

Т.Д. Рендюк, Г.Е. Пронченко, В.П. Дьяконов

СБОР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Ключевые слова: сбор, пиелонефрит, лечение.

Изучена эффективность сбора при лечении больных с воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Установлено, что включение данного сбора в программу лечения ускоряет достижение ремиссии заболеваний, снижает сроки стационарного лечения.

T.D. Rendyuk, G.E. Pronchenko, V.P. Dyakonov

Herb collection for the treatment of chronic pyelonephritis. Results of the clinical administration

Key words: herb collection, pyelonephritis, treatment.

The treatment efficiency of inflammation diseases of kidney and urinary tract was studied. It was established that the administration of this herb collection in treatment of chronic pyelonephritis on the incomplete remission stage increased a chance to reach the complete remission, decreased in-patient period of treatment and prevented the relapse. This collection was safely and had no negative adverse effects.

УДК: 616.3-008-06:056.52]-085:814.1:615.849.19:615.849.11

- ¹Н.А. Мирзабаева, к.мед.н., докторант
- ²Т.П. Гарник, д.мед.н., проф., зав. каф. фітотер. гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- *'Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*
- *²Київський медичний університет Української асоціації народної медицини*

СПЕЦИФІЧНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ НА ТЛІ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ

Питання порушень моторно-евакуаторної функції верхніх відділів травного каналу обговорюються багато років залишаються актуальними [1, 2, 17, 21]. До таких порушень моторно-евакуаторної функції травного тракту відносять дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) [5,9,22]. ДГР - синдром, який досить часто супутній таким поширеним захворюванням, як хронічний гастрит, функціональна диспепсія, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, дискінезії жовчного міхура та ін. При ДГР відбувається ретроградне надходження дуоденального вмісту в шлунок [4, 8, 14, 18]. У даний час причини розвитку ДГР залишаються все ще невизначеними. Відомо, що ДГР, як правило, обумовлений недостатністю замикального бар'єрної функції ворота, хронічним дуоденостазом і зв'язаний з ним гіпертензією у дванадцятипалій кишці, зниженням тканинної резистентності [7, 8, 16]. Адже такі порушення виникають в результаті функціонально-анатомічних змін внаслідок оперативних втручань, таких як ваготомія, холецистектомія, резекція шлунку та ін. [3, 6, 20].

У наших спостереженнях, після ретельного обстеження пацієнтів були відібрані пацієнти з ДГР, який був пов'язаний з функціональними порушеннями. Для вивчення стану слизової оболонки стравоходу, шлунку та діагностики різних проявів моторно-евакуаторних порушень верхнього відділу травного каналу ми проводили відеоендоскопічне, рентгенологічне, електрогастрографічне дослідження, УЗД, гастродуоденальне зондування з пероральною холецистографією, поверхову монетрію [10, 19].

Метою цього дослідження було вивчення клініко-ендоскопічних, морфо-функціональних ознак ДГР на тлі надлишкової маси тіла (НМТ) та ожиріння.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 68 пацієнтів з ДГР, у яких надлишкова маса тіла була у 22 пацієнтів, ожиріння - у 9 (основна група) і 37 пацієнтів із нормальною масою тіла (контрольна група). Вік пацієнтів становив 16-45 років, з них осіб чоловічої статі - 26, жіночої - 42. У частини пацієнтів ДГР поєднувалася з такими функціональними захворюваннями травної системи як функціональна диспепсія у 18,9%, дискінезія жовчного міхура - 17,0%, синдром подразненого кишечника у 13,2% пацієнтів. Хронічний гастрит виявлено у 86,6% обстежених пацієнтів. У 41,5% пацієнтів виявлено *Helicobacter pylori*. Тривалість захворювання у більшості пацієнтів, яких ми спостерігали, не перевищувала 4 років.

Пацієнтам з ДГР на тлі НМТ і ожиріння проводилося дослідження трофологічного статусу: визначення НМТ і співвідношення ОТ/ОС. Середнє значення НМТ становило $28,1 \pm 0,41$. Розподіл жиру в організмі виявився нерівномірним, у більшості пацієнтів спостерігався абдомінальний тип ожиріння. Відношення ОТ/ОС у осіб чоловічої статі було $0,90 \pm 0,02$, у жіночої - $0,91 \pm 0,02$.

