



М. Б. Щербинина¹, Е. В. Закревская²,
В. А. Шевченко¹, Н. П. Дементий³

¹ Днепропетровский национальный университет имени Олеся Гончара, Днепр

² КУ «Днепропетровская городская поликлиника № 4 Днепропетровского областного совета», Днепр

³ Медицинский центр амбулаторного обслуживания детей и взрослых, Днепр

Клиническая эффективность «Гепаназе» при билиарной недостаточности на фоне первичной функциональной дисмоторики желчных путей

Цель — изучить клиническую эффективность «Гепаназе» у пациентов с билиарной недостаточностью (БН) на фоне первичной дисфункции желчного пузыря (ЖП) по гипокинетическому типу и гипертонуса сфинктера Одди.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 36 лиц (12 мужчин и 24 женщины) с первичными дисфункциями билиарного тракта. Пациентам проведен курс «Гепаназе» по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды в течение 4 нед. Обследование выполнено до и в конце периода наблюдения. Оценивали динамику жалоб, копрограмму на наличие жирных кислот и нейтрального жира, показатели общего анализа мочи по солевому составу, ультразвуковые данные состояния билиарной системы и почек с учетом наличия мочевого диатеза.

Результаты. На фоне приема «Гепаназе» состояние пациентов характеризовалось положительной динамикой клинической картины (купирование болевого синдрома, абдоминального дискомфорта, отсутствие метеоризма, нормализация стула) и значительным улучшением показателей билиарной моторики. Исходный объем ЖП натощак достоверно уменьшился с $(55,2 \pm 8,4)$ до $(30,2 \pm 4,3)$ мл ($p < 0,01$), а коэффициент сокращения увеличился с $(42,46 \pm 3,9)$ до $(64,82 \pm 6,8)$ % ($p < 0,01$), что свидетельствует о восстановлении сократительной способности ЖП. Положительная динамика установлена также при оценке тонуса сфинктера Одди. Косвенным показателем улучшения движения желчи служит снижение плотности желчи ЖП с $(2,21 \pm 0,51)$ до $(1,88 \pm 0,25)$ ед. серой шкалы. Получено объективное подтверждение восполнения БН. По данным копрограммы, после курса лечения у 32 (88,9%) лиц отсутствовали жирные кислоты, у 4 (11,1%) сохранялись проявления БН легкой степени (+). По данным УЗИ почек и анализа мочевого осадка, мочевого диатеза сохранился у 5 (20,8%) из 24 пациентов, у которых он был выявлен вначале. Побочные эффекты и аллергические реакции при приеме «Гепаназе» не зафиксированы. Переносимость препарата оценена пациентами как хорошая.

Выводы. Исследование показало высокую клиническую эффективность «Гепаназе» в устранении БН на фоне первичной дисфункции ЖП по гипокинетическому типу и гипертонуса сфинктера Одди. Установлено, что эффект лечения связан с нормализацией сократительной способности ЖП и тонуса сфинктера Одди. Восполнение БН в значительной мере обусловлено стимуляцией холереза и восстановлением переваривания жиров. Многостороннее положительное влияние на измененные функции гепатобилиарной системы, кишечника и почек, безопасность применения и хорошая переносимость позволяют отнести «Гепаназе» к ряду средств, наиболее рациональных для лечения амбулаторного контингента пациентов с билиарной патологией.

Ключевые слова: дисфункциональные расстройства билиарного тракта, «Гепаназе», билиарная недостаточность, мочевого диатеза.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (БТ) занимают весомое место среди гастроэнтерологических заболеваний. Независимо от этиологии их принято подразделять

на два типа: дисфункцию желчного пузыря (ЖП) и дисфункцию сфинктера Одди. Наиболее часто встречается сочетание дисфункции ЖП по гипокинетическому типу и дисфункции сфинктера Одди, обусловленной его гипертонусом. Также различают первичные дисфункции

БТ, имеющие собственные клинические проявления, и вторичные билиарные дисфункции, возникающие на фоне другого основного заболевания. Полагают, что подобные отклонения связаны с рядом изменений в сложной системе нейрогуморальной регуляции процессов образования и выделения желчи [6].

