

# Клінічна медицина

УДК 616-071+616.36-008.8+616.366-002+615.322

Л.А.Баблюк

## РЕОЛОГІЧНІ І КІНЕТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА КОРЕКЦІЯ ЇХ ПОРУШЕНЬ ПРЕПАРАТОМ АРТИШОК-ЕКСТРАКТ „ЗДОРОВ'Я” І СИНГЛЕТНО-КИСНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (зав. – проф. В.С.Нейко)  
Івано-Франківського національного медичного університету

**Резюме.** Вивчено функціональну активність жовчного міхура і жовчовивідних шляхів при гіпотонічно-гіпокінетичному і змішаному типах дискінезій у хворих на хронічний некалькульозний холецистит. Встановлено, що в 70,6 % пацієнтів захворювання супроводжується гіпотонічно-гіпокінетичним типом дискінезії, у 29,4 % –

змішаним типом. Доведено, що застосування в лікувальному комплексі препарату артишок-екстракту „Здоров'я” і синглетно-кисневої терапії дає позитивний ефект.

**Ключові слова:** кінетика, хронічний некалькульозний холецистит, дискінезія, лікування.

**Вступ.** Серед захворювань системи травлення за поширеністю і наявністю ускладнень основне місце відводиться хронічному некалькульозному холециститу (ХНХ). Проте дана патологія жовчного міхура (ЖМ) і жовчовивідних шляхів (ЖВШ) не відноситься до тих захворювань, які з плином часу, зі зміною соціальних та побутових проблем не зменшується. З кінця XIX століття зростає частота уражень жовчовивідної системи, особливо холелітазу. За даними різних авторів, кількість хворих на ХНХ становить 17-19 %. Щорічно у світі на різні форми холециститу хворіє понад 20 мільйонів осіб [3, 4]. Аналіз літератури свідчить, що в індустріально-розвинених країнах на ХНХ хворіє 10-20 % дорослого населення. Протягом останніх 2-3 років захворюваність на холецистит збільшилася на теренах нашої держави на 35,2 % [1, 4, 6].

Більшість учених провідним у патології ЖВШ вважають моторно-евакуаторні розлади [2]. Дискінезії зумовлюють застій жовчі та порушення її обміну, накопичення запальних елементів та активацію запального процесу. Прогресування запально-склеротичного процесу в стінці ЖМ змінює його скоротливу здатність, викликаючи дисфункцію [6]. У джерелах літератури трапляється мало даних про реологічні і кінетичні властивості жовчі при різних видах дискінезій, хоча достатньо є описів про застосування екстракту артишоку при ХНХ [3, 5]. Мало вивчено його вплив на змішаний тип дискінезії, крім того, не в'яяснено дії синглетно-кисневої терапії (СКТ) на кінетичні властивості жовчі при ХНХ із дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖВШ).

**Мета дослідження.** Визначити кінетичні і реологічні властивості жовчі у хворих на ХНХ та ефективність застосування в лікувальному комплексі препарату артишок-екстракт «Здоров'я» і СКТ.

**Матеріал і методи.** В умовах гастроентерологічного відділення обласної клінічної лікарні, терапевтичного відділення центральної міської

лікарні м. Івано-Франківська, санаторіїв м. Морщина обстежено 126 пацієнтів з хронічним некалькульозним холециститом в період загострення чи нестійкої ремісії, з них 77 (61,1 %) жінок та 49 (38,9 %) чоловіків віком від 16 до 74 років. Всі хворі розподілені на чотири клінічні групи залежно від схеми лікування. До I групи увійшли 30 пацієнтів, які отримували препарати базової терапії, до II групи – 32 пацієнти, яким призначали артишок-екстракт „Здоров'я” на фоні базової терапії, III група-32 пацієнти, які отримували синглетно-кисневу терапію на фоні базової, IV група – 32 пацієнти, яким на фоні базової терапії призначали екстракт артишоку „Здоров'я” і синглетно-кисневу терапію. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком від 24 до 74 років. Крім того, відповідно до проведеного багатофазного дуоденального зондування (БФДЗ) пацієнти розподілені на групи згідно з двома типами дискінезій: I тип – гіпотонічно-гіпокінетичний, II тип – змішаний (гіпотонічно-гіперкінетичний). У I клінічній групі було 23 пацієнти з гіпотонічно-гіпокінетичним типом та 7 пацієнтів із змішаним типом дискінезій у II групі – 25 осіб (I тип) та 7 осіб (II тип). До III групи увійшло 20 пацієнтів (I тип), і 12 осіб (II тип). До IV групи відповідно 21 пацієнт (I тип), та 11 осіб (II тип). З метою верифікації діагнозу хронічного некалькульозного холециститу усім пацієнтам проводили клінічне (скарги, анамнез захворювання, життя, фізикальне обстеження), лабораторне (загальний та біохімічний аналізи крові, мікроскопія жовчі), ультразвукове обстеження.

