

РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ВИКОРИСТАННЯМ СТАНДАРТНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ, ПОЄДНАНІЙ ЧИ НЕ ПОЄДНАНІЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Т.Д. Никула, В.В.Фурлета

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 (зав. – дійсний член Української та Нью-Йорської АН, академік АН вищої освіти України, проф. Т.Д. Никула) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кафедра військової терапії Української військово-медичної академії МО України (зав. – к. мед. н., доцент, підполковник м/с О.А. Красюк), Київ

Ключові слова: виразкова хвороба, хронічний пієлонефрит, особливості перебігу, схеми лікування, функціональні зміни.

Вступ. Визначальними в плані вибору раціональної тактики лікування є результати обстеження, а дані їх в динаміці визнаються об'єктивними критеріями його ефективності. Відоме суттєве значення при цьому наявності у хворих двох поєднаних захворювань, одне із яких інфекційно-запального характеру, потребує ретельного вивчення, в даному випадку – тих, у кого діагностована лише виразкова хвороба (ВХ) та тих, хто має ВХ, поєднану з хронічним пієлонефритом (ХП). Передбачається виявити особливості в перебізі захворювань запальних ознак з тим, щоб у подальшому визначити їх інформаційну значимість та ступінь впливу на кінцевий результат [1].

Мета дослідження – проаналізувати отримані результати дослідження до – та після лікування та оцінити ефективність стандартних схем лікування.

Об'єкт і методи дослідження. Ефективність лікування оцінювалась за стандартними схемами лікування (згідно Маастрихтських консенсусів) зазначеної патології, ВХ – 140 хворих (H. pylori(+)); та ВХ, поєднана з ХП – 114 хворих (H. pylori(+)).

Лікування ВХ, передбачало застосування на фоні противиразкової дієти №1, антигелікобактерної терапії (АГТ), яка включала рабепразол 20 мг, амоксициклін 100 мг, кларитроміцин 500 мг, по 3 табл. 2 рази на добу після їди, 14 днів (відповідно до Маастріхтса 3) [2, 3].

Лікування хворих на ВХ, поєднану з ХП, при дотриманні зазначеної вище базової терапії додатково призначався фітопрепарат "Канефрон Н" по 50 крапель тричі на день протягом 14 днів.

Результати та їх обговорення. Основу роботи склав порівняльний аналіз даних до – та після лікування хворих, що отримували спеціалізовану допомогу в гастроентерологічному відділенні Центрального клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України.

Серед скарг у хворих, що підлягали вивченню, переважали біль, диспепсичні прояви та ознаки антеро-вегетативного синдрому, у зв'язку з поєднаною патологією – розглядаємо дизуричні прояви.

Підкреслимо, що на наявність болю вказували 188 із 254 хворих (74,0%). По групам дані представлялись наступним чином. Серед 140 пацієнтів, у яких діагностовано виключно ВХ больовий симптом був у 120 (85,7±2.9%) випадках, тоді як серед 114 із поєднаною патологією у 68 (59,6±4,6%), тобто у вірогідної меншості порівняно до попередньої групи і, водночас, зазначена кількість статистично більша, якщо порівнювати її з чисельністю хворих без подібної скарги.

Диспептичний синдром був загальною ознакою хвороби і за частотою прояву не різнився серед хворих порівнюваних груп; він мав місце у 80±3,4% і у 85±3,3% випадків відповідно (P>0,05). Простежена загальна тенденція прямої залежності зростання кількості пацієнтів, які мали розлади стільця, вурчання кишківника, нудоту, печію, відрижки та вздуття живота, від важкості перебігу. Винятком є важка стадія.

Прояви астеновегетативного синдрому (емоційна лабільність, головний біль, порушення сну, періодичне "безпричинне" підвищення температури тіла до субфебрилітету, періодично напади

пропасниці, особливо у нічний час, загальну слабкість, втомлюваність, головний біль, сухість шкіри) спостерігались однаково часто – у 60,5% відповідно по групах. Закономірним є зростання кількості хворих з перерахованими симптомами із тяжкості перебігу хвороби. Так, відсоток таких випадків серед хворих на ВХ коливався від $59,0 \pm 7,8\%$ до $83,3 \pm 8,8\%$ у разі легкої та важкої стадії відповідно ($P < 0,05$), серед хворих з поєднаною патологією – від $72,0 \pm 8,3\%$ до $75,0 \pm 12,5\%$ відповідно. За даними звертає увагу друга група, якій притаманні високі показники й у разі легкого перебігу захворювання. Факт знаходить своє пояснення наявністю поєднаної патології, яка певним чином відбивається на нервово-психологічному стані.

