

больных, у 5 он обнаружен морфологическим методом. Эффективность эрадикации составила 96%. В процессе лечения побочные эффекты наблюдались.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что схема первой линии эрадикации *H. pylori* на основе рабепразола (рабемака), кларитромицина (флагил) и амоксициллина является эффективной и безопасной по сравнению с традиционными схемами лечения.

287. ТАКТИКО-СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ГЕПАТИТАХ

Тхакушинова Н.Х., Дробот Н.Н., Бабаева И.Ю., Осипова И.Г., Батанина Т.П.

Кубанский государственный медицинский университет, ГУЗ СКДИБ, г. Краснодар

В последние годы неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется ростом заболеваемости туберкулезом детей и подростков. В связи с этим проблема лечения детей и подростков, больных туберкулезом весьма актуальна. Длительное лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе полихимиотерапия, оказывают воздействие на макроорганизм, вызывая изменения тканевого обмена, снижение содержания витаминов и блокирование витаминных систем. Большая нагрузка приходится на печень, которая участвует в инактивации препаратов. Предпосылкой для поражения печени может быть и туберкулезная интоксикация, как при латентном туберкулезе, так и при прогрессирующем течении.

Цель исследования – изучение состояния печени у детей и подростков, больных туберкулезом, по данным клинического и биохимического исследования, определить тактику профилактики побочных реакций (ПР), выявления причин их развития и лечения.

Методы исследования. Под наблюдением находились 125 детей, которые получали лечение по поводу туберкулеза. Большую группу составили подростки (57,8%), остальные были дети раннего школьного и дошкольного возраста. Пациентов мужского и женского пола было одинаковое количество. Среди детей дошкольного и раннего школьного возраста преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в старших возрастных группах – инфильтративная форма туберкулеза. Деструктивные изменения в легких установлены у 35,6% больных, бактериовыделение – в 38,9% случаев. При сборе анамнеза и анализе медицинской документации особое внимание уделяли анамнестическим данным о перенесенных заболеваниях печени, желчевыводящих путей, которые могли неблагоприятно влиять на функцию печени в процессе лечения по поводу туберкулеза. Больным выполнялся комплекс клинико-лабораторных исследований. При этом учитывалась степень выраженности симптомов туберкулезной интоксикации, данные пальпаторного исследования печени, наличие HBs – антигена в сыворотке крови, показатели общего и прямого билирубина, активности аминотрансфераз и их изменения в процессе лечения противотуберкулезными препаратами.

Лечение проводилось по стандартным режимам химиотерапии, когда в интенсивную фазу лечения назначается 4 или 5 противотуберкулезных препаратов, среди которых изониазид, рифампицин, пиразинамид, протионамид обладают выраженной гепатотоксичностью. При выявлении ПР на противотуберкулезные препараты использовалась синдромальная симптоматика медикаментозных осложнений с учетом данных гемограммы, лабораторных показателей биохимических сдвигов функционального состояния печени. Частота лекарственных гепатитов среди наблюдаемых больных составила 13,8%. Встречаемость этого вида ПР не зависела от возраста больных. Однако на тяжесть функциональных нарушений печени оказывала влияние сопутствующая патология, сопровождающаяся массивной вторичной инфекцией, что вызывало необходимость назначения антибиотиков широкого спектра действия.

Профилактика лекарственных гепатитов необходима еще до начала противотуберкулезной терапии. В связи с этим всем больным нами до начала лечения проводилось тщательное лабораторное исследование функции печени, выполнялись дезинтоксикационные мероприятия, назначались витамины, гепатопротекторы. Это в дальнейшем уменьшало симптомы интоксикации, облегчало эфферентную функцию печени. У большинства больных (75,0%) лекарственные гепатиты развивались в первые 2-4 недели после начала противотуберкулезной терапии на фоне здоровой печени. В таких ситуациях лекарственный гепатит характеризовался четкой взаимосвязью между началом противотуберкулезной терапии и развитием ПР, характерных для конкретного препарата и его отменой. В результате чего наступала регрессия клинических и биохимических признаков поражения печени, вплоть до полной нормализации показателей функции печени. В дальнейшем в процессе противотуберкулезного лечения функция печени контролировалась ежемесячно. Если появлялись жалобы у больного или признаки изменений со стороны печени, лабораторные исследования проводились внепланово и, при необходимости, отмена противотуберкулезных препаратов.

Выводы. Проведенные наблюдения позволяют рассматривать необходимым мониторинг уровня печеночных ферментов во время проведения противотуберкулезной терапии для установления факта гепатотоксичности и предотвращения развития поражения печени в результате высокой токсичности противотуберкулезных препаратов. Своевременное применение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение побочных реакций со стороны печени повышает эффективность лечения пациентов и сокращает продолжительность лечения.

288. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЦЕЛЕКОКСИБ И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА (УДХК)) БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

Тюрюмин Я.Л., Козлова Н.М., Тюрюмина Е.Э.

Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, г. Иркутск

Актуальность. Ранее нами была выявлена