Функціональну активність ЖМ і ЖВШ оцінювали за допомогою багатомоментного фракційного дуоденального зондування (БФДЗ) за методом Мельтцера-Лайона (1919) з реєстрацією часу і об'єму виділеної жовчі кожної з п'яти фаз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Показники БФДЗ у хворих на ХНХ, які отримували препарати базової терапії, представлені в

Таблиця 1

**Динаміка показників багатофазного дуоденального зондування у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, які отримували препарати базової терапії**

Показник		Гіпотонічно-гіпокінетичний тип (n=23)		Змішаний тип (n=7)		Контроль (n=20)
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
I фаза	T,хв	17,4±0,4*	16,4±0,5 <sup>'''</sup>	16,9±0,4*	18,4±0,7 <sup>'''</sup>	21,2±0,6
	V,мл	16,7±0,3*	17,2±0,4 <sup>'''</sup>	13,9±0,7*	15,1±0,6 <sup>'''</sup>	22,3±1,0
II фаза	T,хв	11,4±0,4**	10,08±0,5 <sup>'''</sup>	19,3±1,2*	15,7±1,8 <sup>'''</sup>	5,6±0,1
	V,мл	-	-	-	-	-
III фаза	T,хв	13,08±0,5*	11,8±0,7 <sup>'''</sup>	10,9±0,2*	9,3±0,8 <sup>'''</sup>	4,3±0,2
	V,мл	15,7±0,5*	14,04±0,7 <sup>'''</sup>	12,1±0,9*	11,3±0,7 <sup>'''</sup>	4,9±0,3
IV фаза	T,хв	74,8±3,6**	63,7±4,05 <sup>'''</sup>	65,7±5,9**	50,0±4,2 <sup>'''</sup>	24,2±1,01
	V,мл	76,7±2,9**	69,1±2,3 <sup>'''</sup>	69,3±3,3*	65,7±2,6 <sup>'''</sup>	57,5±0,8
V фаза	T,хв	51,08±1,8*	47,4±2,4 <sup>'''</sup>	27,1±1,4*	23,6±1,7 <sup>'''</sup>	16,3±0,8
	V,мл	27,2±0,5*	25,7±0,6 <sup>'''</sup>	26,4±1,3*	22,1±2,0 <sup>'''</sup>	17,5±0,8

Примітки. р\* (вірогідність відмінності показників після проведеного лікування); р\*>0,05, р\*\*<0,05, р\*\*\*<0,01, р\*\*\*\*<0,001; р' (вірогідність відмінності показника відносно контролю); р'>0,05, р'<0,05, р''<0,01, р''''<0,001

Таблиця 2

**Динаміка показників багатофазного дуоденального зондування у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, які отримували препарати базової терапії і артишок-екстракту**

