



Сенюк Б.П., Юрнюк С.В.,\* Борейко Л.Д.\*\*  
**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ГЕПАНЕКСУ НА ПЕРЕБІГ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ З  
СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Кафедра судової медицини та медичного правознавства\*  
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти\*\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості препарату гепанексу у терапії хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом. Дослідження проведено у 25 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, аланінамінотрансферазу (АлАТ), аспаратамінотрансферазу (АсАТ), лужну фосфатазу, тимолову пробу), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії, та при курсовому лікуванні.

Препарат гепанекс призначали по 1 капсулі двічі на добу незалежно від прийому їжі, запиваючи достатньою кількістю питної води впродовж 21 дня. До складу препарату гепанексу входять екстракт листя артишоку – 200 мг, сухий екстракт силімарину – 140 мг, холіну бітарtrat – 100 мг, сухий екстракт кульбаби лікарської – 30 мг, L-метіоніну – 20 мг. Поєднання таких складових, крім власне гепатопротекторної дії, забезпечує також жовчогінну, спазмолітичну та імуномодулюючу.

Результати проведених досліджень показали позитивний вплив гепанексу на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень. Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 7-й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 20 (80%) хворого, а по завершенні лікування у 23 (92%) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії під впливом гепанексу (2 капсули одноразово) відмічали: холецистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (коефіцієнт скорочення –  $64,6 \pm 5,8\%$ ;  $p < 0,05$ ). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування препаратом гепанексу (зменшення розмірів печінки на 1-2 см, зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в його порожнині). В результаті проведеного лікування вказаним препаратом нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби ( $p < 0,05$ ). Оцінку переносимості гепанексу проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було. Переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

Таким чином, препарат гепанекс у хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура та жовчовидільних шляхів, володіє спазмолітичною та імуномодулюючою діями, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.

**Сердулець Ю.І., Федів О.І.**

**ПОКАЗНИКИ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ  
ПОЄДНАНИЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2, ОЖИРІННЯМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ  
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Питання фібринолізу у хворих з коморбідними захворюваннями привертають увагу широкого кола медичних фахівців клінічного та теоретичного напрямків. Депресія фібринолітичної активності є одним з патогенетичних факторів розвитку тромбозів та розвитку кардіоваскулярних ускладнень.

Обстежено 37 хворих на остеоартроз, які ввійшли до I-ої групи; II групу склав 21 хворий на ОА з поєднанням з артеріальною гіпертензією; III група були 41 пацієнт із ОА, супутньою артеріальною гіпертензією та абдомінальним ожирінням; IV група – 17 хворих на ОА з поєднанням з артеріальною гіпертензією та абдомінальним ожирінням та цукровим діабетом типу 2; V група – 25 практично здорових осіб. Інтенсивність фібринолізу оцінювали за лізисом азофібрину («ДанишLtd», Україна) під впливом плазміну, що утворюється при інкубації азосполуки зі стандартною кількістю плазміногену в присутності тканинних активаторів і інгібіторів фібринолізу. Вивільнення азобарвника в інкубаційний розчин відбувається пропорційно тканинній фібринолітичній активності, отже ступінь забарвлення розчину відображає сумарну фібринолітичну активність.