

синдрома обстипации способствует нормализации изученных показателей СГ.

Т.Р. Гарнык, У.М. Фролов, М.О. Пересадин,  
О.У. Хруглова, У.О. Петрисчева

## INDEXES OF GLUTATION SYSTEM AT THE PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND OBATIPATION AT APPLICATION OF PHYTOPREPARATION OF PLANTAGO SEMEN (PLANTAGO OVATA)

УДК 615.322.03:616.61-002.3

- Т.Д. Рендюк, к.фарм.н., доц. каф. фармакогн.  
Г.Е. Пронченко, к.биол.н., ст. препод. каф. фармакогн.  
В.П. Дьяконов, к.мед.н., доц. каф. урологии

- *Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*

## СБОР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Инфекции мочевыводящих путей занимают существенное место в практике амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Острый пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Заболеваемость острым пиелонефритом составляет 15,7 случая в год на 10 000 населения, распространённость среди всех госпитализированных больных — 73 случая на 10 000 человек. Пиелонефрит чаще регистрируют у женщин старше 50 лет [5, 6, 8].

Осложнённые инфекции мочевыводящих путей возникают у пациентов с различными обструктивными уропатиями на фоне инвазивных методов обследования и лечения тяжёлых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, нейтропения). Любые инфекции мочевыводящих путей у мужчин, как правило, являются следствием этих манипуляций. Наиболее частым проявлением инфекции мочевыводящих путей является острый цистит; 33% взрослого населения в течение жизни переболели циститом, подавляющее число больных — женщины. Заболеваемость острым циститом у взрослых мужчин крайне низка и составляет 6-8 эпизодов (случаев) в год на 10 000 мужчин в возрасте 21-50 лет [5, 6, 8].

Необходимо учитывать, что неосложнённые инфекции мочевыводящих путей могут протекать не только в лёгкой среднетяжёлой, но и в тяжёлой форме с выраженными симптомами интоксикации. Борьба с инфекциями мочевыводящих путей является одной из наиболее актуальных проблем, так как данные инфекции характеризуются значительной распространённостью, а сроки трудопотерь иногда сопоставимы со всеми другими заболеваниями [3, 7, 8].

Поиск эффективных средств лечения заболеваний мочевыводящих путей, особенно растительного происхождения, является важной задачей практического здравоохранения. Применение сборов для лечения указанных выше заболеваний является не только оправданным, но и в высокой степени безопасным, т.к. они могут применяться

**Key words:** irritable bowel syndrome, obstipation, glutation system, fiberlex, treatment.

Influence of modern phytopreparation of Plantago semen (Plantago ovata) fiberlex on glutation system (GS) indexes at the treatment of the patients with irritable bowel syndrome (IBS) and obstipation was investigated. It was set that before treatment at the patients with IBS and obstipation took place decrease of recovered glutation level, increase of oxidized glutation and oppressing of redox-glutation system enzymes. Including of fiberlex at the treatment complex of the patients with IBS and obstipation provide the normalization of the studied indexes of GS.

длительно и при этом не вызывают осложнений, чего не скажешь об антибиотиках, которые широко используются для лечения воспалительных заболеваний мочевыводящих путей [1, 2, 4, 5].

Всё изложенное выше явилось основанием для разработки эффективного и малотоксичного многокомпонентного сбора, настоей которого рекомендуется для лечения пиелонефрита.

В состав сбора включены следующие виды лекарственного растительного сырья: листья толокнянки, листья берёзы, корни солодки, трава донника, листья мяты перечной, корневища и корни элеутерококка колючего.

Способ применения настоя из сбора апробирован в клинике урологии ММА им. И.М.Сеченова (Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова). Состав сбора и его назначение защищены патентом Российской Федерации № 2066195 от 10.09.96 г.

**Целью исследования** явилось определение клинической эффективности изучаемого сбора для лечения хронического пиелонефрита в комплексной терапии больных с инфекциями мочевыводящих путей.

### Материалы и методы исследования

Для решения этой задачи в исследовании приняли участие 31 больной с диагнозом хронический пиелонефрит в стадии обострения. Основная группа состояла из 20 больных в возрасте от 28 до 45 лет (средний возраст  $33,7 \pm 4,2$  г.). В контрольную группу было включено 11 больных, сопоставимых с пациентами основной группы по характеру патологии и возрасту (средний возраст  $36,4 \pm 5,8$  г.).