Манифестация билиарных дисфункций возникает, как правило, при отсутствии органических повреждений БТ в основном у лиц молодого и среднего возраста. В тоже время изначально функциональные нарушения имеют склонность к хроническому течению с частыми рецидивами, прогрессированию с вовлечением смежных органов и формированию холелитиаза. В становлении патологии немалую роль играет симптомокомплекс билиарной недостаточности (БН), главным патогенетическим звеном которого является уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник [4].

БН ведет к нарушениям пищеварения, в первую очередь метаболизма жиров. Известно, что желчные кислоты эмульгируют жиры, улучшая доступность к ним панкреатической липазы. Ранним клиническим проявлением БН считают плохую переносимость жирной пищи. В дальнейшем толерантность к жирной пище продолжает снижаться, появляется стеаторея, потеря массы тела. Из-за недостатка всасывания жирорастворимых витаминов проявляются гиповитаминозы, например, витамина D, что обуславливает возникновение остеопороза, витамина А, влияющего на состояние органа зрения, и др. В результате дисбаланса состава желчных кислот образуется билиарный сладж, со временем формируются желчные камни. БН приводит к уменьшению бактерицидности дуоденального содержимого и в связи с этим к избыточному микробному заселению двенадцатиперстной кишки. Кроме того, преждевременная деконъюгация желчных кислот кишечной микрофлорой сопровождается повреждением слизистых оболочек тонкой и толстой кишки с последующим развитием реактивного воспаления, а при наличии рефлюксных процессов — билиарного рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита [3]. В кишечнике на фоне БН пищевые жиры могут соединяться с кальцием, который при этом не связывается в кишечнике щавелевую кислоту. Последняя в свободном виде попадает в кровеносное русло, где образует соединение с постоянно присутствующим в сыворотке крови кальцием. Образовавшиеся в крови оксалаты кальция удаляются через почки. При малом количестве образуемой за сутки мочи оксалаты кальция часто

откладываются в почках в виде солей либо камней [3]. Вот почему в клинической практике отмечается частое сочетание желчнокаменной и мочекаменной болезней.

В этой связи поиск лекарственных средств, обладающих наиболее физиологичным механизмом коррекции существующих при дисфункциональных расстройствах БТ нарушений, является одной из актуальных проблем терапии. Как наиболее перспективные рассматривают лекарственные средства растительного происхождения, сочетающие гепатопротекторную и желчегонную активность [7]. К таким средствам относится новый оригинальный продукт группы компаний Фармпланета — «Гепаназе». Особенностью «Гепаназе» является уникальное сочетание трех высококачественных растительных компонентов производства компании Naturex (Франция): экстрактов плодов расторопши пятнистой, кукурузных рылец и цветков календулы лекарственной. Биологически активные вещества, содержащиеся в этих фитоэкстрактах, дополняют и усиливают действие друг друга, что способствует нормализации функций всей гепатобилиарной системы.

Экстракт плодов расторопши пятнистой содержит несколько флаволигнанов, известных под общим названием «силимарин» [7]. Последний проявляет гепатопротекторные, антиоксидантные и антиоксидантные свойства при острых и хронических интоксикациях, что обусловлено его способностью стабилизировать мембраны клеток печени, стимулировать микроциркуляцию и репарационные процессы. Силимарин активизирует обмен веществ в гепатоцитах и способствует их регенерации, улучшает белоксинтезирующую и липотропную функции, снижает степень жировой дистрофии печени, что способствует нормализации уровня ее функциональных показателей в крови — билирубина, печеночных трансаминаз и др.