Показник		Базова терапія				Базова терапія+артишок			
		I тип (n=23)		II тип (n=7)		I тип (n=25)		II тип (n=7)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
I фаза	T,хв	17,4±0,4 *	16,4±0,5	16,9±0,4*	18,4±0,7	18,4±0,3**	20,4±0,8 <sup>'''</sup>	19,3±0,2***	22,1±0,9 <sup>'''</sup>
	V,мл	16,7±0,3*	17,2±0,4	13,9±0,7*	15,1±0,6	15,8±0,2****	22,6±0,5 <sup>'''</sup>	14,3±0,5****	22,1±0,9 <sup>'''</sup>
II фаза	T,хв	11,4±0,4**	10,1±0,5	19,3±1,2*	15,7±1,8	6,6±0,14***	6,04±0,2 <sup>'''</sup>	17,1±1,4****	6,3±0,4 <sup>'''</sup>
III фаза	T,хв	13,1±0,5*	11,8±0,7	10,9±0,2*	9,3±0,8	6,4±0,12****	4,7±0,2 <sup>'''</sup>	11,3±0,3****	4,9±0,4 <sup>'''</sup>
	V,мл	15,6±0,5*	14,04±0,7	12,1±0,9*	11,3±0,7	16,3±0,4****	5,04±0,1 <sup>'''</sup>	13,9±0,7****	4,1±0,2 <sup>'''</sup>
IV фаза	T,хв	74,8±3,6**	63,7±4,05	65,7±5,9**	50,0±4,2	76,4±4****	25,8±05 <sup>'''</sup>	58,6±4,6****	25,7±1,2 <sup>'''</sup>
	V,мл	76,7±2,9**	69,1±2,3	69,3±3,3*	65,7±2,6	67,8±2,8****	59,6±0,6 <sup>'''</sup>	72,1±2,4****	57,8±1,4 <sup>'''</sup>
V фаза	T,хв	51,01±1,8*	47,4±2,4	27,1±1,4*	23,6±1,7	53,2±1,7****	17,2±0,5 <sup>'''</sup>	21,4±0,9**	18,6±0,9 <sup>'''</sup>
	V,мл	27,17±0,5*	25,65±0,6	26,4±1,3*	22,14±2,0	28,2±0,5****	18,04±0,2 <sup>'''</sup>	27,9±0,9****	18,9±0,4 <sup>'''</sup>

Примітки. р\* (вірогідність відмінності показників після проведеного лікування); р\*>0,05, р\*\*<0,05, р\*\*\*<0,01, р\*\*\*\*<0,001; р' (вірогідність відмінності показника відносно контролю); р'>0,05, р'<0,05, р''<0,01, р''''<0,001

Таблиця 3

Динаміка показників багатофазного дуоденального зондування у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, які отримували препарати базової і синглетно-кисневу терапію

Показник		Базова терапія				Базова терапія+СКТ			
		I тип (n=23)		I тип (n=20)		I тип (n=20)		II тип (n=12)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
I фаза	T,хв	17,4±0,4*	16,4±0,5	16,9±0,4*	18,4±0,7	19,0±0,4**	20,0±0,04'''	15,7±0,5*	17,3±0,7'
	V,мл	16,7±0,3*	17,2±0,4	13,9±0,7*	15,1±0,6	15,7±0,3*****	22,6±0,5'''	15,0±0,5**	20,0±2,4''
II фаза	T,хв	11,4±0,4**	10,1±0,5	19,3±1,2*	15,7±1,8	9,5±0,4*	8,4±0,5''	17,08±1,2*****	5,7±0,2'''
III фаза	T,хв	13,1±0,5*	11,8±0,7	10,9±0,2*	9,3±0,8	11,7±0,62*****	5,1±0,5'''	11,4±0,3**	10,3±0,3''
	V,мл	15,6±0,5*	14,04±0,7	12,1±0,9*	11,3±0,7	13,4±0,6*****	4,3±0,2'''	12,0±0,6*****	4,6±0,2'''
IV фаза	T,хв	74,8±3,6**	63,7±4,05	65,7±5,9**	50,0±4,2	70,8±4****	25,5±0,8'''	47,1±3,5**	7,5±2,1'''
	V,мл	76,7±2,9**	69,1±2,3	69,3±3,3*	65,7±2,6	69,3±3,6***	58,5±1,6'''	68,8±4,2**	59,2±0,5''
V фаза	T,хв	51,01±1,8*	47,4±2,4	27,1±1,4*	23,6±1,7	44,3±2,0***	36,0±1,9'''	24,6±1,2**	20,8±1,0'
	V,мл	27,17±0,5*	25,65±0,6	26,4±1,3*	22,14±2,0	28,2±0,5*****	25,0±1,1'''	26,7±0,9****	19,2±0,4'

Примітки. р\* (вірогідність відмінності показників після проведеного лікування); р\*>0,05, р\*\*<0,05, р\*\*\*<0,01, р\*\*\*\*<0,001; р' (вірогідність відмінності показника відносно контролю); р'>0,05, р'<0,05, р'''<0,01, р''''<0,001

Таблиця 4

Динаміка показників багатофазного дуоденального зондування у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, які отримували препарати базової і синглетно-кисневої терапії+артишок-екстракту