Результати дослідження та обговорення

Клінічні прояви ДГР на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння мали ряд особливостей і характеризувалися поєднанням диспепсичних симптомів і виражених вегетативних порушень [1,3,10,11,17].

Хоча клінічні прояви ДГР можуть бути прихованими, безсимптомними, у переважної більшості спостережуваних нами пацієнтів, особливо у пацієнтів з НМТ і ожирінням (74,2%) були виразні клінічні ознаки шлункового дискомфорту, зокрема у 22,6% спостерігалася, крім цього, періодичне блювання з домішкою жовчі. У 48,4% обсте-

жених пацієнтів відзначали біль в епігастральній ділянці пекучого характеру. На відчуття важкості, розпирання, переповнення, що виникало відразу після прийому їжі, скаржилися 35,5% пацієнтів як з НМТ, так і ожирінням; у 29,0% була нудота; відрижка гірким і відчуття гіркоти у роті спостерігалось у 32,3% пацієнтів; регургітація їжею - у 16,1%; печія була у 22,6% пацієнтів; на підвищений апетит скаржилися 19,4%; на зниження працездатності - 25,8% пацієнтів як з НМТ, так і ожирінням. Виразність симптомів ДГР на тлі НМТ і ожиріння була різною в залежності від його інтенсивності і ставала особливо виразною при приєднанні до ДГР недостатності кардії, що обумовлювало виникнення гастроєзофагеального рефлюксу. Також у даних пацієнтів мали місце головний біль (у 38,7% спостереженнях), емоційна лабільність (41,9%), пригнічений настрій (45,2%), порушення сну (35,5%), дратівливість (51,6%), пітливість (38,7%). Об'єктивно у спостережуваних нами пацієнтів були виявлені при зовнішньому огляді прояви вегетативних порушень у вигляді плямистої гіперемії на обличчі, шиї і грудях, виражена вологість долонь, стоп і пахових западин. При вивченні анкетних і тестових даних результати показали, що у даної категорії пацієнтів мав місце виражений синдром вегетативної дисфункції. Відхилення показників електрошкірного опору від нормальних значень у цих пацієнтів також свідчив про порушення функціонального стану парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Хоча вегетативні порушення відзначалися в обох групах, все ж таки у пацієнтів з НМТ і ожирінням ці прояви були більш вираженими, особливо це пригнічений настрій, зниження працездатності, емоційна лабільність та пітливість.

При рентгенологічному дослідженні у 45,2% пацієнтів були виявлені порушення проходження барієвої суспензії впродовж дванадцятипалої кишки (нерівномірний, уповільнений пасаж з антиперистальтичним скороченням її, а також застій у нижньо-горизонтальному відділі кишки). У 6,4% пацієнтів спостерігався короточасний спазм воротаря. Також діагностували ретроградне надходження контрасту в антральний відділ шлунку. У даних хворих у лежачому положенні закидів барієвої суспензії у дистальний відділ стравоходу не спостерігали ні в жодного пацієнта. При відеоезофагогастроуденоскопічному дослідженні в усіх пацієнтів було зафіксовано ДГР (наявність домішки жовчі у вмісті шлунку та явища антрум-гастриту). Зanedбаність дуоденального вмісту був нами помічений у 17,6% пацієнтів обох груп, а також відзначалися ознаки, характерні для рефлюкс-гастриту: гіперемія у 23,5%, невелика набряклість - у 19,1%, ділянки атрофії в антральному відділі - у 38,2% пацієнтів. У обстежених нами пацієнтів відзначено ДГР I ступеня у 67,6%, II ступеня - у 32,4%, III ступінь не виявлено ні в жодного пацієнта. Неповне змикання і зіяння воротаря спостерігалось у 26,5% пацієнтів. Крім того, у 10,3% хворих закид дуоденального вмісту ву шлунок почався під час дослідження. Дослідження морфофункціонального стану слизової оболонки шлунку показало деяке зменшення процесів слизоутворення в клітинах поверхневого залозистого епітелію, фовеолярної гіперпла-

зії залізистих ямок. Власна пластинка була дещо набрякла (в 17,6% випадках), повнокровна, інфільтрована нейтрофілами і лімфоцитами. Підслизовий шар був інфільтрований еозинофілами. Кишкова метаплазія зустрічалася у 3,2% пацієнтів з НМТ і ожирінням.

