

**ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**Е. О. БОЙКО, Л. Е. ЛОЖНИКОВА,
О. Г. ЗАЙЦЕВА, М. И. АГЕЕВ, В. А. СТРИЖЕВ,
Ю. А. МЫЛЬНИКОВА

Было проведено клинико-катамнестическое исследование качества жизни (КЖ) больных с зависимостью от алкоголя в процессе длительной терапии с целью определения влияния злоупотребления на их физическое, психическое и социальное состояние. В исследовании принимало участие 150 пациентов. Оказалось, что опросник SF-36 по КЖ чувствителен к изменениям интенсивности синдрома патологического влечения, точно отражает изменения физического и эмоционального состояния больных, а результаты совпадают с объективно наблюдаемыми клиническими проявлениями. Изменения по векторам опросника КЖ можно использовать в качестве прогностических критериев возможного развития рецидива заболевания. Отмечено перспективное использование полученных результатов в реабилитационном процессе.

Ключевые слова: качество жизни, алкогольная зависимость

**THE DYNAMIC PARAMETERS OF LIFE QUALITY
OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE**BOYKO E. O., LOZHNIKOVA L. E.,
ZAYTSEVA O. G., AGEEV M. I., STRIZHEV V. A.,
MYLNIKOVA J. A.

Quality of life was studied in terms clinical and follow-up research during long-term therapy. The main goal of the study was to define effect of the disease on physical, mental and social status of patients during long-term therapy. The selection consisted of 150 patients with alcohol dependence. This study showed that the questionnaire SF-36 was sensitive to clinical fluctuations of pathological craving syndrome, clearly and accurately reflected changes in physical and emotional status of patients, and the results obtained were in compliance with objective clinical symptoms observed. It was shown, that the results of the questionnaire SF-36 can be used as prognostic criteria to forecast possible development of relapses. The results obtained show that the questionnaire SF-36 can be efficiently applied specifically in terms of rehabilitation long-term programs.

Key words: quality of a life, alcohol dependence

© Коллектив авторов, 2011

УДК: 616 – 002.592.24 – 008.4:616.36

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ
У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**А. А. Возненко^{1,3}, В. А. Аксёнова², В. С. Одинец³¹ Ставропольская государственная медицинская академия² НИИ фтизиопульмонологии первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова³ Краевой клинический противотуберкулёзный диспансер, Ставрополь

Химиотерапия заняла основное место в лечении больных туберкулёзом [2, 14]. Необходимо подчеркнуть, что при проведении химиотерапии бактериостатическое воздействие химиотерапевтических препаратов на микобактерии туберкулёза происходит в организме больного, и в этих условиях отмечается влияние химиопрепаратов не только на микобактерии туберкулёза, но также на различные органы и системы человека [15].

Несмотря на несомненные успехи химиотерапии, не всегда удаётся добиться должных результатов ле-

чения [11, 16, 20]. Одной из причин этого является сочетание туберкулёза с сопутствующими соматическими заболеваниями и развитие лекарственных осложнений на фоне полихимиотерапии.

Данные большинства клинических исследований свидетельствуют о высокой частоте лекарственных осложнений у больных туберкулёзом с клинически выраженной сопутствующей патологией, в частности, противотуберкулёзной терапией (ПТП), в 2–3 раза чаще проявляются у больных туберкулёзом с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки, дисфункцией желчного пузыря и протоков, хронической патологией печени [6, 13].

Среди причин неэффективности противотуберкулёзной химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулёзом ведущими названы хронический алкоголизм и патология печени (хронический гепатит, преимущественно на почве алкоголизма). При этом стойкие благоприятные результаты достигнуты лишь у 70 % аккуратно лечившихся пациентов [17].