Экстракт кукурузных столбиков с рыльцами содержит β -ситостерин, горечи, эфирные масла, хлорофилл, камеди, смолы, гликозиды, сапонины, сахаристые вещества, алкалоиды, витамины К, В₁, В₂, В₆, D, E, аскорбиновую кислоту. Желчегонное действие кукурузных столбиков с рыльцами обусловлено способностью кукурузного масла и других компонентов усиливать секрецию желчи, снижать ее вязкость, относительную плотность и содержание билирубина. Кроме того, происходит гармонизация сокращений желчного пузыря с ритмичной деятельностью сфинктера Одди. Сапонины усиливают секрецию желез, активность ферментов и гормонов с

проявленням гіпоглікемічних своїх, регулюють водно-солевої і мінеральний обмін, забезпечують підвищення діуреза [8].

В екстракті квіток ноготків лікарських міститься набір каротиноїдів, а також сапонины, горечі, фітонциди, флавоноїди, глікозиди, тритерпеноїди, яблучна, салицилова і аскорбинова кислоти, дубильні речовини, вітаміни, ефірні масла. Цей комплекс речовин має протизапальні і імуномодулюючі властивості, посилює процеси регенерації і місцеві захисні механізми, проявляє спазмолітичні і жовчогонні властивості — розслаблює гладком'язові волокна, стимулює секрецію і виділення жовчі [8].

Таким чином, лікувальні властивості препарату «Гепаназе» обумовлені оптимальним поєднанням гепатопротекторного дії екстракту плодів расторопши п'ятнистої і екстракту кукурудзяних стовбиків з рильцями (нормалізуюче вплив на секрецію жовчі і моторику жовчовивідних шляхів) з регенеративним і протизапальним дією екстракту квіток ноготків лікарських.

Ціль дослідження — вивчити клінічну ефективність «Гепаназе» у пацієнтів з БН на фоні первинної дисфункції ЖП по гіпокінетичному типу і гіпертонуса сфинктера Одди.

Матеріали і методи

Під наглядом знаходилися 36 осіб (12 чоловіків і 24 жінки) з первинними дисфункціями БТ в віці від 22 до 41 року (середній вік — $31,3 \pm 5,2$ років). Дослідження і лікування проведені амбулаторно. Всі пацієнти підписали добровільну згоду на участь в дослідженні.

Вибір пацієнтів здійснювали за клінічними проявами і результатами лабораторно-інструментального дослідження з обґрунтуванням функціонального характеру бiliarних розстройств з виключенням іншої патології жовчочно-кишкового тракту, при відсутності алергічного анамнезу і важкої супутньої патології інших органів і систем.

Пацієнтам був запропонований курс терапії, який передбачав режим харчування, дотримання дієти з виключенням гострих, жарених і копчених продуктів, помірним зниженням вмісту жирів і легкоусвоюваних вуглеводів, і прийом «Гепаназе». Капсули «Гепаназе» рекомендували приймати цілком, не розжовуючи, в дозуванні по 1 капсулі 3 рази в день в час їди, курс — 4 тижні. Одна капсула «Гепаназе» містить:

екстракт плодів расторопши п'ятнистої — 80 мг, екстракт кукурудзяних стовбиків з рильцями — 80 мг, екстракт квіток ноготків лікарських (календули) — 40 мг.

Дослідження пацієнтів проведено до і в кінці періоду спостереження. Оцінювали динаміку скарги, зміни показників клінічних лабораторних аналізів, в частині копрограм на наявність жирних кислот і нейтрального жиру, показники загального аналізу сечі по солевому складу, ультразвукові дані стану бiliarної системи і нирок з урахуванням наявності мочевого діатезу.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини виконано конвексним мультичастотним датчиком С5—2 з центральною частотою 3 МГц за стандартними методиками на ультразвуковому сканері Premium-класу Sonix Touch канадської компанії Ultrasonix.

В дослідження не включали пацієнтів з наявністю деформацій жовчного міхура і/або холедоха, конкрементів в порожнині ЖП і/або холедоха, холестероза і ознак запального змін стінок цих структур.

