

Комплексное лечение при хроническом обструктивном пиелонефрите

С.А. Сохин, В.В. Мельник

Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького

Представлены результаты комплексного лечения 39 больных хроническим обструктивным пиелонефитом, которое включало устранение обструкции, антибактериальную терапию. В группе пациентов, принимавших дополнительно фитопрепарат Урохолум в течение 1 мес, отмечено более быстрое наступление клинического эффекта и улучшение лабораторных показателей.

Ключевые слова: хронический обструктивный пиелонефрит, мочевыделительная система, Урохолум.

Введение

Несмотря на совершенствование профилактики и метафилактики воспалительных заболеваний мочевыделительной системы, пиелонефрит остается наиболее частым заболеванием почек во всех возрастных группах (Яковлев С.В., 2001; Личковский А.Э. и соавт., 2010).

Лечение больных хроническим пиелонефритом (ХП), несмотря на применение в клинической практике современных мощных антибиотиков, представляет значительные трудности. Непростой задачей является и лечение при осложненных инфекциях, возникающих у больных с различными обструктивными уропатиями (Reed M.D., Blumer J.L., 1984; Vacheller C.D., Bernstein J.M., 1997). Длительно протекающее воспаление приводит к развитию рубцово-склеротических изменений в паренхиме почек, сопровождающихся гибелью дис-

тальных отделов нефронов и сдавлению собирательных канальцев, что затрудняет проникновение антибиотиков к очагу воспаления (Foxman B., 2002).

Лечение при ХП должно включать устранение причин, нарушающих уродинамику и почечное кровообращение, антибактериальную, противовоспалительную и симптоматическую терапию.

Ведущим методом лечения является антибактериальная терапия. В то же время с учетом многогранности изменений при ХП, сопровождающихся нарушениями внутриорганной микроциркуляции и лимфообращения, дисфункцией почечных канальцев, снижением клубочковой фильтрации терапевтический подход должен быть комплексным и включать препараты, воздействующие на различные звенья патогенеза (Foxman B., 2002).

Важную роль как в лечении, так и в профилактике рецидивов острого и ХП играет применение фитопрепаратов. В последние годы возобновляется интерес к их применению, вызванный желанием избежать побочных эффектов, присущих антибиотикам и противовоспалительным лекарственным средствам. Растительные препараты менее токсичны в сравнении с синтетическими, не вызывают привыкания, что позволяет применять их длительно — месяцами и даже годами. Фитопрепараты стимулируют защитные силы организма, а некоторые из них, кроме того, обладают антибактериальной активностью (Личковский А.Э. и соавт., 2010).

Оправданный интерес вызывает применение при ХП препарата растительного происхождения Урохолум («Vishpha», Житомир), компонентами которого являются плоды моркови дикой, листья ортосифона тычиночного, кукурузные столбики с рыльца-

Vishpha®
pharm factory

**УРОХОЛУМ –
сила природы для ваших почек!**

© 2012. Все права защищены. Урохолум – зарегистрированный товарный знак Vishpha.

ми, цветы бузины черной, трава горца птичьего, трава хвоща полевого, соцветия хмеля, березовые почки, трава зверобоя, листья мяты перечной.

Действие препарата обусловлено входящими в его состав эфирными маслами, фенолкарбонными кислотами, фталидами, горечами. Эфирные масла способствуют улучшению кровоснабжения почечного эпителия, а также оказывают влияние на процессы обратного всасывания в почечных канальцах, фенолкарбонные кислоты создают высокое осмотическое давление в просвете почечных канальцев, за счет чего усиливается диурез, флавоноиды оказывают спазмолитическое действие. Противовоспалительный эффект препарата обусловлен влиянием органических кислот, которые блокируют неспецифическую активацию комплемента и липооксигеназы с последующим угнетением синтеза лейкотриенов. Фенольные соединения проявляют антиоксидантные свойства и прерывают свободнорадикальные цепные реакции (Росихин В.В., 2009; Личковский А.Э. и соавт., 2010).

Преимуществом препарата Урохолум является сочетание противомикробного и противовоспалительного эффекта, что особенно важно при острых и хронических процессах в мочевыводящих путях. Кроме этого, выделение органических фенолкарбонных кислот и их метаболитов с мочой приводит к изменению ее кислотности, что препятствует размножению бактерий. Элиминации бактерий из мочевых путей способствует то, что биофлавоноиды угнетают активность бактериальной гиалуронидазы. Диуретический эффект препарата препятствует адгезии микроорганизмов (Личковский А.Э. и соавт., 2010).

Цель работы — оценить эффективность фитопрепарата Урохолум в составе комбинированного лечения больных хроническим обструктивным пиелонефритом.

Объект и методы исследования

В исследовании проанализированы результаты лечения 39 больных хроническим обструктивным пиелонефритом в возрасте 26–64 лет (средний возраст — 45,4±3,6 года). Диагноз устанавливали на основании жалоб (боль в поясничной области, повышение температуры тела), общего анализа крови (лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, повышение скорости оседания эритроцитов) и мочи (умеренная протеинурия (до 1 г/л), лейкоцитурия, эритроцитурия), микробиологического исследования мочи до начала антибактериальной терапии. Дополнительно проводили ультразвуковое исследование почек, при необходимости — экскреторную урографию и компьютерную томографию забрюшинного пространства.