Выраженные нарушения функции печени до и на фоне лечения установлены у 29,5 % пациентов, в том числе у 54,3 % это был токсический гепатит на почве алкоголизма, у 4,3 % – вирусный гепатит, а в 41,4 % случаев природу гепатита установить не удалось. В данной группе постепенная нормализация функции печени отмечена лишь у 78,3 % пациентов, что позволило сделать вывод о необходимости делать более

Возненко Анатолий Алексеевич, ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом фтизиатрии Ставропольской государственной медицинской академии, заведующий детским отделением ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулёзный диспансер»; тел.: (8652)287418, 89283058205; e-mail: a.a.voznenko@mail.ru

Аксёнова Валентина Александровна, доктор медицинских наук, профессор НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, главный детский фтизиатр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; тел.: (495)6819236; e-mail: v.a.aksenova@mail.ru

Одинец Василий Спиридонович, кандидат медицинских наук, главный врач ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулёзный диспансер», главный внештатный фтизиатр Министерства здравоохранения Ставропольского края; тел.: (8652)286954; e-mail: skkptd@mail.ru

или менее продолжительные перерывы в приёме противотуберкулёзных препаратов [18].

Наличие гепатитов В или С у больных туберкулёзом лёгких в 2,9 раза увеличивало шансы на повышение уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ), в 3,3 раза – аспартатаминотрансферазы (АСТ) и в 4,6 раза – гаммаглутамилтрансферазы (ГГТФ) в начале противотуберкулёзной терапии. Это повлияло на уменьшение в 2 раза шансов на раннее прекращение бактериовыделения, и в 2,3 раза – на благоприятную рентгенологическую картину [4, 12, 19].

На современном этапе для успешного излечения туберкулёза необходимо поддержание высокого уровня лекарственных препаратов в организме больного в течение ряда месяцев, а это обостряет проблему токсичности используемых лекарств [7]. Лекарственные поражения печени в 5–13 % случаев отличаются более тяжёлым, упорным течением, выраженными клинико-лабораторными проявлениями, слабым ответом на традиционную терапию [3, 5].

Существует достаточно большой опыт применения препарата урсодесохоловой кислоты (УДХК) – урсосан в гастроэнтерологии, гепатологии [8, 10]. Во фтизиатрической практике урсосан пока что мало известен. Вместе с тем его использование имеет перспективы более широкого применения в практике фтизиатра. Обладающий доказанными многосторонними благоприятными эффектами (антихолестатическим, гепатопротективным, гипохолестериновым, антиоксидантным, антифибротическим, иммуномодулирующим и апоптоз-регулирующим), урсосан при экспериментальном и клиническом изучении демонстрирует способность противостоять токсическим, в частности, лекарственным агентам [1, 9].

Цель исследования – оценить использование препарата урсосана в качестве гепатопротекторного средства в комплексной терапии больных туберкулёзом органов дыхания (ТОД) с сопутствующей патологией печени, а также оценить при этом динамику бактериологических и рентгенологических признаков ТОД.

Материал и методы. Обследовано 27 больных с впервые выявленным ТОД, которые в интенсивную фазу комплексной терапии туберкулёза получали урсосан в качестве гепатопротекторного средства УРСОСАН в дозе 10–15 мг/кг/сут в течение 3-х месяцев. При отборе больных, включённых в исследование, важное значение имело наличие биохимических изменений функции печени до начала полихимиотерапии. Оценка проводилась в начале полихимиотерапии и ежемесячно в течение трёх месяцев. При поступлении в стационар и при динамическом наблюдении у больных оценивались основные биохимические показатели функционального состояния печени, а также степень выраженности массивности выделения микобактерий туберкулёза и рентгенологические признаки поражения лёгких (инфильтративные изменения, деструкция) по специально разработанной верификационной шкале: 0 баллов – отсутствие признака, 1 балл – умеренная выраженность, 2 балла – выраженный признак, 3 балла – резковыраженный признак. Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики, достоверность различий определялась с использованием критериев Стьюдента и Пирсона.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе преобладали мужчины – 20 (74,1 %) больных, женщин было 7 (25,9 %). Клинические формы ТОД: инфильтративный туберкулёз – 15 (55,6 %) пациентов, диссеминированный туберкулёз – 10 (37,0 %), очаговый туберкулёз и туберкулёзный плеврит – по 1 (3,7 %) пациенту.

Доли выявленных бактериовыделителей и больных с деструктивными формами ТОД в исследуемой группе были равными – по 21 больному.