Верифікацію дисфункції БТ проводили з допомогою динамічного УЗД. Для стимуляції бiliarної моторики використовували 25 % розчин магнієвої сульфату (далі — магнієвий сульфат) в об'ємі 50 мл. Регістрували об'єм ЖП (V, мл) початковий натощак і на 10, 20 і 40-й хвилині після прийому магнієвої сульфату. Розраховували коефіцієнт скорочення ЖП ($K_{\text{сокp}}$, %) — відношення об'ємів ЖП натощак і на 40-й хвилині після прийому магнієвої сульфату. Моторно-евакуаторну функцію ЖП оцінювали як нормальну, якщо $K_{\text{сокp}}$ становив 50—70 %; значення показника нижче 50 % відносили до дисфункції ЖП по гіпокінетичному типу. Признаками гіпертонуса сфинктера Одди вважали тривалість періоду після прийому магнієвої сульфату до початку скорочення ЖП (фаза закритого сфинктера Одди) більше 10 хвилин, а також припинення опорожнення ЖП через 20 хвилин в поєднанні в обох випадках з одночасним збільшенням діаметра холедоха більше ніж на 1 мм. На основі отриманих даних в дослідженні включили пацієнтів з дисфункцією ЖП по гіпокінетичному типу і бiliarної дисфункцією сфинктера Одди, обумовленою його гіпертонусом. Також досліджували однорідність жовчі в порожнині ЖП з оцінкою по пікселям шкали сірого кольору.

В період спостереження проведено клінічний моніторинг переносимості і безпеки терапії «Гепаназе».

Статистическая обработка полученных результатов выполнена методами вариационной статистики с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Длительность дисфункциональных расстройств БТ у пациентов составляла от 2,0 до 4,5 лет, в среднем — $(3,2 \pm 0,8)$ года. Все участники исследования отметили плохую переносимость пищи с высоким содержанием жира. При уточнении анамнестических данных пациенты указывали на появление первых жалоб после праздничного стола или погрешности в диете (острая, жирная, жареная, мучная пища). Среди жалоб доминировали ощущения дискомфорта (28 случаев, или 77,8%) и боль в эпигастральной области (25 пациентов, или 69,4%), в том числе в правом подреберье (16, или 44,4%), которые проявлялись либо по отдельности, либо преимущественно одновременно. Тупая ноющая боль в эпигастральной области, чувство давления, распираания, усиливающиеся при наклоне туловища вперед, позволили предположить дисфункцию ЖП по гипокинетическому типу. Для этого типа дисфункции характерно сочетание с гипертонусом сфинктера Одди. При этом абдоминальная боль, как правило, связана с приемом пищи, появляется на высоте пищеварения и обусловлена нарушением опорожнения ЖП. В отдельных случаях ощущение дискомфорта и боль могут появляться и в межпищеварительный период в связи с нарушением его заполнения.

Второе место по частоте занимали жалобы на хронический запор (19 (52,8%)) и метеоризм (24 (66,7%)), а также периодически возникающая тошнота (18 (50%)). Снижение аппетита и массы тела не было характерным — выявлено соответственно у 7 (19,4%) и 3 (8,3%) лиц. Из общих нарушений отмечены признаки эмоциональной лабильности (19 (52,8%)), повышенной раздражительности (14 (38,9%)), астенизации в

виде быстрой утомляемости, снижения внимания и работоспособности (11 (30,6%)).

Во время объективного осмотра у 14 (38,9%) пациентов пальпация живота позволила выявить умеренную болезненность в проекции ЖП (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с нижним краем печени). Симптомы Ортнера, Мерфи и Мюсси были отрицательные.

Учитывая полиморфизм и неярко выраженную клиническую симптоматику дисфункциональных расстройств БТ, верификацию диагноза проводили, исключая другие заболевания пищеварительной системы с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования. Установлено, что у всех пациентов клинические анализы крови, показатели функциональных проб печени, содержание панкреатических ферментов в крови и моче, данные эзофагогастродуоденоскопии и сонографические параметры печени, поджелудочной железы, селезенки и почек были в пределах физиологической нормы.