Однаково часто у пацієнтів обох груп з ДГР був виявлений *Helicobacter pylori* [6,12,13,15,23]. При цьому відзначалася запальна інфільтрація, яка характеризувалася збільшенням числа міжепітеліальних лімфоцитів. У пацієнтів з ДГР на тлі НМТ і ожиріння з *Helicobacter pylori* зазвичай виявлялися зміни слизової оболонки шлунку у вигляді атрофічного гастриту слабого ступеня вираженості в антральному відділі у 61,3% пацієнтів, середнього - у 22,6%. У фундальному відділі атрофія була виявлена у 19,4%, з них середнього ступеня у 9,6%, атрофічний гастрит сильного ступеня вираженості не був виявлений ні у жодного пацієнта.

При дослідженні методом інтрагастральної рН-метрії (рівень рН досліджувався у кардії, тілі і антральному відділі) у переважної більшості хворих (57,4%) спостерігалася тенденція до гіперацидності ($\text{pH} < 1,5$) та безперервного кислотоутворення, а також декомпенсація олужнення в антральному відділі шлунку. У 19,1% - нормаацидність ($2,0 < \text{pH} < 1,5$), гіпоацидний (23,5%) стан супроводжувався субкомпенсацією олужнення в антральному відділі. Введення розчину соди супроводжувалося підвищенням рН на 10-15 хв у всіх відділах: рН у кардії - 3,5-6,0; у тілі шлунку до 4,0-5,0; в антральному відділі до 5,5-7,0. При дослідженні моторної функції шлунку у більшості пацієнтів (47,1%) виявлено гіперкінетичний тип з прискореними, нерівномірно високоамплітудними зубцями. Дещо рідше (29,4%) відзначався гіпокінетичний тип електрогастрограм, у решти пацієнтів (23,5%) крива мала нормальні значення. При електроміограммі відзначено порушення перистальтичної активності шлунку, в основному у вигляді розладу координації скорочень, зниження їх амплітуди. При гастродуоденальному зондуванні з пероральною холецистографією: моторно-евакуаторна функція жовчного міхура у більшості (44,1%) пацієнтів була знижена (за типом гіпотонії) та виявлено ДГР. У 29,4% спостерігався прискорений пасаж шлункового вмісту у дванадцятипалу кишку. У 26,5% випадків моторно-евакуаторна функція жовчного міхура була в межах норми. При манометрії діагностувалася незначна базальна інтрадуоденальна гіпертензія. Рівень тиску у дванадцятипалій кишці коливався в межах 90-130 мм.вод.ст. При ультразвуковому дослідженні відзначалися непрямі ознаки дискінезії жовчного міхура.

Висновки

1. При зіставленні проявів клінічної картини з результатами методів інструментальних досліджень не було виявлено виразного зв'язку: при виражених клінічних проявах виявлявся мінімальний ДГР.

2. Причина цих проявів ДГР у даних пацієнтів знаходиться у механізмах, які приводяться і регулюються, порушеннями функції вегетативної нервової системи, а також особливостями харчування хворих.

3. ДГР на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння характеризується певною клінічною картиною і морфо-функціональними порушеннями, що проявляється

не тільки локальними змінами з боку травного тракту, а й порушеннями функції вегетативної нервової системи.

Л і т е р а т у р а.