В процессе бактериологического исследования мокроты у 10 (37,0 %) больных определялась лекарственная устойчивость (ЛУ) к противотуберкулёжным препаратам (ПТП): у 2 (20,0 %) больных в каждой группе имела место монорезистентность, дирезистентность и полирезистентность, а наиболее неблагоприятная ЛУ – множественная (к изониазиду и рифампицину) – установлена у 4 (40,0 %) больных.

Лечение ТОД проводилось в соответствии с приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 года с учётом степени тяжести, распространённости специфического поражения лёгочной ткани, лекарственной устойчивости к ПТП. Применялись стандартные режимы химиотерапии: 1 режим – 15 (55,6 %) больных, включающий изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, этамбутол; 2 режим – 7 (25,9 %) больных, включающий изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, протионамид, канамицин, офлоксацин; 3 режим – 1 (3,7 %) больной, включающий изониазид, рифампицин, пиразинамид; 4 режим – 4 (14,8 %) больных, включающий канамицин, этамбутол, пиразинамид, протионамид, ПАСК, циклосерин, левифлоксацин.

В течение всего времени наблюдения больные хорошо переносили назначенные режимы химиотерапии. Отмена ПТП либо коррекция лечения в связи с возможной лекарственной непереносимостью не потребовалась.

У 13 (48,1 %) пациентов был установлен диагноз хронического вирусного гепатита (ХВГ) с минимальной и умеренной степенью активности, из их числа ХВГ В диагностирован у 4 (30,8 %), ХВГ С – у 9 (69,2 %) больных. У 4 (14,8 %) пациентов выявлена опийная наркомания, а у 15 (55,6 %) преморбидный фон был отягощён хроническим алкоголизмом. Кроме того, 11 (40,7 %) больных непосредственно перед госпитализацией в стационар получали курсы антибиотиков широкого спектра, что можно рассматривать как дополнительный фактор лекарственной нагрузки на печень. У 4 (14,8 %) больных на догоспитальном этапе был диагностирован алкогольный стеатогепатит.

Всем больным выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. В результате у 15 (55,6 %) выявлена патология желчевыводящих путей в виде дискинезии; выраженные диффузные изменения паренхимы печени определялись у 14 (51,9 %) больных, умеренно выраженные – у 3 (11,1 %); увеличение размеров печени – у 11 (40,7 %) больных.

В исследуемой группе больных из 21 (77,8 %) бактериовыделителя массивное бактериовыделение определялось у 10 (37,1 %) больных, умеренное – у 2 (7,4 %), скудное – у 9 (33,3 %). Крупные множественные полости распада легочной ткани отмечены у 8 (29,7 %) больных, мелкие и среднего размера – у 10 (37,0 %), мелкие деструкции – у 3 (11,1 %). Выраженность инфильтративных изменений в ткани легкого также имела особенности: резковыраженные инфильтративные изменения отмечались у 7 (25,9 %) больных, укрупнённые фокусы инфильтрации – у 18 (66,7 %), отдельные крупные очаги – у 1 (3,7 %) (табл. 1).

Основными параметрами эффективности специфического лечения являются прекращение бактериовыделения и закрытие полости распада в лёгочной ткани. Интенсивность бактериовыделения к концу 1 месяца лечения уменьшилась в 2,8 раза ($p < 0,001$), через 2 месяца скудное бактериовыделение определялось только у 4 (14,8 %) больных, а к концу 3 месяца лечения все больные были абацилированы.