Окремо слід відмітити дизуричні розлади, що були притаманні тільки хворим на ВХ, поєднану із ХП. Вони мали місце у $41,2 \pm 4,6\%$ пацієнтів цієї групи, при цьому досягали до $83,3 \pm 10,7\%$ випадків при важкому перебігу, що суттєво обтяжувало стан і ускладнювало лікування (табл.3).

Після проведеного лікування, відразу підкреслимо, що у 25 (88,6%) хворих з ВХ, поєднаною і не поєднаною з ХП, зникли скарги – біль, диспепсичні прояви, ознаки антеро-вегетативного синдрому, дизурія. Разом з тим, у 29 (11,4%) – на фоні покращення загального стану, відмічено швидко втомлюваність, відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, поодинокі випадки диспепсії, нудоти та відсутність апетиту.

Далі проаналізуємо об'єктивні результати обстеження. На перших етапах лабораторного дослідження проводили аналіз результатів загально клінічних аналізів.

В загальному аналізі крові (ЗАК) приділяли увагу специфічним та неспецифічним маркерам запалення. У переважній більшості хворих (75%), незалежно від наявності чи відсутності ХП, виявлені зміни величин показників (табл. 1).

При проведенні дослідження периферичної крові, нами були виявлені помірний лейкоцитоз без зміщення лейкоцитарної формули вліво, та прискорення ШОЕ. Причому, в клінічній групі до якої ми

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕФРОЛОГІЇ

віднесли хворих з ВХ, як кількість лейкоцитів, так і рівень ШОЕ був нижчим, проте не вірогідно, ніж в хворих на ВХ, поєднану з ХП, але вищим за показники норми.

Таблиця 1

Динаміка результати загального аналізу крові у хворих на ВХ, та ВХ, поєднану з ХП, асоційовану з Н. рylogi

<i>Показники</i>	<i>До лікування</i>		<i>Після лікування</i>	
	<i>ВХ (n=140)</i>	<i>ВХ, поєднана з ХП (n=114)</i>	<i>ВХ (n=140)</i>	<i>ВХ, поєднана з ХП (n=114)</i>
Лейкоцити, тис/мкл	10,2±0,7	11,8±0,8	8.1±0,4	9.0±0,2
ШОЕ, мм/год	12,5±1,2	16,1±1,2	8.2±0,6	10.1±0,8

Іншим аналізом, який рутинно застосовується в клінічній практиці був загальний аналіз сечі (ЗАС) (табл. 2).

Наведені в табл. 2 дані свідчать про наявність ХП. У групі хворих на ВХ, поєднану з ХП, в загальному аналізі сечі відмічені помірна лейкоцитурія; помірна протеїнурія; слабо виражена циліндрурія. При бактеріологічному дослідженні сечі у 11 хворих (9,6%) виявлена бактеріурія (10^5 КУО/мл), у інших хворих з поєднаною патологією бактеріурія не перевищувала показники норми. Дане дослідження проводилось всім хворим з ВХ, поєднаною з ХП, для виявлення патогенних мікроорганізмів, які можуть призвести до рецидиву ХП, щоб своєчасно розпочати антибіотикотерапію. Цим хворим був виставлений діагноз: хронічний пієлонефрит, безсимптомна бактеріурія, у всіх інших хворих: хронічний пієлонефрит, фаза ремісії. І тому з метою запобігання рецидиву хвороби, хворим призначався канефрон Н.

При аналізі результатів рівень добової протеїнурії у хворих на ВХ, поєднану з ХП, становив в середньому $1,52 \pm 0,2$ г.

При дослідженні рівня креатиніну та сечовини в сироватці крові пацієнтів з ВХ, та ВХ, поєднаною з ХП, не виявлені зміни показників від аналогічних показників норми, а саме $0,052 \pm 0,004$

ммоль/л проти $0,044 \pm 0,003$ ммоль/л та $4,2 \pm 0,6$ ммоль/л проти $3,8 \pm 0,6$ ммоль/л. Також не було винайдено ніяких відмінностей і при аналізі швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), у основних клінічних групах цей показник у середньому становив $128,6 \pm 10,3$ мл/хв \times $1,73 \text{ м}^2$, а в контрольній групі – $119,2 \pm 10,6$ мл/хв \times $1,73 \text{ м}^2$.