Более детально с помощью динамического УЗИ изучено состояние ЖП и желчевыводящих путей. Установлено, что у пациентов имела место дисфункция ЖП по гипокинетическому типу и билиарная дисфункция сфинктера Одди, обусловленная его гипертонусом (табл. 1). Подбор пациентов с такими дисфункциональными расстройствами обусловлен тем, что это наиболее часто встречающийся вариант нарушений моторики БТ в клинической практике.

Следующей задачей было подтвердить наличие БН. В 1990-е была предпринята попытка объективизировать БН с помощью дуоденального зондирования путем оценки количества выделенной желчи в течение 1 ч после введения раздражителя и показателя дебита холевой кислоты, являющейся основной в пуле желчных кислот [5]. Однако в настоящее время дуоденальное зон-

Таблица 1. Показатели динамического УЗИ билиарного тракта пациентов до и после курса лечения (n = 36)

Показатель	До лечения	После лечения
Объем ЖП исходный, мл	$55,2 \pm 8,4$	$30,2 \pm 4,3^*$
$K_{\text{сокр}}, \%$	$42,46 \pm 3,9$	$64,82 \pm 6,8^*$
Диаметр холедоха исходный, мм	$3,8 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,2^{**}$
Фаза закрытого сфинктера Одди, мин	$10,9 \pm 1,6$	$5,2 \pm 0,82^*$
Диаметр холедоха через 10 мин после приема магнесии сульфата, мм	$4,7 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,2^*$
Плотность желчи в ЖП, ед. серой шкалы	$2,21 \pm 0,51$	$1,88 \pm 0,25$

Примечание. Разница показателей до и после лечения статистически значима: * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

дирование как рутинный метод исследования практически не используют. Это связано с техническими особенностями проведения процедуры, отсутствием стандартизированных раздражителей, необходимостью проведения биохимического анализа, низкой воспроизводимостью результатов исследования и расхождением их с данными рентгеноконтрастной и ультразвуковой холецистографии, а также с наличием противопоказаний при ряде заболеваний пищеварительной системы.

Известно, что одним из проявлений БН является стеаторея [3]. Здесь следует обратить особое внимание на частую ошибку врачей, которые обычно расценивают стеаторею как проявление нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы. В этой связи пациенту назначают высокие дозы ферментных препаратов отдельно или в сочетании с ингибиторами протонной помпы без достижения желаемого клинического эффекта. В то же время наиболее часто стеаторея развивается при БН. Для того чтобы определиться с причиной стеатореи, достаточно оценить копрограмму пациента. При нарушении внешнесекреторной функции поджелудочной железы и снижении содержания панкреатической липазы стеаторея представлена исключительно нейтральным жиром. Билиодигестивная стеаторея, связанная с недостатком или отсутствием поступления желчи в кишечник, представлена увеличенным количеством жирных кислот и небольшим содержанием или отсутствием нейтрального жира. При большом дефиците желчных кислот может наблюдаться развитие относительной панкреатической недостаточности, поскольку липаза также активируется желчными кислотами. В этом случае стеаторея приобретает смешанный характер.

При первичном обследовании оценка копрограммы на наличие нейтрального жира дала отрицательный результат, на содержание жирных кислот — положительный у всех пациентов (табл. 2). При этом основную часть составили па-

циенты с БН средней степени (++) — 28 (77,8%). Кроме того, у 2/3 пациентов (24 (66,7%)) выявлен мочевого диатез в обеих почках и подтверждено наличие оксалатов в общем анализе мочи.

В ходе приема «Гепаназе» у большинства пациентов (27 (75%)) клинические симптомы уменьшились уже через неделю. В конце курса лечения диспептические жалобы полностью отсутствовали у 34 (94,4%) лиц. У 2 (5,6%) пациентов с повышенной невротизацией жалобы сохранились при снижении интенсивности ощущений абдоминального дискомфорта. Известно, что билиарные дисфункции часто возникают на фоне психоэмоциональных нарушений, признаков эндогенной депрессии. В таких случаях целесообразно дополнительно включать в терапию средства, нормализующие психосоматический статус: адаптогены, седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ганглиоблокаторы, а также физиотерапию, лечебную физкультуру и др. [4].