Диагноз хронического пиелонефрита у всех больных был подтверждён анамнестически, данными клинико-физикального обследования, а также результатами лабораторно-инструментальных исследований.

Всем больным обеих групп проводилось антибакте-

риальное лечение, направленное на купирование острого инфекционного процесса. Основой антибактериальной терапии являлось назначение норфлоксацина в дозе 400 мг 2 раза в сутки в течение 10-14 дней.

Наряду с этим больные основной группы в ходе планового комплексного лечения применяли сбор растительного сырья по 1/3 — 1/2 ст. 2-3 раза в день. Пациентам контрольной группы сбор в лечении не применялся.

Наблюдение и оценка эффективности сбора проводилось в 3 этапа: на фоне проводимой антибактериальной терапии, по её завершении в фазе стихания инфекционного процесса и в последующем в период ремиссии для оценки профилактической эффективности сбора.

Эффективность лечения оценивалась по клиническим признакам: методами сравнения результатов лечения в основной группе и контрольной группе. У больных оце-

нивали скорость стихания обострения, купирования явлений интоксикации, ликвидации дизурических явлений и учащённого мочеиспускания. В ходе лабораторного исследования анализировали наличие и выраженность глюкозурии, бактериурии.

Инструментальные (неинвазивные) методы исследования включали в себя ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря.

У всех больных основной и контрольной групп оценивали продолжительность лечения в стационаре.

### Результаты исследования и их обсуждение

Динамика клинико-биохимических показателей при использовании сбора для лечения пиелонефрита по сравнению со стандартной терапией приведены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

### Динамика клинических показателей на фоне проводимого лечения

Анализируемые показатели		Группы больных		
		Исходные данные	Контрольная группа (n=11)	Основная группа (n=20)
Клинические данные	температура тела		37,1±0,4	36,8±0,3*
	наличие озноба		—	—
	дизурические явления	4#	-	-
	артериальное давление СИСТОЛИЧЕСКОЕ; ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ;	ш 95,1±1,8	ш е л 91,5±1,5	138±3,1* 85,2±0,8*
Объективные данные	Симптом Пастернацкого	«н		—
	Повышение локальной температуры С°	на 1,5	на 1,0	на 0,5

Примечание: \* -Данные статистически достоверные по сравнению с исходными

Таблица 2

### Динамика лабораторных показателей на фоне проводимого лечения

Анализируемые показатели		Группы больных		
		Исходные данные	Контрольная группа (n=11)	Основная группа (n=20)
Исследование крови	Количество лейкоцитов тыс/мкл	16,7±0,7	12,4±1,8	
	СОЭ мм/ч	58,7±4,8		10,5±1,9*
	Содержание сг-глобулина, (ТГ) (степень повышения)	-Н4-	•Ф+	+
Исследование мочи;	Удельный вес	1,040±0,016	1,033±0,018	1,023±0,011*
	рН	8,32±0,45	7,86±0,43	15,81±0,28*
	Бактериурия (в 1 да мочи)	135000±3900	87000±1700	45000±500*
	Лейкоцитурия	4>и:кi i боi.i	Ш Ш & Ш Ш -	15i.li!ll ОИКl*
•\ С Г И Ш О ! e i i Ш П I > В " * *	38 5. i	28±4,3р	12±2,5*	

Примечание: \* - данные статистически достоверные по сравнению с исходными

Приведённые клинико-функциональные данные свидетельствуют о том, что при включении в комплексную терапию сбора растительного сырья последний потенцирует антимикробный эффект норфлоксацина. У больных хроническим пиелонефритом основной группы, получав-

ших растительный сбор, отмечается более стойкое и значительное снижение температуры тела, систолического и диастолического артериального давления, исчезновение симптома Пастернацкого, улучшение общего состояния.