Таблица 1

**Динамика бактериовыделения
и рентгенологических признаков ТОД
на фоне терапии урсосаном**

Признак и его выраженность	До начала терапии урсосаном	На фоне терапии урсосаном		
		через 1 месяц	через 2 месяца	через 3 месяца
Бактериовыделение резко выражено	1,59±0,23 10 (37,1 %)	0,56±0,12 0 p<0,001	0,15±0,07 0 p<0,001	0
выражено умеренно	2 (7,4 %)	2 (7,4 %)	0	0
отсутствует	9 (33,3 %) 6 (22,2 %)	11 (40,7 %) 14 (51,9 %)	4 (14,8 %) 23 (85,2 %)	0 27 (100,0 %)
Распад лёгочной ткани резко выражено	1,74±0,22 8 (29,7 %)	–	1,0±0,16 1 (3,7 %) p<0,01	–
выражено умеренно	10 (37,0 %)	–	6 (22,2 %)	–
отсутствует	3 (11,1 %) 6 (22,2 %)	–	12 (44,4 %) 8 (29,7 %)	–
Инфильтрация лёгочной ткани резко выражено	2,15±0,13 7 (25,9 %)	–	1,15±0,1 0 p<0,001	–
выражено умеренно	18 (66,7 %)	–	6 (22,2 %)	–
отсутствует	1 (3,7 %)	–	19 (70,4 %) 2 (7,4 %)	–

Примечание: р – в сравнении с данными до начала терапии

Через 2 месяца терапии всем больным, дополнительно получавшим урсосан, было выполнено рентгенологическое исследование лёгких. Выраженность деструктивных изменений уменьшилась в 1,7 раза ($p<0,01$), причём число больных с мелкими деструкциями выросло до 12 (44,4 %), мелкие и среднего размера полости определялись у 6 (22,2 %) пациентов, и только у 1 больного сохранялась крупная полость. Кроме того, выраженность инфильтрации уменьшилась в 1,9 раза ($p<0,001$), у большинства больных – 70,4 % (19 человек) – были обнаружены умеренно выраженные инфильтративные изменения, тогда как изначально такой пациент был всего один.

В ходе лечения была получена благоприятная динамика биохимических показателей, характеризующих состояние печени (табл. 2).

Из данных таблицы видно, что у больных основной группы до начала лечения с включением урсосана определялся отчётливый цитолитический синдром (2-2,5-кратное увеличение активности АЛТ и АСТ) и несколько менее выраженный синдром холестаза. Спустя 1 месяц от начала лечения урсосаном уровень АЛТ снизился в 2 раза ($p<0,001$), нормализация произошла у 13 (48,1 %) больных, уровень АСТ снизился в 2,2 раза ($p<0,01$), нормализация активности фермента отмечена у 19 (70,4 %) больных. К концу третьего месяца терапии урсосаном у всех больных достигнута нормализация показателей печёночных трансаминаз, причём уровень АЛТ снизился по сравнению с началом лечения в 3,5 раза ($p<0,001$), а уровень АСТ – в 4 раза ($p<0,001$). При этом все больные получали адекватные режимы химиотерапии с использованием наиболее гепатотоксичных препаратов, таких как изониазид, рифампицин, пиразинамид.

Таблица 2

**Биохимические показатели
у больных туберкулезом органов дыхания
до и на фоне терапии урсосаном**

Показатели	До начала терапии урсосаном	На фоне терапии урсосаном		
		через 1 месяц	через 2 месяца	через 3 месяца
Билирубин общий, мкмоль/л	19,1±2,8	13,4±0,8 p=0,05	12,6±0,5 p<0,05	13,1±0,7 p<0,05
Билирубин прямой, мкмоль/л	2,3±0,9	0,09±0,06 p<0,05	0	0
Билирубин не прямой, мкмоль/л	16,8±2,2	13,4±0,8 p>0,05	12,6±0,5 p>0,05	13,1±0,7 p>0,05
АСТ, ЕД/л	83,2±15,4	38,4±3,4 p<0,01	30,7±1,9 p<0,001	20,6±1,5 p<0,001
АЛТ, ЕД/л	99,0±12,7	49,0±5,0 p<0,001	34,3±2,2 p<0,001	28,2±1,4 p<0,001
ЩФ, ЕД/л	183,1±13,0	159,9±13,7 p>0,05	159,8±14,9 p>0,05	139,3±6,6 p<0,005
Тимоловая проба, ЕД	5,9±0,9	6,0±0,8 p>0,05	5,6±0,8 p>0,05	3,7±0,4 p<0,05
ГГТФ, ЕД/л	44,9±6,7	28,1±5,0 p<0,05	20,3±3,4 p<0,01	12,8±1,0 p<0,001
Холестерин, ммоль/л	5,1±0,2	4,7±0,2 p>0,05	4,3±0,2 p<0,01	4,1±0,1 p<0,001

Примечание: р – в сравнении с данными до начала терапии

По итогам первого месяца лечения урсосаном уровень общего билирубина снизился в 1,4 раза ($p=0,05$), к третьему месяцу – в 1,5 раза ($p<0,05$), произошло снижение уровня прямого билирубина ($p<0,05$).