Показник		Базова терапія				Базова терапія+артишок+артишок-екстракт			
		I тип (n=23)		II тип (n=7)		I тип (n=25)		II тип (n=7)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
I фаза	T,хв	17,4±0,4 *	16,4±0,5	16,9±0,4*	18,4±0,7	18,9±0,3*****	21,4±0,8'''	16,5±0,6***	23,2±1,2'''
	V,мл	16,7±0,3*	17,2±0,4	13,9±0,7*	15,1±0,6	15,8±0,2*****	22,6±0,5'''	14,5±0,5*****	21,8±0,9'''
II фаза	T,хв	11,4±0,4**	10,1±0,5	19,3±1,2*	15,7±1,8	12,1±0,5*****	5,9±0,2'''	17,3±0,9****	5,8±0,3'''
III фаза	T,хв	13,1±0,5*	11,8±0,7	10,9±0,2*	9,3±0,8	13,7±0,5*****	4,8±0,2'''	11,3±0,2****	4,5±0,3'''
	V,мл	15,6±0,5*	14,04±0,7	12,1±0,9*	11,3±0,7	16,2±0,4*****	5,0±0,2'''	12,4±0,8****	4,4±0,2'''
IV фаза	T,хв	74,8±3,6**	63,7±4,05	65,7±5,9**	50,0±4,2	79,04±4,4*****	25,2±0,6'''	52,3±3,9****	24,5±1,0'''
	V,мл	76,7±2,9**	69,1±2,3	69,3±3,3*	65,7±2,6	73,3±3,3***	58,3±1,2'''	78,6±3,1****	56,4±1,3
V фаза	T,хв	51,01±1,8*	47,4±2,4	27,1±1,4*	23,6±1,7	51,9±1,9*****	17,1±0,5'''	24,1±0,9**	16,6±0,7'''
	V,мл	27,17±0,5*	25,65±0,6	26,4±1,3*	22,14±2,0	27,2±0,5*****	25,7±0,6'''	27,7±1,0****	18,2±0,3'

Примітки. р\* (вірогідність відмінності показників після проведеного лікування); р\*>0,05, р\*\*<0,05, р\*\*\*<0,01, р\*\*\*\*<0,001; р' (вірогідність відмінності показника відносно контролю); р'>0,05, р'<0,05, р'''<0,01, р''''<0,001

табл. 1. Оцінюючи показники БФДЗ у пацієнтів, які отримували препарати базової терапії (I клінічна група), ми виявили, що тривалість і об'єм I фази вірогідно не змінились ( $p > 0,05$ ) як у пацієнтів з гіпотонічно-гіпокінетичним типом (I тип), так і в пацієнтів із змішаним (II тип) після проведеного лікування. Тривалість II фази в пацієнтів з I типом дискінезії вірогідно зменшилась ( $p < 0,05$ ) після лікування, проте не наближалася до показників контрольної групи. У пацієнтів з II типом ДЖВШ тривалість II фази після проведеного лікування вірогідно не відрізнялась ( $p > 0,05$ ). Кількість та швидкість виділеної жовчі під час III фази в пацієнтів з I та II типами ДЖВШ вірогідно не зменшилась ( $p > 0,05$ ) після лікування та вірогідно відрізнялась від показників здорових осіб ( $p < 0,001$ ). Час виділення порції "В" у пацієнтів з I та II типами дискінезій вірогідно був іншим ( $p < 0,05$ ) від такого показника до лікування, але значно відрізнявся від аналогічного ж показника в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). Об'єм виділеної жовчі під час IV фази в осіб із I типом дискінезії вірогідно зменшився ( $p < 0,05$ ) і практично не відрізнявся від норми, зате в пацієнтів з II типом спостерігалось невірогідне зменшення вмісту ЖМ після проведеного лікування ( $p > 0,05$ ). Тривалість і кількість виділеної жовчі під час V фази вірогідно не відрізнялась ( $p > 0,05$ ) від таких показників до лікування.