На втором этапе исследования анализировали инфекционного процесса по завершении курса антибактериальной терапии. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3

## Динамика урологических показателей на фоне проводимого лечения

Анализируемые показатели		Группы больных		
		Исходные данные	Контрольная группа (n=11)	Основная группа (n=20)
Урологические показатели	Диурез:	1332,0±69,1	1441,6±61,7	1598,3±65,8*
	Урикемия (мкмоль/л)	0,35±0,05		0,263±0,01*
	Клиренс мочевой кислоты (мл)	10,21±1,05	13,02±1,24	*
	Суточная экскреция мочевой кислоты (мг/сут)	4,29±0,29	5,31±0,31	5,93±0,37*
ЕМА, мг/сут		68, ±5	46,9±3,3*	25,2±1,4*

Примечание: \* - данные статистически достоверные по сравнению с исходными

Приведённые данные свидетельствуют об эффективности сбора (нормализации урологических показателей), а именно: увеличивается диурез, происходит подкисление мочи, уменьшается урикемия, увеличивается клиренс мочевой кислоты, сопровождающееся ростом суточной экскреции мочевой кислоты.

Представлялось интересным проанализировать влияние сбора на динамику показателей функционального состояния печени и содержания липидов крови. Результаты приведены в таблице 4.

Известно, что одним из условий применения сбора в клинической практике является его безопасность и

отсутствие побочных влияний, прежде всего на печень. Исходные данные показателей функционального состояния печени у обследованных больных показали наличие умеренно выраженных изменений, которые, очевидно, обусловлены наличием вялотекущей сопутствующей патологии со стороны гепатобилиарной системы, которая активировалась при обострении пиелонефрита. В анамнезе у больных имели место указания на наличие хронического бескаменного холецистита у 19,6%, дисфункции желчного пузыря - у 32,2%, жировой инфильтрации печени - 67,8%, стеатогепатита - 16,1% случаев.

Таблица 4

## Динамика биохимических показателей на фоне проводимого лечения

Показатели	Исходные данные	Контрольная группа (n=11)	Основная группа (n=20)
Билирубин (мкмоль/л)	25,5±9,7	23,8±0,8	18,4±0,58*
АЛТ (мкмоль/л)	0,98±0,12	0,73±0,05	0,57±0,03
АСТ (мкмоль/л)	0,72±0,05	0,78±0,06	0,43±0,04*
ГГТГ (мкмоль/л)	107,2-5,0	61,42±1,1*	45,6±2,34*
Щелочная фосфатаза (кат Ед)	1,23±0,09	1,05±0,09	0,71±0,04*
Щ (мд)	3,38,6±29,4	284,6-21,7	223,4±19,7*
Тимолова проба (ед.)	7,21±0,57	5,91±0,19	4,39±0,32*
Альб\ШН	4,3,63-0,01	45,14±0,62	51,3±0,74*
Гамма-глобулины относит. %	21,68±0,35	19,6±0,31	18,12±0,21*
ЗХ (ммоль/л)	6,93±0,25	6,75±0,23	5,51±0,27*
ХС-ЛПНП (ммоль/л)	4,17±0,29	4,61±0,12	3,82±0,16*
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	1,09±0,04	1,15±0,06	1,24±0,05*
ТГ (ммоль/л)	5,78±0,24	4,17±0,16	3,17±0,24*

Примечание: \* - данные статистически достоверные по сравнению с исходными

Приведённые данные свидетельствуют о том, что применение сбора нормализует показатели функционального состояния печени, а также содержание липидов в сыворотке крови. На третьем этапе исследования в фазе ремиссии инфекционного процесса оценивали влияние сбора на частоту рецидивов заболевания и их структуру по сравнению с больными контрольной группы, получавших стандартную терапию.

Полученные данные свидетельствуют о том, что применение сбора в период ремиссии снижает частоту рецидивов, а также процент осложнений на всех этапах комплексного лечения.

Немаловажным представляется тот факт, что на всех этапах клинического применения сбора ни у одного больного не было зарегистрировано побочных эффектов, в т.ч. аллергических реакций.