Активность гамма-глутамилтрансферазы к концу 1 месяца лечения снизилась в 1,6 раза ($p<0,05$), а по итогам трёх месяцев терапии урсосаном – в 3,5 раза ($p<0,001$). Показатели щелочной фосфатазы (ЩФ) не были повышены у больных до начала лечения, однако активность ЩФ к концу 3 месяца терапии снизилась в 1,3 раза ($p<0,005$).

Уровень холестерина до начала лечения УРСО-САНОм также не был повышен, но к третьему месяцу терапии уменьшился в 1,2 раза ($p<0,001$). Отмечено снижение (нормализация) уровня тимоловой пробы к третьему месяцу лечения в 1,6 раза ($p<0,05$).

При контрольном УЗИ печени через 2-3 месяца терапии урсосаном из 14 больных с выраженными диффузными изменениями у 12 (85,7 %) пациентов изменения определены как умеренно выраженные, у 2 (14,3 %) – без патологии. Из 3 больных с начальными умеренно выраженными диффузными изменениями у всех патологические отклонения перестали выявляться. Из 11 больных с исходно увеличенными размерами печени у 10 (90,9 %) отмечена нормализация её размеров, а у 1 (9,1 %) большие размеры печени после лечения остались прежними.

Выводы

1. Использование у пациентов с туберкулезом органов дыхания и сопутствующей патологией печени препарата урсодооксиголевой кислоты урсосана в качестве гепатопротекторного средства оказывает на фоне приёма ПТП антихолестатический, антицитолитический эффекты, позволяя сохранить полноценный режим химиотерапии.
2. Применение урсосана в комплексной терапии туберкулеза органов дыхания при наличии патологии печени способствует хорошей пере-

носимости специфической полихимиотерапии и, как следствие, достижению положительной динамики в плане абацилирования и регрессии рентгенологических признаков активности легочного процесса.