Показники БФДЗ у хворих на ХНХ, які отримували на фоні базової терапії екстракт артишоку „Здоров'я” представлені в табл. 2. Аналізуючи показники БФДЗ у пацієнтів, які на фоні базової терапії отримували екстракт артишоку „Здоров'я” (II група) виявили, що тривалість I фази вірогідно відрізнялась після лікування як у пацієнтів з I типом, так і в пацієнтів з II типом ДЖВШ ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$ ), об'єм дуоденального вмісту вірогідно збільшився після лікування ( $p < 0,001$ ), порівняно з базовою терапією виявили вірогідну різницю ( $p < 0,001$ ). Тривалість II фази в пацієнтів з I і II типами дискінезій вірогідно відрізнялась ( $p < 0,01$ ) після лікування, у тому числі порівнюючи з базовою терапією ( $p < 0,001$ ). Час виділення жовчі під час III фази вірогідно зменшився як після лікування ( $p < 0,001$ ), так і порівняно з базовою терапією теж був вірогідно меншим ( $p < 0,001$ ). Кількість виділеної жовчі під час III фази в пацієнтів з I, II типами ДЖВШ вірогідно зменшилась після лікування ( $p < 0,001$ ). Порівнявши групу пацієнтів, які отримували базову терапію, з групою пацієнтів, які отримували на фоні базової терапії екстракт артишоку „Здоров'я” виявили вірогідне зменшення об'єму III фази в пацієнтів останньої групи ( $p < 0,001$ ). Тривалість IV фази вірогідно скоротилася після лікування і значно відрізнялась від такого показника в пацієнтів, які отримували базову терапію ( $p < 0,001$ ). Об'єм ЖМ у пацієнтів з I і II типами дискінезій вірогідно зменшився (відповідно  $p < 0,01$  і  $p < 0,001$ ), та спостерігалась вірогідна різниця порівняно з базовою терапією (I тип  $p < 0,001$  і II тип

$p < 0,01$ ). Час виділення жовчі під час V фази вірогідно покращився після лікування в пацієнтів як з I типом, так і з II типом ДЖВШ (відповідно  $p < 0,001$  та  $p < 0,05$ ) і вірогідно відрізнялися від показників базової терапії. Кількість виділеної жовчі під час V фази значно зменшилась у пацієнтів з I і II типом дискінезій після проведеного лікування ( $p < 0,001$ ), проте в пацієнтів із змішаним типом дискінезії порівняно з базовою терапією зазначений параметр вірогідно не відрізнявся ( $p > 0,05$ ).

Показники БФДЗ у хворих на ХНХ, які отримували на фоні базової терапії СКТ, представлені в табл. 3. У пацієнтів, які на фоні базової терапії отримували синглетно-кисневу терапію, тривалість I фази вірогідно збільшилась тільки в осіб з I типом ДЖВШ  $p < 0,05$ , в осіб із II типом не спостерігалось вірогідної різниці після лікування  $p > 0,05$ , відповідно порівнявши з групою, яка отримувала тільки базову терапію: I тип  $p < 0,001$  та II тип  $p > 0,05$ . Кількість виділеної жовчі під час I фази вірогідно збільшилась у пацієнтів з I та II типами ДЖВШ (відповідно  $p < 0,001$  та  $p < 0,05$ ) і відрізнялися від таких показників у пацієнтів, які отримували тільки базову терапію. Час виділення жовчі під час II фази в пацієнтів з I типом вірогідно не зменшився ( $p > 0,05$ ), але дещо був нижчим від такого показника після застосування базової терапії ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів з II типом ДЖВШ тривалість II фази вірогідно зменшилась ( $p < 0,001$ ) після лікування і достовірно відрізнялась від такого показника при застосуванні базової терапії. Тривалість III фази в пацієнтів з I типом ДЖВШ вірогідно була меншою після лікування ( $p < 0,001$ ), з II типом ( $p < 0,05$ ) та практично не відрізнялась від такого показника в осіб, які отримували базову терапію ( $p > 0,05$ ). Об'єм жовчі під час даної фази в пацієнтів з I і II типами дискінезій вірогідно зменшився після лікування ( $p < 0,001$ ) і вірогідно ( $p < 0,001$ ) відрізнявся від такого показника при застосуванні базової терапії. Рефлекс Мельтцера-Лайона (тривалість IV фази) вірогідно відрізнявся після проведеного лікування в пацієнтів з I і II типами (відповідно  $p < 0,001$  і  $p < 0,05$ ), об'єм жовчного міхура вірогідно зменшився після лікування СКТ ( $p < 0,05$ ). Тривалість V фази БФДЗ вірогідно змінилася після лікування ( $p < 0,01$  – I тип та  $p < 0,05$  – II тип), кількість виділеної жовчі під час даної фази в пацієнтів з I типом вірогідно зменшилась ( $p < 0,001$ ), проте з II типом дискінезій даний показник практично не відрізнявся від такого при застосуванні базової терапії ( $p > 0,05$ ).

