

симптоматические язвы; язвы гигантских размеров (от 3,0 см и более); возраст пациентов старше 60 лет. Пациентам 1-й группы проведена эрадикационная терапия в комплексе с полифитовым маслом «Шукур май», назначаемым по 1 ч.л. 4 раза в день за 15-30 мин. до еды в течение 4 недель. Возраст обследованных от 16 до 59 лет (13 мужчин и 7 женщин). Длительность заболевания от 3 лет до 20 лет. Больные контрольной группы получали эрадикационное лечение в течение 10 дней (амоксциллин в дозе 2000 мг/сут по 1000мг утром и вечером, кларитромицин 1000 мг/сут по 500 мг утром и вечером, ингибитор протонной помпы омепразол 40 мг/сут по 20 мг утром и вечером за 20 мин. до еды). По окончании курса эрадикационной терапии больные продолжали получать омепразол в дозе 40 мг/сут до полного рубцевания язвы. Клиническую эффективность препарата полифитовое масло «Шукур май» оценивали по динамике клинико-инструментальных показателей.

Результаты: После проведенной терапии болевой синдром купирован в срок от 2 до 4 дней, а в контрольной группе – от 4 до 7 дней, симптомы диспепсии (тошнота, рвота) купированы в среднем к 3 дню начатого лечения в обеих группах. Восстановление стула у пациентов с запора-

ми произошло в среднем на 4 сутки, в контрольной группе запоры беспокоили пациентов длительно (до 10 дней). Нормацидность зафиксирована у 70%, гипоацидность – у 30% больных исследуемой группы, в контрольной группе нормацидность – у 30%, гипоацидность – у 64%, анацидность – у 6% больных. Рубцевание язвы наступило через 3 недели – у 12 (60%) пациентов, через 4 недели – у 8 (40%) больных. В контрольной группе рубцевание через 3 недели – у 7 (35%), через 4 недели – у 13 (65%) пациентов. Эрадикация *Helicobacter pylori* была достигнута у 87 % пациентов исследуемой группы, и у 85% больных контрольной группы. Переносимость и безопасность «Шукур май» в целом хорошая; побочные эффекты: послабление стула у 2 пациентов (10%), было кратковременным, самостоятельно купировалось в течение 2 дней, и не потребовало изменения лечения.

Выводы: вышеизложенное позволяет заключить, что полифитовое масло «Шукур май» в комплексном лечении ЯБЖ является эффективным средством, т.к усиливает репарацию язв, повышает процент эрадикации НР, восстанавливает нарушенную секреторную функцию желудка.

Лекарственные поражения печени: профилактика и лечение

Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Оспанова Г.Г.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда.

Лекарственные поражения печени составляют около 10% от всех побочных реакций макроорганизма, связанных с применением фармакологических препаратов. Современная ревматологическая практика не мыслима без применения цитостатических иммунодепрессантов, обладающих высоким терапевтическим индексом, обеспечивая тем самым контроль течения болезни. Однако длительная иммуносупрессивная терапия достаточно часто сопровождается различными побочными эффектами, среди которых немало важное значение имеет гепатотоксическое воздействие. Цитостатики относятся к облигатным гепатотоксичным лекарственным соединениям, побочные эффекты которых определяются дозой и длительностью приема лекарств и развиваются у большинства пациентов. Развитие лекарственного поражения печени требует отмены цитостатических средств и обязательного внесения соответствующих коррекций в программу лечения. В связи с этим перспективным является применение отечественного растительного гепатопротекторного препарата «Салсоколлин».

Целью исследования явилось изучение эффективности салсоколлина в лечении лекарственных поражений печени цитостатическими иммунодепрессантами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 32 больных ревматологического профиля с развитием лекарственного токсического гепатита на фоне приема метотрексата, циклофосфана или азатиоприна. Средний возраст пациентов – 34 года. Женщин – 22, мужчин – 10. Кроме отмены цитостатических иммунодепрессантов, в программу лечения был включен салсоколлин по 0,2 г 3 раза в день в течение 1 месяца. В качестве контроля эффективности терапии использованы общеклинические данные и показатели гепатоцеллюлярного повреждения: активность АлАТ; степень холестаза, индикаторы

печеночно-клеточной недостаточности.

Результаты исследования. В клинической картине лекарственное поражение печени характеризовалось развитием умеренной гепатомегалии у всех пациентов, при этом боли и тяжесть в правом подреберье, эпигастрии имели место лишь у 37,5%, диспепсические проявления – у 34,4% больных. При проведении терапии отмечена существенная положительная динамика субъективных и объективных клинических симптомов: уменьшение астенического, болевого, диспепсического синдрома. Динамика объективных проявлений отражалась, прежде всего, на степени гепатомегалии: нормализация размеров печени отмечена в 93,8 % случаев, уменьшение – в 6,2%. Параллельно с положительной динамикой клинических проявлений наблюдалась и отчетливая тенденция в улучшении показателей функционального состояния паренхимы печени, которые представлены в таблице. Об эффективности проводимой терапии салсоколлин свидетельствует достоверное снижение показателя гепатоцеллюлярного повреждения (уровня АлАТ в 3,1 раза), холестаза – общего (в 1,9 раза) и прямого (в 3,2 раза) билирубина, щелочной фосфатазы (в 1,4 раза). Улучшение функционального состояния печеночной паренхимы нашло отражение и в усилении белковообразующей функции. Так, уровень общего белка увеличился в 1,2 раза, альбумина – в 1,1 раза. Побочных эффектов при применении салсоколлина не наблюдалось.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности салсоколлина в терапии лекарственных поражений печени, обусловленных приемом цитостатических иммунодепрессантов. Достижение улучшения функционального состояния паренхимы печени у данной категории пациентов позволило продолжить базисную терапию в полном объеме на фоне приема салсоколлина с профилактической целью.