При повторном УЗИ БТ пациентов (см. табл. 1) установлено значительное улучшение показателей билиарной моторики. Так, исходный объем ЖП достоверно уменьшился с $(55,2 \pm 8,4)$ до $(30,2 \pm 4,3)$ мл ($p < 0,01$), а $K_{\text{сокр}}$ увеличился с $(42,5 \pm 3,9)$ до $(64,8 \pm 6,8)$ %, что позволяет говорить о восстановлении сократительной способности ЖП. Косвенным показателем улучшения движения желчи может служить снижение, хотя и недостоверное, плотности желчи ЖП с $(2,21 \pm 0,51)$ до $(1,88 \pm 0,25)$ ед. серой шкалы. Положительная динамика установлена также при оценке тонуса сфинктера Одди (см. табл. 1).

Результаты УЗИ БТ совпадали с улучшением клинической картины (отсутствие метеоризма, нормализация стула), а также с объективным подтверждением устранения или снижения степени БН (см. табл. 2). По данным копрограммы, после курса лечения у 32 (88,9%) лиц установлено отсутствие жирных кислот, у 4 (11,1%) пациентов сохранились проявления БН легкой степени. Также выявлены положительные изменения в отношении мочевого диатеза. По данным УЗИ почек и анализа мочевого осадка, мочевого диатез сохранился у 5 (20,8%) из 24 пациентов, у которых он был выявлен вначале. Возможно, это обусловлено длительностью периода БН и формированием в почках более плотных структур, чем солевые отложения.

Побочных эффектов и аллергических реакций при приеме «Гепаназе» не зафиксировано. Переносимость препарата оценена пациентами как хорошая. Эти данные совпадают с результатами других исследований, проведенных, в частности, у

Таблица 2. Содержание жирных кислот в копрограмме у пациентов до и после курса лечения (n = 36)

Жирные кислоты	До лечения	После лечения
Нет	0	32 (88,9%)
+	7 (19,4%)	4 (11,1%)
++	28 (77,8%)	0
+++	1 (2,8%)	0

пациентів з хронічним вірусним гепатитом [2] і неалкогольної жирової хвороби печінки [1].

Таким образом, состояние пациентов с БН на фоне первичной дисфункции ЖП по гипокинетическому типу и гипертонуса сфинктера Одди после курса «Гепаназе» в течение 4 нед характеризовалось значительным улучшением. Устранение клинической симптоматики достигнуто за счет нормализации показателей билиарной моторики (повышение сократительной функции ЖП, нормализация тонуса сфинктера Одди, снижение плотности желчи), компенсации БН и у большинства пациентов — мочевого диатеза.

Выводы

Исследование показало высокую клиническую эффективность «Гепаназе» в устранении БН на фоне первичной дисфункции ЖП по гипокинетическому типу и гипертонуса сфинктера Одди.

Установлено, что эффект лечения связан с нормализацией сократительной способности ЖП и тонуса сфинктера Одди. Восполнение БН в значительной мере обусловлено стимуляцией холециста и восстановлением переваривания жиров.

Многостороннее положительное влияние на измененные функции гепатобилиарной системы, кишечника и почек, безопасность применения и хорошая переносимость позволяют отнести «Гепаназе» к ряду средств, наиболее рациональных для лечения амбулаторного контингента пациентов с билиарной патологией.

Работа выполнена при поддержке ООО «Фармапланета».

Участие авторов:

Концепция, дизайн исследования, подготовка текста — М. Ш.

Сбор и обработка материала — Е. З., В. Ш., Н. Д.