1. Алгоритм раннього виявлення ГЕРХ: Свідоцтво №26148 / Г.Д. Фадеєнко, І.А. Кушнір, В.М. Чернова та ін. Заявка №26255; заявлено 03.07.2008, зареєстровано 17.10.2008.
2. Бабак М.О. Гендерные различия распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /М.О. Бабак // Сучасна гастроентерол. - 2011. - №3 (59). - С. 12-15.
3. Бабак М.О. Факторы адипоцитарного происхождения в развитии ГЭРБ и осложнений при ожирении, персонифицированная тактика лечения в зависимости от фармакогена /М. О. Бабак // Сучасна гастроентерол. - 2008. - №6 (44). - С. 78-83.
4. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь /О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко. - К. : интерфарма - Киев, 2000. - 175 с.
5. Васильев Ю.В. Лекарственная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /Ю.В. Васильев //Внутрішня мед. - 2008. - №5-6 (11-12). - С. 9-10.
6. Дронова О.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и Helicobacter pylori /О.Б. Дронова, А.А. Третьяков //Вестн. хирург. гастроэнтерол. - 2008. - №2. - С. 57-64.
7. Зверева С.И. Распространенность и особенности комплексной диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /С.И. Зверева, Е.Ю. Еремина // Успехи соврем. естествознания. - 2006. - №12. - С. 55.
8. Ивашкин В.Т. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта /В. Т. Ивашкин, А.С. Тухманов, И.В. Маев //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2007. - №5. - С. 4-10.
9. Исаков В. Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад /В. Исаков //Экспер. и клин. гастроэнтерол. Спец. Вып. Сентябрь, 2004.
10. Крюк М.А. Эндоскопические, функциональные особенности пищевода и желудка у больных хроническим панкреатитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением /М.А. Крюк // Укр. мед. альманах. - 2008. - №4. - С. 80-82.
11. Острогляд А.В. Индекс маси тіла як фактор ризику гастроэзофагеальної рефлексної хвороби /А.В. Острогляд //Практична медицина. - 2005. - №5. С. 17-20.
12. Осьодло Г.В. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроэзофагеальної рефлексної хвороби у різних категорій військовослужбовців /Г.В. Осьодло, Ю.А. Щукін //Пробл. військ. охорони здоров'я. - 2010 - №27. - С. 170-176.
13. Передерий В.Г. Сравнительная фармакоэкономическая эффективность лечения больных с рефлюкс-эзофагитом оригинальным и генерическим рабепразолом /В.Г. Передерий, В.В. Чернявский, Ю.Г. Кузенко //Здоров'я України. - 2007. - №10 (167). - С. 28-29.
14. Пименов Л.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике врача первичного звена /Л.Т. Пименов, Т.В. Савельева // Практ. мед. - 2010. - №42. - С. 48-52.
15. Ткач С.М. Европейские и американские рекомендации по лечению ГЭРБ: практические уроки /С.М. Ткач //Здоров'я України. - 2009. - №6/1. - С. 20
16. Ткаченко Е.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенетические основы дифференцированной тактики лечения /Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский, А.Е. Каратеев [и др.] //Экспер. и клин. гастроэнтерол. - 2009. - №2. - С. 104-114.
17. Трухманов А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, прогноз, лечение: Автореф. дис. ... д.мед.н. - 2008. - 32 с.
18. Фадеенко Г.Д. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /Г.Д. Фадеенко, И.Э. Кушнір, М.О. Бабак // Сучасна гастроентерол. - 2008. - №5 (43). - С. 12-16.
19. Чернобровий В.М. Досвід використання комп'ютерної внутрішньої порожнинної рН-метрії шлунка в практиці гастроентеролога /В.М. Чернобровий, С.Г. Мелашенко, С.В. Заїка // Сучасна гастроентерол. - 2002. - №2. - С. 8-11.
20. Чернявський В.В. Практичні аспекти ведення пацієнтів із гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою: можливі пастки /В.В. Чернявський // Сучасна гастроентерол. - 2011. - №4 (60). - С. 148-152.
21. Carlsson R. Gastro-oesophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatment strategies with omeprazole. International GORD Study Group /R. Carlsson, J. Dent, R. Watts [et al.] //Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.— 1998.—N10.— P. 119.
22. Kahrilas P.J. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease /P.J. Kahrilas, N.J. Shaheen, M.F. Vaezi [et al.] //Gastroenterology. - 2008. - Vol. 135. - P. 1383-1391.
23. Hiltz S.W. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease /S.W. [et al.] //Gastroenterology.— 2008.-Vol. 135.- P. 1383-1391.

Надійшла до редакції 12.06.2012

УДК: 616.3-008-06:056.52]-085:814.1:615.849.19:615.849.11

Н.А. Мирзабаєва, Т.П. Гарник СПЕЦИФІЧНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ НА ТЛІ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ

Ключові слова: дуоденогастральний рефлекс, надлишкова

маса тіла, ожиріння.

Дуоденогастральний рефлюкс на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння характеризується певною клінічною картиною і морфо-функціональними порушеннями, а також не тільки локальними змінами з боку травного тракту, а й порушеннями функції вегетативної нервової системи.

Н.А. Мырзабаева, Т.П. Гарник

СПЕЦИФИЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, избыточная масса тела, ожирение.