Після проведеного лікування у всіх хворих нормалізувалися показники загального аналізу крові та сечі.

Таблиця 2

Динаміка результатів загального аналізу сечі у хворих на ВХ та ВХ, поєднану з ХП, асоційовану з Н. рylogi

Показники	До лікування		Після лікування	
	ВХ (n=140)	ВХ, поєднана з ХП (n=114)	ВХ (n=140)	ВХ, поєднана з ХП (n=114)
Відносна щільність сечі	$1,017 \pm 0,02$	$1,028 \pm 0,02$	$1,016 \pm 0,01$	$1,022 \pm 0,01$
Лейкоцити в сечі (мікроскопія)	$3,8 \pm 0,3$	$7,4 \pm 0,6$	$3,4 \pm 0,3$	$5,1 \pm 0,5$
Білок в сечі, г/л	0	$0,26 \pm 0,08$	0	$0,15 \pm 0,04$
Епітелій в сечі (мікроскопія)	$0,8 \pm 0,1$	$5,1 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,1$
Циліндри в сечі (мікроскопія)	0	$2,2 \pm 0,2$	0	$1,8 \pm 0,1$

У переважної більшості хворих досягнута внутрішньо-шлункова нормаацидність: у $70,2 \pm 3,4\%$ та $73,7 \pm 5,0\%$. Разом з тим, у кожного третього і кожного четвертого відповідно за наявності тільки ВХ та ВХ, поєднаної з ХП, продовжувало мати місце помірне закислення середовища стравоходу. Якщо до лікування виражена гіперацидність спостерігалась лише у 4 (2,2%) хворих, то після – їх число серед усіх зросло до 7 (2,8%), зазначене свідчить, що практично у 30% хворих є передумови для несприятливого перебігу хвороби. Підтвердженням цього є результати моніторингу рН шлункового вмісту у вказаній кількості хворих (коливався в межах 0,9-1,9, тоді як у решти – від 2,5

до 3,4), що сприяло процесам рубцювання.

Позитивні результати лікування знайшли своє підтвердження за об'єктивними даними дуоденоскопічної візуалізації виразкових дефектів 12-палої кишки (ДПК) (табл. 3). Перед коментаріями до таблиці відмітимо, що в жодному випадку не було виявлено множинних виразок.

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів за виразковий дефект на ФЕГДС при ВХ та ВХ, поєднаній з ХП, асоційовану з *H. pylori*

Виразковий дефект на ФЕГДС	До лікування				Після лікування			
	ВХ (n=140)		ВХ, поєднана з ХП (n=114)		ВХ (n=140)		ВХ, поєднана з ХП (n=114)	
	n	p_{\pm} тр	n	p_{\pm} тр	n	p_{\pm} тр	n	p_{\pm} тр
d – <5мм	37	38,5 $_{\pm}$ 4.9	4 7	57,3 $_{\pm}$ 5,4	0	–	1	1,2 $_{\pm}$ 1,2
d – 5-10мм	57	59,4 $_{\pm}$ 5.0	3 3	40,2 $_{\pm}$ 5,4	2	2,1 $_{\pm}$ 1,4	2	2,4 $_{\pm}$ 1,6
d – 10-30мм	2	2,1 $_{\pm}$ 1.4	2	2,4 $_{\pm}$ 1,6	0	–	–	–

Лише у 7 хворих (2,8%) залишились виразки переважно d–5-7 мм (5 випадків) і у 2 d–<5 мм. Усі вони розташовувались по задній стінці та поза цибулиною. Більшість із них (5 із 7, що становить 71,4%) спостерігалась при ВХ, поєднаній з ХП. Це вказує, що зазначена категорія потребує підвищеної уваги при лікуванні, диспансеризації, моніторингу.

Далі наголосимо на інших показниках ФЕГДС. За цими даними, також, визначається потреба в більш ретельному переогляді тактики лікування у разі поєднаної патології. Такий висновок впливає за результатами порівняльного аналізу табл. 4.

Так, при проведенні ФЕГДС обстеження у більшій кількості хворих на ВХ, поєднану із ХП, після лікування спостерігалась

гіперемія та набряк слизової оболонки ЦДПК, гастроезофагальний та дуоденогастральний рефлюкси. Тобто, збереження ознак запалення через місяць, дає підставу до логічних висновків про необхідність корекції лікувальних заходів.