Причиной хронического обструктивного пиелонефрита у 26 (66,7%) больных была мочекаменная болезнь, 8 (20,5%) — гиперплазия предстательной железы, 3 (7,7%) — стриктура мочеточника, 2 (5,1%) — стриктура уретры. С целью устранения обструкции пациентам с мочекаменной болезнью выполняли контактную или дистанционную литотрипсию, при гиперплазии предстательной железы — трансуретральную резекцию, позадилодную простатэктомию, при стриктурах мочеточника — лапароскопическую пиелопластику, баллонную дилатацию мочеточника, при стриктурах уретры — внутреннюю оптическую уретротомию. Всем пациентам назначали антибиотик цефоперазон в дозе 1 г 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 дней, затем — левифлоксацин в дозе 400 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10–14 дней. Больные, получавшие только базисную терапию, составили 1-ю, контрольную, группу (n=19). Пациентам 2-й группы (n=20) дополнительно с 1-го дня лечения назначали Урохолум по 20 капель 3 раза в сутки в течение 1 мес. Помимо антибактериальной терапии, пациенты при необходимости получали жаропонижающие, анальгезирующие препараты, обильное питье (до 2,5 л/сут). Результаты лечения оценивали через 15 и 30 дней от его начала.

Результаты и их обсуждение

Результаты и их обсуждение

При бактериологическом исследовании мочи выявлены следующие возбудители: *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae/Enterobacter cloacae*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus spp.* (табл. 1). Наиболее частым возбудителем заболевания в обеих группах была *Escherichia coli* (69,2% наблюдений). *Proteus spp.* выявлен в 15,4% случаев. Доля остальных возбудителей составила 15,4%.

Основными жалобами у пациентов обеих групп были боль в поясничной области и положительный симптом поколачивания — 76,9 и 71,8% случаев соответственно (табл. 2). Лейкоцитурия отмечена у 94,9%, поллакиурия — у 23,1% случаев. Повышение температуры тела выявлено у 79,5% пациентов.

Через 15 дней от начала антибактериальной терапии отмечена положительная клиническая динамика у 14 (73,7%) больных 1-й группы. В этой группе лейкоцитурия >20 лейкоцитов в поле зрения выявлена у половины участников, болевой синдром сохранялся у 3 пациентов, субфебрильная температура тела — у 2. Поллакиурия сохранялась у 3 пациентов. Отмечена выраженная бактериурия у 4 больных.

Во 2-й группе регресс симптоматики наступал быстрее в сравнении с 1-й группой и отмечен у 16 (80,0%) пациентов. Температура тела нормализовалась у 9 больных в течение 1-й недели лечения, у 3 — в течение последующих 2 дней, у остальных — к 10-мудню лечения. Лейкоцитурия сохранялась у 8 пациентов, однако не превышала 20 лейкоцитов в поле зрения, тогда как до начала терапии составляла от ¼ до всего поля зрения. В этой группе поллакиурия сохранялась у 1, значительная бактериурия — у 2 пациентов.

Таблица 1 Микроорганизмы, вызвавшие ХП

Микроорганизмы	Группа, n	
	1-я	2-я
<i>Escherichia coli</i>	13	14
<i>Proteus spp.</i>	3	3
<i>Klebsiella pneumoniae/Enterobacter cloacae</i>	1	—
<i>Enterococcus spp.</i>	1	2
<i>Streptococcus spp.</i>	1	1

Таблица 2 Клинические симптомы у больных ХП до лечения

Симптом	Группа, n	
	1-я	2-я
Боль в поясничной области	13	17
Положительный симптом поколачивания	12	16
Повышение температуры тела	14	17
Поллакиурия	5	4
Лейкоцитурия	19	18
Бактериурия >10 ⁸ КОЕ*/мл	16	15

В табл. 2 и 3: КОЕ — колониобразующие единицы.

Через 1 мес после начала лечения в 1-й группе жаловался на боль в поясничной области — 1, отмечали положительный симптом поколачивания — 2, лейкоцитурия сохранялась у 3 человек. Отсутствие клинических проявлений пиелонефрита отмечено у 17 (89,5%) пациентов, нормализация лабораторных показателей — у 16 (84,2%). У всех больных 2-й группы отмечено отсутствие клинической симптоматики. Незначительная (до 15 лейкоцитов в поле зрения) лейкоцитурия сохранялась только у 1 больного (табл. 3).

Все пациенты хорошо переносили лечение. Осложнений при применении Урохолума не отмечено, в связи с чем все больные прошли курс лечения полностью и не отказались принимать препарат в дальнейшем. При сохранении симптомов заболевания или изменений в общем анализе мочи рекомендовали продолжить антибактериальную терапию еще в течение 2–3 нед в амбулаторных условиях со сменой антибиотика и приемом Урохолума в течение нескольких месяцев.

Выводы

Комплексное лечение хронического обструктивного пиелонефрита с применением препарата Урохолум позволило достичь регресса клинической симптоматики у всех пациентов и нормализации лабораторных показателей — у 19 (95,0%). Помимо выраженного клинического эффекта, отмечена хорошая переносимость препарата, что позволяет рекомендовать его длительное применение у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом.

Список использованной литературы: www.umj.com.ua

Таблица 3 Клинические симптомы у больных ХП на фоне проводимого лечения

Симптом	Через 15 дней лечения				Через 1 мес лечения	
	1-я группа		2-я группа		1-я группа	
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
Боль в поясничной области	3	2	1	—	—	—
Положительный симптом поколачивания	4	3	2	—	—	—
Повышение температуры тела	2	0	—	—	—	—
Поллакиурия	3	1	—	—	—	—
Лейкоцитурия	14	9	3	1	—	—
Бактериурия >10 ⁸ КОЕ*/мл	4	2	—	—	—	—