Дуоденогастральный рефлюкс на фоне избыточной массы тела и ожирения характеризуется определенной клинической картиной и морфо-функциональными нарушениями, а также не только локальными изменениями со стороны пищеварительного тракта, но и нарушениями функции вегетативной нервной системы.

N.A. Myrzabayeva, T.P. Garnyk

THE SPECIFICITY OF THE CLINICS OF DUODENOGASTRIC REFLUX ON THE BACKGROUND OF OVERWEIGHT AND OBESITY

Key words: the specificity of the clinics of duodenogastric reflux, overweight, obesity

The duodenogastric reflux on the background of overweight and obesity is characterized by certain clinical, morphological, functional impairment and not only local changes of the digestive tract but also disorders of the vegetative nervous system.

УДК 615.322: 581.135.51:615.322.61

- ¹В.Н. Любчик, д.мед.н., проф.
- ²Н.В. Мирошніченко, д.мед.н., проф., зав. каф. нетрадиц. мед.
- ³Т.Ф. Голубова, д.мед.н., проф., директор
- ⁴ТУ «Український ННІ дитячої курортології та фізіотерапії» МЗ України, ⁵Евпаторія, АР Крим
- ⁶ТУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського» МЗ України, ⁷Сімферополь, АР Крим

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ РАСТЕНИЙ ДЛЯ АЭРОФИТОТЕРАПИИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Одним из наиболее развивающихся направлений без-медикаментозной медицины является ароматерапия. В мировой практике её методы используются при лечении распространенных заболеваний внутренних органов человека. Опираясь на большой клинический опыт, авторы считают это направление одним из перспективных для реабилитации больных в санаторно-курортных условиях. Актуальным является при этом включение эфирных масел растений в комплексное лечение в зависимости от запаха и цвета, что обуславливает их терапевтическое действие.

Основные группы эфирных масел растений делились на группы, содержащие терпеновые спирты и соответствующие эфиры, альдегиды, кетоны и другие составляющие, обладающие определенным запахом: цветочным, смолистым и другим [1]. Но подобное разделение эфирных масел не помогает в практическом их использовании в виде аэрофитотерапии.

Человек является сложным приемником, воспринимающим электромагнитные колебания через зрение, слух, обоняние, осязание [18]. Известны 7 основных цветов радуги, 7 музыкальных звуков (7 нот). По нашему убеждению, с учетом универсальности организации природы, должны быть дифференцированы 7 основных групп запахов (исходя не из парфюмерных признаков, а из соотношения их, например, с цветовой гаммой, поскольку именно цвет является основным поставщиком информации для человека). На примере упорядоченности расположения основных химических элементов в периодической системе Д.И.Менделеева, дающих спектр из 7 цветов радуги, прослеживается семеричная система исчисления.

При разделении нами основных представителей

растений, применяемых для аэрофитотерапии, также на 7 основных групп использовалась их цветовая палитра. По преобладающему цвету растений в предложенных группах просматривается аналогия с основными цветами радуги, однако желтый и оранжевый цвет находятся в одной группе растений, зато дважды встречается желтый, а также белый цвет, относящийся, по Э.Д. Бэббиту [1], к нейтральному цвету: как белый до бело-розового и как белый до фиолетового.

К I группе отнесены растения с преобладающими оттенками цветков белого и фиолетового цвета (герань, жасмин, фиалка и другие), ко II - растения с преобладающим желто-оранжевым цветом, к III - с желто-коричневым (корица, кориандр и другие), к IV - с серо-зеленым цветом (полынь обыкновенная, мята и другие), к V - с преобладающими сине-зелеными оттенками листвы (кипарис, эвкалипт и другие). В VI группу вошли растения с сиренево-голубыми оттенками цветков или листвы (лаванда, бергамот и другие), в VII - с оттенками от белого до бело-розового, относящиеся к благовониям (ладан, светлая роза и другие).

Основные выделенные нами группы растений, применяемых для аэрофитотерапии, включают группу I - цветочную (основные представители растений - жасмин, ромашка, сирень, фиалка и другие), II - цитрусово-лепестковую (куда входят апельсин, бархатцы, грейпфрут, зверобой, календула, лимон и другие), III - группу пряностей (включающую анис, имбирь, дягиль, кардамон, кориандр, корицу и другие), IV - луговую (в нее входят любисток, мята, тысячелистник, полынь обыкновенная, роза с клеверным запахом и другие), V - хвойно-смолистую