Комплексное лечение (с включением в терапию настоя сбора) у больных основной группы позволило в течение 5-7 дней (в среднем  $5,1 \pm 0,6$  дня) добиться стихания явлений обострения. У больных контрольной группы динамика снятия обострения была достоверно ниже (12-15 суток, в среднем  $13,8 \pm 1,2$  дня) и носила менее выраженный характер. В целом, результаты лечения больных основной группы можно охарактеризовать следующим образом: отличный — 12 больных (контрольная группа — 4), хороший — 6 больных (контрольная группа — 2), удовлетворительно — 2 больных (контрольная группа — 3), неудовлетворительно — в основной группе - нет (контрольная группа — 1). Длительность лечения больных основной группы составила  $21,7 \pm 1,5$  суток (в контрольной группе —  $28,9 \pm 2,1$  суток),

различие статистически достоверно.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют констатировать, что применение сбора в комплексной терапии больных с инфекциями мочевыводящих путей, является одним из перспективных направлений в терапии указанных выше заболеваний.

## Выводы

**1. Включение сбора лекарственного растительного сырья в программу комплексного лечения больных хроническим пиелонефритом в стадии обострения позволяет в более короткие сроки и более эффективно устранить клинические и лабораторные показатели, свидетельствующие об обострении заболевания.**

**2. Применение изучаемого сбора в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом в стадии обострения оказывает положительное влияние на показатели функционального состояния печени и липидный обмен.**

**3. Лечение с использованием сбора в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом ускоряет достижение ремиссии заболевания, уменьшает сроки стационарного и амбулаторного лечения.**

**4. Отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость и безопасность позволяет рекомендовать сбор лекарственного растительного сырья в комплексной терапии при обострении хронического пиелонефрита, в стадии неполной ремиссии, а также при проведении реабилитационного лечения и профилактики обострений.**

## Література

1. Крендаль Ф.П. Изучение специфической фармакологической активности сбора для лечения пиелонефрита / Крендаль Ф.П., Пронченко Г.Е., Рендюк Т.Д. // *Росс. мед. журн.* - 2010.- № 3 - С. 37-39.
2. Крендаль Ф.П. Исследование токсичности и алергизирующих свойств сбора для лечения пиелонефрита / Крендаль Ф.П., Пронченко Г.Е., Рендюк Т.Д. // *Росс. мед. журн.* - 2010.- № 4 - С. 28-31.
3. Рафальский В.В. Обоснование выбора антимикробных препаратов при амбулаторных инфекциях мочевыводящих путей / Рафальский В.В. Автореферат дисс. . . . докт. мед. Наук // Смоленск.- 2004. — 35 с.
4. Мирошников В.М. Заболевания органов мочеполовой системы в условиях современной цивилизации. / Мирошников В.М.,

Проскурин А.А. // Астрахань: АГМА, 2002.- 187 с.

5. Резник М.И. Урология. Перевод с англ./Резник М.И., Шеффер Э. М. // СПб: Невский диалект, 2002. - 304 с.

6. Руководство по клинической урологии. Пер. с англ. / Под ред. Ханно Ф., Малковича С.Б., Уэфна А. // М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 320 с.

7. Ramchandani M. Possible animal origin of human-associated, multidrug-resistant, uropathogenic *Escherichia coli* / Ramchandani M., Manges A.R., DebRoy C. // *CID.* - 2005. - Vol. 40. - P. 251-257.

8. Sobel J.D. Urinary tract infections. / Sobel J.D., Kaye D. // In: G.L.Mandel, J. Principles and practice of infectious diseases, 6th ed. - New York: Churchill Livingstone, 2005. - P. 875-905.

Поступила в редакцию 20.01.2012

УДК 615.322.03:616.61-002.3

## Т.Д. Рендюк, Г.С. Пронченко, В.П. Дьяконов | ЗБІР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

**Ключевые слова:** збір, піелонефрит, лікування.

Вивчена ефективність збору в лікуванні хворих із запаль-

ними захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів. Встановлено, що застосування даного збору у програмі лікування пришвидшує досягнення ремісії, знижує терміни стаціонарного лікування.

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

- <sup>1</sup>Н.А. Мирзабаева, к.мед.н., докторант
- <sup>2</sup>Т.П. Гарник, д.мед.н., проф., зав. каф. фитотер. гомеоп. та біоенергоінформ. мед.
- *<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*
- *<sup>2</sup>Київський 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, дискінезія 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 монотрію [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 переважній 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-