Литература

1. Алексеенко, С. А. Применение урсосана в комплексной терапии токсических поражений печени вследствие употребления спиртных напитков / С. А. Алексеенко, А. Ю. Щупак, О. А. Лебедев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2008. – № 2. – С. 32–36.
2. Бастиан, И. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью / И. Бастиан, Ф. Порталс // М, 2003. – С. 357.
3. Березников, А. В. Лекарственные поражения печени с упорным течением у больных туберкулёзом / А. В. Березников, А. В. Мордык, В. П. Колев, И. В. Письменный, Т. Н. Березникова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2010. – № 4. – С. 43–46.
4. Владимиров, К. Б. Клинические особенности туберкулёзных плевритов у больных вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией в пенициентарных учреждениях / К. Б. Владимиров, А. К. Иванов, В. В. Варламов, С. Д. Кочоров // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2007. – № 12. – С. 34–38.
5. Гельберг, И. С. Негативные воздействия полихимиотерапии у больных туберкулёзом и пути их коррекции / И. С. Гельберг, С. Б. Вольф, Н. И. Врублевская // Проблемы туберкулёза. – 2002. – № 4. – С. 12–15.
6. Гурылёва, М. Э. Туберкулёз и заболевания печени / М. Э. Гурылёва // Фтизиатрия (национальное руководство). – М. : Геотар-Медиа, 2007. – С. 349–351.
7. Егоров, А. М. Достижения фундаментальных наук и новые подходы к химиотерапии туберкулёза / А. М. Егоров // Проблемы туберкулёза. – 2000. – № 5. – С. 11–15.
8. Ивашкин, В. Т. Болезни печени и желчных путей. Руководство для врачей / В. Т. Ивашкин // М., 2005. – С. 223.
9. Ивашкин, В. Т. Случай тяжёлого лекарственного гепатита, индуцированного приёмом кордарона / В. Т. Ивашкин, М. С. Жарков, М. В. Маевская, А. В. Лапшин // Российские медицинские вести. – 2009. – Т. XIV, № 2. – С. 78–83.
10. Ивашкин, В. Т. Урсодеоксихолевая кислота / В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина // Национальное руководство по гастроэнтерологии. – М. – 2008. – С. 266.
11. Мишин, В. Ю. Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулёзом лёгких с бактериовыделением / В. Ю. Мишин, В. И. Чуканов, С. В. Выленджанин // Проблемы туберкулёза. – 2001. – № 7. – С. 13–17.
12. Петренко, Т. И. Хронический вирусный гепатит у пациента с туберкулёзом лёгких / Т. И. Петренко, П. Н. Филимонов // Туберкулёз в России год 2007. Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М. – 2007. – С. 412.
13. Русакова, Л. И. Эффективность иммунодиагностики лекарственной непереносимости у подростков, больных туберкулёзом и имеющих сопутствующие заболевания / Л. И. Русакова, В. Я. Гергерт, З. П. Абрамова // Проблемы туберкулёза. – 1997. – № 5. – С. 39–40.
14. Хоменко, А. Г. Диагностика, клиника и тактика лечения остро-прогрессирующих форм туберкулёза лёгких в современных эпидемиологических условиях / А. Г. Хоменко, В. Ю. Мишин, В. И. Чуканов // Проблемы туберкулёза. – 1999. – № 1. – С. 22–27.
15. Хоменко, А. Г. Туберкулёз / А. Г. Хоменко // Руководство по внутренним болезням. – М. – 1996. – С. 330.
16. Шилова, М. В. Эффективность лечения больных туберкулёзом на современном этапе / М. В. Шилова, Т. С. Хрулёва // Проблемы туберкулёза. – 2005. – № 3. – С. 3–11.
17. Gombos, C. G. The main causes which lead to immediate and belated failure in tuberculosis / C. G. Gombos, M. Pop, R. Rajnoveanu // Europ. Resp. J. – 2005. – Vol. 26. – P. 944.
18. Gramada, D. Hepatic disorders in patients with pulmonary tuberculosis / D. Gramada, M. Enache, A. Gramada // Europ. Resp. J. – 2005. – Suppl. 40. – Vol. 26. – P. 2660.
19. Iravani, Y. M. Antituberculosis drug related liver dysfunction hepatitis B, C and role of age as a risk factor / Y. M. Iravani, M.R. Masjedi, M. Yazdanpanach // Intern. J. Tuberc. And Lung Dis. – 2001. – Vol. 5, № 11. – Suppl. 1. – P. 118.
20. Shigetoh, E. Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis / E. Shigetoh, I. Murakami, Y. Yokosaki, N. Kurimoto // Kekkaku. – 2001. – Vol. 76. № 12. – P. 723–728.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

А. А. ВОЗНЕНКО, В. А. АКСЁНОВА,
В. С. ОДИНЕЦ

Обследовано 27 больных туберкулёзом органов дыхания с патологией печени, которые получали в качестве гепатопротектора урсосан в течение 3 месяцев. Установлено, что при использовании урсосана все больные хорошо переносили назначенные режимы лечения. Во всех случаях отмечено уменьшение явлений цитолиза и холестаза. Достигнута выраженная положительная динамика в плане абацилирования и регрессии рентгенологических признаков активности туберкулёза лёгких.

Ключевые слова: гепатопротекторная терапия, противотуберкулёзные препараты

CORRECTION OF LIVER FUNCTION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

VOZNENKO A. A., AKSENOVA V. A.,
ODINETS V. S.

27 patients with pulmonary tuberculosis and liver diseases were studied. Hepatoprotector ursosan was applied within 3 months. It was found that all patients tolerated designated regimens of TB treatment. The reduction of cytolysis and cholestasis was observed in all cases. Significant positive dynamics in terms of culture-negative tuberculosis and regression of radiological signs of active pulmonary tuberculosis were achieved.

Key words: hepatoprotection, antituberculous drugs