



Сенюк Б.П., Юрнюк С.В.,* Борейко Л.Д.**
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ГЕПАНЕКСУ НА ПЕРЕБІГ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ З
СУПУТНІМ 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), аспартатамінотрансферазу (АсАТ), лужну фосфатазу, тимолову пробу), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «острих» 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 завершенню 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 і жовчовидільних шляхів, володіє спазмолітичною та імуномодулюючою діями, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.

Сердунець 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 із 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 у поєднанні з артеріальною гіпертензією; III група були 41 пацієнт із ОА, супутньою артеріальною гіпертензією та абдомінальним ожирінням; IV група – 17 хворих на ОА у поєднанні з артеріальною гіпертензією, 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 та інгібіторів фібринолізу. Вивільнення азобарвника в інкубаційний розчин відбувається пропорційно тканинній фібринолітичній активності, отже ступінь забарвлення розчину відображає сумарну фібринолітичну активність



(СФА). Пригнічення активності плазміну додаванням ϵ -амінокапронової кислоти дозволило визначити неферментативну фібринолітичну активність (НФА), а різницю між показниками сумарного та неферментативного фібринолізу оцінити, як ферментативну фібринолітичну активність (ФФА).

Аналіз отриманих даних показав вірогідне зменшення сумарної та ферментативної фібринолітичної активності плазми крові відповідно на 18,4 % і 15,3 % (у I групі), на 27,9 % і 34,5 % (у II групі), на 49,1 % і 61,2 % (у III групі) та на 57,6 % і 47,3 % (у IV групі) щодо нормальних величин. Водночас вірогідної різниці щодо неферментативного фібринолізу у обстежених хворих виявлено не було.

Таким чином, зниження сумарної та ферментативної фібринолітичної активностей може сприяти утворенню мікроскопічних тромбоцитарних і фібринових згустків в системі гемомікроциркуляції та призводити до розвитку внутрішньосудинного мікрозгортання крові, порушення місцевого кровообігу, з подальшим наростанням гіпоксії, порушенням проникності клітинних мембран тощо.

Смандич В.С., Хухліна О.С., Лар-Смандич О.В.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ТА ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Одним із найбільш поширених захворювань суглобів, яке діагностується не менше ніж у 20% населення планети, є остеоартроз (ОА). В Україні офіційно зареєстровано понад 500 тис. хворих на ОА, що, як припускають експерти, значно менше, ніж у реальному житті. Згідно зі статистичними даними, кожен третій мешканець має подібне ураження суглобів. Актуальність даної патології для суспільства полягає в тому, що вона посідає третє місце за поширеністю, друге – за первинною інвалідизацією, перше – за тимчасовою непрацездатністю серед усіх захворювань.

Метою дослідження було виявити провідні клінічні синдроми, особливості перебігу та прогресування функціонально-морфологічних змін підшлункової залози, залежно від наявності коморбідних ожиріння та остеоартрозу великих суглобів.

Обстежено 132 хворих на ХП змішаної етіології, рецидивуючий перебіг у фазі загострення. У 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали I-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із коморбідним ожирінням I ступеня (2 група). У 65 пацієнтів ХП перебігав із коморбідними ожирінням I ступеня та остеоартрозом великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II стадії (3 група). Групу контролю по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих (склав 43,8±4,7) року. Переважали пацієнти працездатного віку. Тривалість захворювання на ХП становила від 3 до 7 років. Розподіл на групи здійснювали згідно з принципом рандомізації. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) віком від 32 до 50 років.

Аналіз одного із найбільш інформативних клінічних показників функціонального стану суглобів у хворих на ОА - індекса WOMAC та його складових (інтенсивність болю, обмеження рухливості, повсякденна діяльність) показав, що вони були вірогідно вищими у хворих на ОА, що поєднувався із ожирінням та ХП порівняно із хворими на ізольований ОА. Так, інтенсивність болю у хворих 3 групи перевищила показник у хворих 4 групи у 2,5 рази ($p < 0,05$). Пацієнтам з ОА із ХП та ожирінням було вірогідно важче виконувати повсякденні обов'язки (у 1,5 рази ($p < 0,05$)) порівняно із пацієнтами з ОА без супутньої патології. Обмеження рухливості (скутість) у суглобах також було у 2,4 рази вищим ($p < 0,05$), що призвело до зростання сумарного індекса WOMAC за коморбідності ОА з ХП та ожирінням у 1,5 рази у порівнянні з ізольованим перебігом ОА. Ймовірно, це вказує на тяжчі системні імунізопальні порушення в організмі пацієнтів із ХП, а не лише на механічне навантаження на суглоби внаслідок ожиріння. Аналіз оцінки рівня болю за шкалою ВАШ вказує на істотно вищий рівень показника у хворих 3 групи порівняно із 4 групою (у 1,5 рази ($p < 0,05$)).

Отже, проведення дослідження за опитувальниками WOMAC, Lequesne та ВАШ пацієнтів із ОА у поєднанні із ХП та ожирінням дозволило встановити вищий рівень болю, скутості та порушення повсякденної діяльності у пацієнтів з ОА без коморбідних захворювань. Результати клінічних досліджень вказують на необхідність ретельного лабораторного обстеження для встановлення ступеня імунізопальних та метаболічних порушень в організмі хворих на ОА, що поєднується із ХП та ожирінням.

Соколова І.І., Федів О.І.

ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В КРОВІ ТА ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніша патологія синовіальних суглобів, яка призводить до значних втрат в економічній, соціальній і психологічних сферах, у зв'язку з болем та інвалідизацією у пацієнтів середнього та