Список литературы

1. Вакуленко Е. П., Кармазина А. О., Будько Т. М. та ін. Ефективність лікування неалкогольної жирової хвороби печінки гепатопротекторами рослинного походження на прикладі препарату «Гепаназе» // Сучасна гастроентерол. — 2015. — № 4 (84). — С. 78—82.
2. Доценко С. Я., Кулинич Р. Л., Данильченко Л. П. и др. Клиническая эффективность гепатопротекторного средства «Гепаназе» у пациентов с хроническим вирусным гепатитом // Сучасна гастроентерол. — 2015. — № 6 (86). — С. 82—88.
3. Ильченко А. А. Билиарная недостаточность и синдром нарушения пищеварения // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 3. — С. 76—82.
4. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 880 с.
5. Максимов В. А., Далидович К. К., Чернышев А. Л., Мельников В. Л. Диагностические тесты при заболеваниях органов пищеварения. — Пенза, 2005. — 228 с.
6. Максимов В. А., Чернышев А. Л., Тарасов К. М., Неронов В. А. Билиарная недостаточность. — М.: АдамантЪ, 2008. — 232 с.
7. Рациональна фармакотерапія хронічних захворювань печінки. Довідник для практикуючих лікарів / Під заг. ред. проф. М. Б. Щербиніної. — К.: Бібліотека Здоров'я України, 2015. — 442 с.
8. Соколов С. Я., Замотаев И. П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). — М.: Металлургия, 1989. — 512 с.

М. Б. Щербиніна¹, О. В. Закревська², В. А. Шевченко¹, Н. П. Дементій³

¹ Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара, Дніпро

² КЗ «Дніпропетровська міська поліклініка № 4 Дніпропетровської обласної ради», Дніпро

³ Медичний центр амбулаторного обслуговування дітей та дорослих, Дніпро

Клінічна ефективність «Гепаназе» при біліарній недостатності на тлі первинної функціональної дисмоторики жовчних шляхів

Мета — вивчити клінічну ефективність «Гепаназе» у пацієнтів з біліарною недостатністю (БН) на тлі первинної дисфункції жовчного міхура (ЖМ) за гіпокінетичним типом і гіпертонусу сфинктера Одди.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 36 осіб (12 чоловіків та 24 жінки) з первинними розладами біліарного тракту. Пацієнтам проведено курс «Гепаназе» по 1 капс. тричі на добу під час їди протягом 4 тиж. Обстеження виконано до та в кінці періоду спостереження. Оцінювали динаміку скарг, копрограму на наявність жирних кислот і нейтрального жиру, показники загального аналізу сечі за сольовим складом, ультразвукові дані щодо стану біліарної системи та нирок з урахуванням наявності сечового діатезу.

Результати. На тлі прийому «Гепаназе» стан пацієнтів характеризувався позитивною динамікою клінічної картини (купірування больового синдрому, абдомінального дискомфорту, відсутність метеоризму, нормалі-

зація випорожнення) та значним поліпшенням показників біліарної моторики. Вихідний об'єм ЖМ натще достовірно зменшився з $(55,2 \pm 8,4)$ до $(30,2 \pm 4,3)$ мл ($p < 0,01$), а коефіцієнт скорочення збільшився з $(42,46 \pm 3,9)$ до $(64,82 \pm 6,8)\%$ ($p < 0,01$), що свідчить про відновлення скоротливої здатності ЖМ. Позитивну динаміку встановлено також при оцінці тонуусу сфінктера Одді. Непрямим показником поліпшення руху жовчі є зниження щільності жовчі ЖМ з $(2,21 \pm 0,51)$ до $(1,88 \pm 0,25)$ од. сірої шкали. Отримано об'єктивне підтвердження поповнення БН. За даними копрограми, після курсу лікування у 32 (88,9%) осіб не було жирних кислот, у 4 (11,1%) зберігалися вияви БН легкого ступеня (+). За даними УЗД нирок та аналізу сечового осаду, сечовий діатез зберігся у 5 (20,8%) з 24 осіб, у яких його виявили спочатку. Побічних ефектів та алергійних реакцій при прийомі «Гепаназе» не зафіксовано. Переносність препарату оцінена пацієнтами як добра.