Треба врахувати ще й той факт, що серед цієї категорії лиш у $7 \pm 2,3\%$ випадків було досягнуто нормалізації цибулини 12-палої кишки, тоді як у хворих виключно на ВХ – у $25,7 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Показники ендоскопії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у обстежених хворих на ВХ та ВХ, поєднану з ХП, асоційовану з *H. pylori*

Дані ФЕГДС	До лікування				Після лікування			
	ВХ (n=140)		ВХ, поєднана з ХП (n=114)		ВХ (n=140)		ВХ, поєднана з ХП (n=114)	
	n	$P \pm tr$	n	$P \pm tr$	n	$P \pm tr$	n	$P \pm tr$
Гіперемія цибулини ДПК	96	$100,0 \pm -$	82	$100,0 \pm -$	7	$7,3 \pm 2,6$	9	$11,0 \pm 3,4$
Гастроезофагальний рефлюкс	42	$43,8 \pm 5,0$	36	$44,0 \pm 5,4$	5	$5,2 \pm 2,2$	7	$8,5 \pm 3,0$
Дуоденогастральний рефлюкс	54	$56,3 \pm 5,0$	46	$56,0 \pm 5,4$	9	$9,4 \pm 2,9$	11	$13,4 \pm 3,7$

Відзначаємо також і відновлення активності АО-системи, показники ферментів мали чітку тенденцію до нормалізації більшою мірою у хворих виключно на ВХ. Проте, неоднозначність процесу у окремих хворих відбилось на усереднених їх значеннях. До останніх частіше належить ті, що мали ВХ, поєднану із ХП. Отже, при ВХ: ДК – $4,5$ нмоль/л, МДА – $5,0$ нмоль/л, СОД – $1,3$ моль год/л, каталаза – $38,6$ мг H_2O_2 /л; при ВХ, поєднану з ХП: ДК – $5,4$ нмоль/л, МДА – $4,6$ нмоль/л, СОД – $1,4$ моль год/л, каталаза – $41,8$ мг H_2O_2 /л.

Імунні прущення показані в табл. 5.

Висновки

Таким чином, комплексна оцінка результатів лікування хворих, що підлягала вивченню, за рекомендованими стандартними схемами дозволяє відмітити позитивний ефект і, разом з тим, при

Таблиця 5

Динаміка показників імунного статусу при ВХ, та ВХ, поєднаній з ХП, асоційованій з *H. pylori*

Показники	До лікування		Після лікування	
	ВХ (n=140)	ВХ поєднану з ХП (n=114)	ВХ (n=140)	ВХ поєднану з ХП (n=114)
Т-лімфоцити (в 1мкл)	824,5±17,2	826,3±25,6	819,5±17,2	822,3±25,6
В-лімфоцити (в 1мкл)	307,4±28,8	296,1±26,4	300,4±28,8	289,1±26,4
Т-супресори (в 1мкл)	182,5±12,6	199,2±9,6	161,5±13,2	184,2±9,8
Т-гелпери (в 1мкл)	201,1±19,2	197,2±16,2	195,1±19,2	189,2±16,2
Тх/Тс	1,1±0,1	1,35±0,07	1,21±0,1	1,44±0,08
Т _о (в 1 мкл)	642,5±34,1	548,1±33,7	639,5±35,1	539,1±34,0
РБТЛ індекс	41,8±5,2	50,1 ±2,6	39,7±5,2	47,9 ±2,8
Лімфоцити загальні (в 1 мкл)	1782,1±63,6	1810,1 ±65,7	1771,1±65,1	1709,1 ±66,0
IgA (г/л)	1,54±0,07	1,62±0,07	1,53±0,07	1,59±0,07
IgG (г/л)	11,8±1,6	11,6±11,6	10,9±1,5	11,1±11,9
IgM (г/л)	1,3±0,2	1,4±0,2	1,3±0,2	1,4±0,2

йти до висновку про необхідність їхнього удосконалення. Особливої уваги в цьому аспекті, як виявилось, потребували хворі із ВХ, поєднаною із ХП.

