

Заключение. У больных туберкулезом с МЛУ МБТ преобладает выраженный туберкулезный процесс с бактериовыделением, требуется интенсивная химиотерапия, что приводит к высокой частоте ПР на ПТП, почти половину из которых составили гепатотоксические. Нарушения функции печени не удалось устранить у 22,2%, что требует дальнейшего усовершенствования гепатопротекторной терапии.

**Gelberg I.S., Volf S.B., Aleksa E.N.,
Avlasenko V.S., Demidik S.N., Chalaja E.V., Shevchuk D.V.
HEPATOTOXIC REACTIONS IN PATIENTS WITH MDR PULMONARY
TUBERCULOSIS**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The frequency and severity of hepatotoxic reactions in patients with MDR pulmonary tuberculosis were studied. The high frequency of adverse reactions in patients using 5 or more antituberculosis drugs was established. Hepatotoxic reactions was more than half of all adverse reactions. It is necessary to improve hepatoprotective therapy.

**Гончарик И.И., Малая Т.В.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АСЦИТОМ**

Белорусский государственный медицинский университет, 6-я ГКБ, Минск, Беларусь

Цель – оценить эффективность диуретиков в терапии разных вариантов асцита.

Материал и методы. На базе гастроэнтерологического отделения 6-й ГКБ г. Минска проведено открытое сравнительное исследование, в которое были включены 200 пациентов (54 женщины и 146 мужчин в возрасте от 23 до 84 лет) с циррозом печени, осложненным асцитом. Средний возраст составил $44,8 \pm 1,1$ года. У 165 пациентов выявлена алкогольная этиология цирроза, у 27 – вирусная, у 5 – застойная и у 3 – злокачественные опухоли.

Распределение больных проводилось в соответствии с Рекомендациями Международного клуба асцита (International Ascites Club, 1996): неосложненный асцит 2-й (средней) степени установлен у 12 больных, 3-й (тяжелой) степени – у 165; осложненный асцит, включающий спонтанный бактериальный перитонит (5 пациентов), диуретикорезистентный (9), гипонатриемию разведения (7) и гепаторенальный синдром (2) – у 23. Контроль эффективности мочегонной терапии осуществлялся с помощью измерения массы тела (хорошим результатом считали снижение массы тела на 2,5–3 кг в неделю) и окружности живота. Четверо больных во время нахождения в стационаре умерли, трое из них – с применением лапароцентеза. Пациенту с выраженным асцитом рекомендовали постельный режим первые 4–7 дней. Как известно, горизонтальное положение тела снижает выработку ренин-ангиотензина и уменьшает тонус симпатической нервной системы.

Подбор дозы диуретиков основывался на выраженности асцита и контролировался диурезом, уровнем электролитов. Пациент ориентирован на ежедневный подсчет диуреза и взвешивание, что позволяло контролировать достаточность диуретической терапии. Мочегонная терапия считалась достаточной, если повышение выделяемой жидкости над потреблением составляло 500 мл для больных без периферических отеков и 800–1000 мл для больных с периферическими отеками. Определение уровня электролитов в сыворотке крови проводили 2 раза в неделю.

Базисная терапия асцита включала ограничение поваренной соли в пище до 5 г/сут, медикаментозное выведение жидкости из организма и ограничение употребления жидкости до 750–1000 мл/сут. При обнаружении снижения уровня натрия в сыворотке крови не рекомендовали прием поваренной соли: при приеме соли концентрация натрия возрастает очень мало, асцит же увеличивается значительно. Портальную гипертензию снижали анаприлином (обзиданом) в дозе 40–80 мг/сут, из ингибиторов АПФ назначали лизиноприл в индивидуально подобранной дозе 2,5–20 мг/сут.

С учетом выраженности асцита изначально применяли комбинированную диуретическую терапию спиронолактоном (верошпироном) в высоких дозах 100–200 мг однократно утром или в два приема утром и днем на период 1-2 недели и фуросемидом в дозе 40–80 мг. При недостаточной эффективности дозы увеличивали. Максимальные суточные дозы этих препаратов составляли 400 и 160 мг, соответственно. При недостаточной эффективности этих препаратов присоединяли ингибиторы карбоангидразы-ацетазоламид (диакарб) 0,25 г 3 раза в день в течение 4–5 дней с двухнедельным перерывом. Прирост диуреза при этом нарастал незначительно (на 10–15%), однако при этом усиливается «загрузка» натрием нижележащих отделов канальцев, что повышает эффективность более сильных диуретиков. При сочетании с эуфиллином 0,15 г 2–3 раза в день эффективность диакарба увеличивалась. Три пациента с хорошим эффектом включали в комплексную терапию торасемид 5–10 мг/сут.

Результаты. Торасемид обладает не только более выраженным, чем фуросемид, мочегонным эффектом, но и имеет собственную активность в отношении рецепторов к альдостерону, что обеспечивает ему калий-сберегающий эффект. Торасемид сохраняет диуретические свойства при печеночно-клеточной недостаточности при минимальной вероятности нежелательных явлений, обусловленных кумуляцией. Сохраняет диуретический эффект при гипоальбуминемии и протеинурии, реже, чем фуросемид, вызывает гипокалиемию, однако для большинства больных в наших условиях он недоступен.

Нарастание креатинина и мочевины в сыворотке крови может быть обусловлено развитием гепаторенального синдрома, что требует прекращения лечения диуретиками. Удаление большого количества асцитической жидкости путем лапароцентеза в наших наблюдениях в трех из шести случаев вскоре закончилось летальным исходом.

Заключение. Таким образом, лечение пациентов с асцитом начинали с ограничения приема поваренной соли и назначения спиронолактона (верошпирона) 100–200 мг/сут и фуросемида 40 мг/сут внутрь. При недостаточной эффективности их дозы увеличивали до 300–400 и 120–160 мг/сут, соответственно, а также присоединяли другие мочегонные – торасемид, диакарб, эуфиллин коротким курсом. После ликвидации асцита переходили на поддерживающие дозы диуретиков для профилактики его рецидивов. Только пациентам с напряженным и резистентным асцитом показан лечебный лапароцентез. Асцит при злокачественных опухолях требовал повторных лапароцентезов.

Gonczaryk I.I., Malaya T.V.

TACTICS OF CONDUCTING PATIENTS WITH ASCITES

**Belorussian State Medica University,
Clinical hospital №6, Minsk, Belarus**

Observe effectiveness of diuretic therapy with 200 patients cirrhosis hepatic complication with ascites on the whole serious grave. Treatment beginning from the start prescription of spironolacton (verospiron) 100-200 mg/day and furosemid 40 mg/day. When undelivered effectiveness their dose increase to 300-400 and 120-160 mg/day accordingly, while also addition another's diuretic – torasemid, diacarb, eufillin short course. After liquidate ascites passage on maintenance dosage diuretic for prophylactic its recidive. Only patients with tension ascites evidence treatment paracentesis.

Гончарик И.И., Малая Т.В.

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Белорусский государственный медицинский университет, 6-я ГКБ, Минск, Беларусь

Актуальность. Холестероз желчного пузыря (ХЖП) представляет собой дегенеративное изменение стенки желчного пузыря (ЖП) в виде накопления липидов в эпителиальных и пенистых клетках в сочетании с пролиферацией эпителия.