Висновки. Дослідження показало високу клінічну ефективність «Гепаназе» в усуненні БН на тлі первинної дисфункції ЖМ за гіпокінетичним типом і гіпертонуусу сфінктера Одді. Встановлено, що ефект лікування пов'язаний з нормалізацією скоротливої здатності ЖМ і тонуусу сфінктера Одді. Поповнення БН значною мірою зумовлено стимуляцією холерезу та відновленням перетравлення жирів. Багатобічний позитивний вплив на змінені функції гепатобіліарної системи, кишечника та нирок, безпечність застосування і добра переносність дають підстави віднести «Гепаназе» до низки засобів, найбільш раціональних для лікування амбулаторного контингенту пацієнтів з біліарною патологією.

Ключові слова: дисфункціональні розлади біліарного тракту, «Гепаназе», біліарна недостатність, сечовий діатез.

M. B. Scherbynina¹, O. V. Zakrevska², V. A. Shevchenko¹, N. P. Dementiy³

¹ Oles Honchar Dnipropetrovsk National University, Dnipro

² Municipal Institution «Dnipropetrovsk City Clinic N4 of the Dnipropetrovsk Regional Council», Dnipro

³ Medical Center of the Outpatient Care for Children and Adults, Dnipro

Clinical efficiency of Hepanaze for patients with biliary insufficiency on the background of primary functional insufficient motility of biliary tract

Objective — investigation of clinical efficiency of *Hepanaze* for patients with biliary insufficiency (BI) against the background of primary dysfunction of the gallbladder (GB) for hypokinetic type and hypertonicity of Oddi sphincter.

Materials and methods. The observation was performed for 36 persons (12 men and 24 women) with primary biliary tract disorders. Patients were medicated *Hepanaze* with 1 cap. 3 times a day with meals for 4 weeks. A survey of patients was conducted before and after the observation period. During the study of the clinical efficiency of *Hepanaze* the following indicators were evaluated: dynamics of complaints, coprogram for presence of fatty acids and neutral fat, urinalysis parameters for the salt composition, data of biliary system and kidneys ultrasound investigation, considering the presence of urinary diathesis.

Results. Condition of patients, medicated with *Hepanaze*, characterized with positive dynamics of clinical picture (reduction of pain, abdominal discomfort, bloating absence, normalization of stool). Results were accompanied by significant improvements in biliary motility determined by dynamic ultrasound. Output volume of GB fasting significantly decreased from 55.2 ± 8.4 to 30.2 ± 4.3 ml ($p < 0.01$), and contraction rate increased from 42.46 ± 3.9 to $64.82 \pm 6.8\%$ ($p < 0.01$) that indicates the recovery of contractile ability of GB. Positive dynamics was detected evaluating the Oddi sphincter. Decrease of GB bile density from 2.21 ± 0.51 to 1.88 ± 0.25 units of grey scale is the indirect indicator of improvement in the movement of bile.

An objective confirmation of BI replenishment was received. After treatment coprogram results showed that 32 individuals (88.9%) achieved the absence of fatty acids and only 4 people (11.1%) had mild symptoms of BI (+). According to the USI of kidneys and urinary sediment analysis, uric diathesis saved for 5 (20.8%) of 24 people, who had it before treatment. Side effects and allergic reactions during *Hepanaze* medication were not detected. The patients assessed *Hepanaze* tolerance as good.

Conclusions. The study showed high clinical efficiency of *Hepanaze* in removing of BI with background of the primary GB dysfunction for hypokinetic type and hypertonicity of Oddi sphincter. Treatment effect appeared to be associated with normalization of GB contractility and the Oddi sphincter normalization. BI compensation was reached mostly by choleresis stimulation and recovery of the digestion of fats. Complex positive effect on altered function of the hepatobiliary system, intestines and kidneys, application security and good toleration allow to assess *Hepanaze* as the most rational treatment for the contingent of ambulatory patients with biliary pathology.

Key words: dysfunctional biliary disorders, *Hepanaze*, biliary insufficiency, urinary diathesis. □

Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., проф. кафедри клінічної лабораторної діагностики

E-mail: scherbinina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 5 травня 2016 р.