В результаті проведеного дослідження обумовленою виглядає потреба у розширенні схем лікування за рахунок включення препаратів, які мають спазмолітичні, протизапальні, імуномоделюючі, репаративні і антисептичні властивості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко Т.В. Оптимізація лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки / Т.В. Бондаренко //

- Гастроентерологія. – Дніпропетровськ, 2004. – Вип. 35. – С.425–432;
2. Мойсеєнко В.О. Гастроентерологічні розлади і захворювання нирок / В.О. Мойсеєнко // Проблеми військової охорони здоров'я – 36. наук. праць Укр. військово-мед. академії (Випуск 15) / За ред. В.Я.Білого. – К., 2006. – С.276-281.
 3. Зубрицький О.С. Особливості розвитку, перебігу і лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у військовослужбовців: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.36 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України /О.С. Зубрицький // – Київ, 2005. – 20с.
 4. Тутберідзе Н.Т. Ефективність і безпека антигелікобактерної терапії пептичних виразок дванадцятипалої кишки, асоційованих з *Helicobacter pylori*, у хворих на хронічний пієлонефрит / Н.Т. Тутберідзе // Укр. терапевт. жур. – 2007 - № 2 – С. 74-78.
 5. Morgando A., Giordanino C , Baronio M. Role of *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer haemorrhage / A. Morgando., C. Giordanino , M Baronio. // *Minerva Med.*- 2006.- Vol.97.- P. -152-47-50.
 6. Moriyama T, Matsumoto T, Hirakawa K, Ikeda H, Tsuruya K, Hirakata H, Iida M. *Helicobacter pylori* status and esophagogastroduodenal mucosal lesions in patients with end-stage renal failure on maintenance hemodialysis / T. Moriyama, T. Matsumoto, K. Hirakawa, H. Ikeda, K. Tsuruya, H. Hirakata // *J Gastroenterol.* – 2010. – I.45(5).- P. 515-522.

РЕЗЮМЕ

**РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА
ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СТАНДАРТНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В
СОЧЕТАНИИ ИЛИ БЕЗ СОЧЕТАНИЯ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Никула Т.Д., Фурлета В.В.

(Киев)

Цель исследования: совершенствование схем лечения язвенной

болезни (ЯБ). **Материал и методы:** обследовано 140 больных ЯБ (H. pylori (+)) и 114 больных ЯБ (H. pylori (+)) в сочетании с хроническим пиелонефритом (ХП). **Результаты и обсуждение:** в большей степени хуже оказались результаты лечения случаев сочетанной патологии, доказана необходимость совершенствования схем лечения клинической группы сравнения, с помощью обоснованных усовершенствованных схем терапии различных вариантов течения заболевания (лечения больных ЯБ, сочетанной с ХП: рабепразол – 20 мг, амоксициллин – 1000 мг, кларитромицин – 500 мг, по 3 таблетки 2 раза в сутки, «Канефрон Н» по 50 капель трижды в день, «Траумель С» по одной инъекции внутримышечно (2,2 мл) через день, «Солидаго-комполитум» по одной инъекции внутримышечно (2,2 мл) через день. **Выводы:** необходимо дополнительно включить препараты, обладающие спазмолитическими, противовоспалительными, иммуномодулирующими, репаративными и антисептическими свойствами.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический пиелонефрит, функциональные изменения, особенности течения, схемы лечения.

SUMMARY

RESULTS OF COMPARATIVE ANALYSIS EXAMINATION OF PATIENTS USING THE STANDARD TREATMENT REGIMENS FOR PEPTIC ULCER COMBINED OR NOT COMBINED WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Nykula T.D., Furleta V.V.

(Kyiv)

Objective: To improve the treatment of peptic ulcer disease (PUD). **Material and methods:** 140 patients with PUD (h. pylori (+)) and 114 patients with PUD (h. pylori (+)) combined with chronic pyelonephritis (CPN). **Results and discussion:** The results of treatment of concomitant pathology were increasingly worse, demonstrated the need to improve clinical treatment of comparison group, with the sound of improved regimens of various options for the course of the disease (treatment of PUD, concomitant with CPN: rabeprazole 20 mg — 1000 mg, amoxicillin,

clarithromycin-500 mg, 2 pills 3 times a day, "Kanephron N" to 50 drops three times a day, Traumel injected intramuscularly (2.2 ml) a day, "Solidago compositum" – one injection intramuscularly (2.2 ml) a day.

Conclusions: For improving the quality of treatment the peptic duodenal ulcer (PUD), combined with CPN there are needing to further include drugs that possess antiinflammatory, spasmolytic, immunomodulating, reparative and antiseptic properties.

Key words: ulcer disease, pyelonephritis chronic, peculiarity of current, treatment regimens, functional changes.