Показники БФДЗ у хворих на ХНХ, які отримували на фоні базової терапії екстракт артишоку „Здоров'я” і СКТ представлені в табл. 4. Застосувавши в комплексі екстракт артишоку „Здоров'я” і СКТ, ми спостерігали вірогідне збільшення ( $p < 0,001$ ) тривалості і кількості виділеної жовчі в пацієнтів з I і II типами ДЖВШ під час I фази БФДЗ, тривалість II фази вірогідно зменшилась після застосування даного комплексу ( $p < 0,001$ ), об'єм і час виділення жовчі під час III і IV фаз

БФДЗ вірогідно відрізнялися від таких показників до лікування ( $p < 0,001$ ). Показники часу і кількості жовчі під час V фази БФДЗ вірогідно змінилися після лікування ( $p < 0,001$ ). Порівнюючи показники БФДЗ при застосуванні базової терапії і артишоку та СКТ на фоні базової терапії, спостерігається тенденція до їх вірогідної різниці ( $p < 0,001$ ), що свідчить про виражену терапевтичну ефективність саме комплексу СКТ і артишок-екстракту „Здоров'я”.

#### Висновки

1. Хронічний некалькульозний холецистит супроводжується домінуючими гіпотонічно-гіпокінетичними порушеннями діяльності жовчовивідних шляхів (70,6 %) та рідше (29,4 %) – змішаним типом порушень, що вимагає медикаментозних чи інших засобів їх корекції.

2. Застосування в комплексному лікуванні артишок-екстракту „Здоров'я” та синглетно-кисневої терапії, зумовлює позитивний вплив на перебіг хронічного некалькульозного холециститу з дискінезією жовчовивідних шляхів, що проявляється нормалізацією об'єму і часу виділеної жовчі (крім того, даний комплекс дає і позитивну динаміку) не тільки при гіпотонічно-гіпокінетичному типі, та змішаному типі дискінезій.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у подальшому вивченні впливу артишок-екстракту „Здоров'я” і СКТ на перебіг ХНХ, біохімічні зміни складу жовчі при інших типах ДЖВШ.

### РЕОЛОГИЧЕСКИЕ И КИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И КОРРЕКЦИЯ ИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ АРТИШОК-ЭКСТРАКТ «ЗДОРОВЬЕ» И СИНГЛЕТНО-КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИЕЙ

*Л.А.Баблюк*

**Резюме.** Изучено функциональную активность желчного пузыря и желчевыводящих путей при гипотонически-гипокинетическом и смешанном типах дискинезий у больных хроническим некалькулезным холециститом. Установлено, что в 70,6 % больных сопровождается гипотонично-гипокинетическим типом дискинезии, у 29,4 % – смешанным. Показано, что применение в комплексе препарата артишок-экстракт «Здоровье» и синглетно-кислородной терапии дает позитивный эффект.

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, дискинезии, лечения.

### RHEOLOGIC AND KINETIC BILE INDICES IN PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS AND A CORRECTION OF THEIR DISTURBANCES BY MEANS OF ARTICHOKE-EXTRACT “HEALTH” AND SINGLET-OXYGEN THERAPY

*L.A.Babliuk*

**Abstract.** The author has studied the functional activity of the gallbladder and biliary tracts in case of hypotonic-hypokinetic and mixed types of dyskinesias in patients with chronic acalculous cholecystitis. It has been established that the disease is accompanied with the hypotonic-hypokinetic type of dyskinesia in 70,6 % of the patients, in 29,4 % – with the mixed type. It has been proved that the use of the “Health”artichoke-extract medication and singlet-oxygen therapy in a medicinal complex yields a positive effect.

**Key words:** kinetics, chronic acalculous cholecystitis, dyskinesia.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.І.Волошин

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 3. – P. 3-7

Надійшла до редакції 25.05.2009 року