитивну динаміку клінічних показників у хворих основної групи та сприяло прискоренню досягнення стійкої клініко-біохімічної ремісії хронічної патології ЖМ. У патогенетичному плані використання «Бонджигару» сприяло нормалізації вмісту у сироватці крові продуктів ліпопероксидації — МДА та ДК, інтегрального показника ПГЕ, що свідчило про реалізацію антиоксидантного ефекту фітозасобу, та поряд з цим відмічалось зниження концентрації СМ, що характеризувало ліквідацію синдрому «метаболічної» інтоксикації.

Таким чином, доцільним та клінічно перспективним є використання у медичній реабілітації хворих на ХНХ, поєднаний з ожирінням, сучасного комбінованого фітопрепарату «Бонджигар», оскільки при цьому прискорюється досягнення ремісії хронічної патології жовчного міхура та спостерігається відновлення метаболічного гомеостазу.

### Список літератури

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожемякин // Лабораторное дело.— 1988.— № 11.— С. 41—43.
2. Бонджигар на защите вашей печени // Провизор.— 2007.— № 15.— С. 17—18.
3. Бонджигар: фитопрепарат для защиты печени.— М.: Б. и., 2007.— 17 с.
4. Буеверов А.О. Оксидативный стресс и его роль в повреждении печени / А.О. Буеверов // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2002.— № 3.— С. 21—25.
5. Гаврилов Б.В. Анализ методов определения продуктов ПОЛ в сыворотке крови по тесту с ТБК / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Л.М. Мажуль // Вопросы медицинской химии.— 1987.— Т. 33, № 1.— С. 118—123.
6. Гріднев О.Є. Перекисне окиснення ліпідів і печінка / О.Є. Гріднев // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 5 (25).— С. 80—83.
7. Громашевская Л.Л. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической» интоксикации в организме / Л.Л. Громашевская // Лаб. диагностика.— 1997.— № 1.— С. 11—16.
8. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов / Л.Л. Громашевская // Лаб. диагностика.— 2006.— № 1 (35).— С. 3—13.
9. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей / Под ред. И.В. Маева.— М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.— 96 с.
10. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клин. мед.— 2000.— № 1.— С. 56—58.
11. Лавренова Г.В. Полная энциклопедия основных лекарственных растений / Г.В. Лавренова, В.К. Лавренов.— М.: АСТ, 2007.— 796 с.
12. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич.— К.: Морион, 2002.— 160 с.
13. Москаленко В.Ф. Заболевания гепатобилиарной системы (распространенность, нерешенные проблемы) / В.Ф. Москаленко, Н.В. Харченко, М.В. Голубчиков: зб. наук. праць співр. КМАПО ім. П.Л. Шупика.— 2000.— Вип. 9, Кн. 4.— С. 5—10.
14. Способ определения «средних молекул» / В.В. Николайчик, В.М. Моин, Кирковский В.В. [и др.] // Лабораторное дело.— 1991.— № 10.— С. 13—18.
15. Унифицированные биохимические методы обследования больных: метод рекомендации // Под ред. Л.Л. Громашевской.— Киев: МЗ Украины, 1990.— 64 с.
16. Харченко Н.В. Современные взгляды на ожирение и подходы к его лечению / Н.В. Харченко, Г.А. Анохина // Сучасна гастроентерол.— 2002.— № 4.— С. 4—12.

17. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетц, Э. Грацсар, М. Юнен [и др.].— Б. м. «Ридерз Дайджест», 2004.— 350 с.
18. Elwood D.R. Cholecystitis / D.R. Elwood // Surg. Clin. North.— 2008.— Vol. 88, N 6.— P. 1241—1252.
19. Nesland J.M. Chronic cholecystitis / J.M. Nesland // Ultrastruct. Pathol.— 2004.— Vol. 28, N 3.— P. 121—123.
20. Pengelly A. The constituents of medicinal plants. An introduction to the chemistry and therapeutics of herbal medicines / A. Pengelly.— Sunflower herballis, 2006.— 105 p.

**В.Н. Кононов**

## **Оптимизация медицинской реабилитации больных хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с ожирением, при использовании фитопрепарата «Бонджигар»**

Применение фитопрепарата «Бонджигар» в медицинской реабилитации больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), сочетанным с ожирением, обеспечивает сокращение сроков достижения клинической ремиссии ХНХ, а также нормализацию лабораторных показателей, которые характеризуют активность процессов липопероксидации и выраженность синдрома метаболической интоксикации. Полученные данные позволяют считать патогенетически оправданным и клинически целесообразным использование «Бонджигара» в медицинской реабилитации больных ХНХ, сочетанным с ожирением.

**V.M. Kononov**

## **Optimization of medical rehabilitation of the patients with chronic uncalculosis cholecystitis, combined with obesity at the application of phytopreparation bonjigar**

Application of phytopreparation bonjigar in the medical rehabilitation of the patients with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC), combined with obesity, provides reduction of terms of achievement of clinical remission of CUC, and also normalization of laboratory indexes which characterize activity of processes and expressed of syndrome metabolic intoxication. Information is got allow to consider nosotropic justified and clinically expedient the application bonjigar in the medical rehabilitation of patients on with CUC, combined with obesity.

---

### **Контактна інформація**

**Кононов Валерій Миколайович, аспірант  
91040, м. Луганськ, вул. Ватутіна, 87а, кв. 11**

*Стаття надійшла до редакції 11 грудня 2009 р.*