

согласия назначался пробиотический продукт в соответствии с протоколом. Дозировка: по 500 мл в день (на 3 приема) до еды, комнатной температуры, что составляет 20 млн КОЕ *Lactobacillus acidophilus*. Продолжительность курса лечения 20 дней. Исследование проведено в амбулаторных условиях при обычном для больного питании и повседневном образе жизни.

Результаты. Установлено, что наличие СИБР при хроническом панкреатите нередко является причиной абдоминального болевого синдрома, недостаточно купируемого стандартной терапией.

Полученные данные показали, что микробиологически СИБР у данного контингента больных характеризовался повышением микробного числа до $106-7$ на 1 мл кишечного содержимого (1 г биоптата) против 104 в норме. При этом обнаруживалось преобладание анаэробной микрофлоры.

Курсовой прием функционального пробиотического продукта приводил к нормализации микробиоты тощей кишки и одновременно более эффективно купированию абдоминального болевого синдрома.

45. Печеночная недостаточность при резекции печени у больных с очаговыми образованиями печени

Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Лим В.Г.

Республиканская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан,
e-mail: rshtyim@yandex.ru

Острая послеоперационная печеночная недостаточность является одним из основных жизнеугрожающих осложнений при резекции печени.

Цель исследования: изучить вероятность и тяжесть печеночной недостаточности после резекции печени.

Материал и методы. В клинике наблюдались 22 пациента с очаговыми образованиями печени — 14 женщин (63,6%) и 8 мужчин (36,4%) в возрасте от 26 до 67 лет. Средний возраст больных составил $(55,9 \pm 6,3)$ года.

Очаговые поражения в исследуемых группах были представлены следующими нозологическими формами: доброкачественные образования — 4 больных (18,2%), злокачественные опухоли — 27 (81,8%). Для оценки тяжести острой печеночной недостаточности пользовались классификацией печеночной недостаточности, предложенной Гальпериным Э.И. (1978).

Результаты и их обсуждение. Резекции печени в объеме гемигепатэктомии выполнены у 2 (9,1%) пациентов, экономные резекции печени были выполнены у 20 (90,9%): трисегментэктомия — у 3, кавальная левосторонняя лобэктомия — у 4, сегментэктомии и атипичные резекции — у 13.

При анализе послеоперационного периода у пациентов после резекции печени можно отметить следующие особенности его течения: развитие печеночной недостаточности разной степени тяжести с четкой прямой корреляционной зависимостью от объема резекции ($r = 0,71$), тяжесть данного осложнения более выражена при злокачественном поражении ($\chi^2 = 6,23$, $p = 0,014$), так как удаляется не только очаг, но и функционирующая часть печени.

Вывод. Послеоперационная печеночная недостаточность является неизбежным специфическим осложнением резекции печени, и тяжесть в основном зависит от объема резекции органа. Профилактику печеночной недостаточности целесообразно начинать с предоперационного отбора пациентов и продолжать в интраоперационном и послеоперационном периодах.

К

46. Проблема лекарственного гепатита на фоне приема НПВС

Калачнюк Т.Н.

123 Клиническая больница ФМБА, Одинцово, Россия

Лекарственное поражение печени (ЛПП) — это поражение органа, вызванное лекарственными веществами, которые применяют по медицинским показаниям в терапевтических дозах. ЛПП составляют около 10% всех побочных реакций организма больного, связанных с применением фармакологических препаратов. По собственным данным, ЛПП на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) составляют 13,6% в структуре ЛПП и доля их неуклонно растет. Данный факт связан с доступностью этих лекарственных препаратов, их безрецептурным отпуском и навязчивой рекламой. Проведен анализ 19 случаев ЛПП, соотношение мужчин и женщин 2,16:1, средний возраст $(54,5 \pm 4,8)$ года. Пациенты принимали диклофенак, пироксикам, найз, средняя продолжительность лечения $(25,0 \pm 3,7)$ дня. Клиническая картина ЛПП характеризовалась общей слабостью, дискомфортом в правом подреберье, умеренной желтухой (31,6%) и кратковременным кожным зудом (5,3%). По биохимическому типу ЛПП в 47,4% имели гепатоцеллюлярный тип, в 26,3% — холестатический, в 26,3% — смешанный. У 12 (63,2%) пациентов выполнена пункционная биопсия печени, в 45% выявлены признаки внутрипортального фиброза. Следует отметить высокую частоту микровезикулярного стеатоза и выраженность некроза в центре долек. В последнее время участились случаи ЛПП на фоне кратковременного применения комбинированных жаропонижающих средств, характеризующиеся астеническим и умеренным цитолитическим синдромом. Препаратами выбора лечения ЛПП на фоне приема НПВС являются адеметионин и урсодезоксихолевая кислота в зависимости от биохимического типа поражения печени. На фоне терапии отмечается быстрая положительная динамика, причем клиническая опережает лабораторную. На фоне лечения достигается уменьшение индекса фиброза, рассчитываемого по дискриминантной счетной шкале Боначини.

Таким образом, в последнее время отмечается тенденция к учащению ЛПП на фоне приема НПВС. Эти ЛПП не имеют специфических клинических особенностей, протекают по различным биохимическим типам поражения печени, требуют дифференцированного подхода к гепатопротекторной терапии. Следует отметить, что в 45% случаев ЛПП осложняется развитием внутрипортального фиброза, что заставляет с большей избирательностью