

УДК: 616.32

Первинні та вторинні гастропатії у хворих з ураженням каналу травлення та нирок

В.О. Мойсеєнко, Т.Д. Никула, Л.І. Рудюк, О.А. Бичков

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: гастропатії, нирки, пієлонефрит

Частина супутня гастродуоденальна патологія у хворих на пієлонефрит (ПН) визначається, перш за все, віком хворих, зниженою загальною резистентністю організму, якістю життя тощо. Відомо, що основою лікування хворих на ХХН: ПН є антибактеріальна терапія. Проте, більшість антибіотиків є імуносупресорами, а їх часте тривале використання викликає стан вторинного імунодефіциту [1-4]. Одним із напрямків вирішення цієї проблеми є застосування ліків, що мають багатогранну лікувально-профілактичну дію.

Комбінація комплексних антигомотоксичних препаратів (АГТП): траумелю С, лімфоміозоту та ехінацеї композитум має виражені антибактеріальні, протизапальні та імуномодулюючі властивості, а також позитивно впливає на стан мікроциркуляції.

Нами було вивчено динаміку клініко-лабораторних показників під впливом поєднаної антибіотикотерапії та антигомотоксичної терапії (АГТ) у хворих на ХХН I-III стадій: ПН з ураженням ГДЗ. У хворих основної групи до початку лікування больовий синдром (біль у поперековій ділянці, цисталгія) спостерігався у 18 хворих (56,25%). Після проведеного лікування АГТ больовий синдром зберігся тільки у 2 (6,25%) пацієнтів. У хворих порівняльної групи – 53,33% та 13,33% відповідно (табл. 1).

Табл. 1

Динаміка клінічних синдромів у хворих на ХХН: ПН з ураженням ГДЗ (n, %)

Клінічний синдром	До лікування		Після лікування	
	Основна група (n =32)	Порівняль-на група (n =30)	Основна група (n =32)	Порівняль-на група (n =30)
Больовий	18 (56,25%)	16 (53,33%)	2 (6,25%)**	4 (13,33%)*
Сечовий	32 (100%)	30 (100%)	4 (12,5%)**	9 (30,0%)*
Дизурич-ний	10 (31,25%)	9 (30,0%)	3 (9,37%)**	5 (16,66%)*
Астенове-гетативний	32 (100%)	30 (100%)	7 (21,87%)**	16 (53,33%)*
Гіпертен-зивний	17 (53,12%)	16 (53,33%)	6 (18,75%)**	15 (50,0%)*
Інтоксика-ційний	26 (81,25%)	25 (83,33%)	2 (6,25%)**	4 (13,33%)*

Примітки: 1)* – $p < 0,05$ – у порівнянні із показниками до лікування, 2)** – $p < 0,05$ – у порівнянні із показниками порівняльної групи.

Прояви інтоксикаційного та астеновегетативного синдромів вірогідно знижувались як у пацієнтів основної (у більшому ступені), так і у пацієнтів порівняльної групи. Важливим також є вірогідне зниження відсотка гіпертензивного синдрому у пацієнтів основної групи. Вірогідне зниження відсотка гіпертензивного синдрому у пацієнтів основної групи пов'язано із потенціюючою дією лімфоміозоту на стандартне лікування (потенціювання дії антибіотиків) та вторинне пригнічення ренальних механізмів АГ у пацієнтів.

тів з ПН. Антигіпертензивний ефект спостерігався у хворих обох груп. Проте у хворих, які використовували АГТП вже на 14 день від початку лікування, САТ склав у середньому $141,87 \pm 3,28$ мм рт.ст. (на $30,11$ мм рт.ст. нижче вихідного рівню, $p < 0,05$), ДАТ – $85,05 \pm 2,18$ мм рт.ст. (на $14,05$ мм рт.ст. нижче вихідного рівню, $p < 0,05$).

Антигіпертензивний ефект у хворих основної групи залежав від стадії ХХН. Найкращий ефект був досягнутий у хворих на ХХН I стадії. Найменший антигіпертензивний ефект відмічався у хворих на ххн iii стадії. Динаміка АТ в залежності від стадії ХХН представлена на рис. 1.

В динаміці через місяць при вимірюванні АТ ми отримали САТ– $145,23 \pm 3,14$ мм рт.ст., ДАТ – $90,12 \pm 2,28$ мм рт.ст. У хворих, що приймали стандарте лікування антигіпертензивний ефект був не стійким. Через місяць САТ становив $165,26 \pm 3,20$ мм рт.ст., а ДАТ – $95,12 \pm 2,12$ мм рт.ст. До того ж, у $24,1\%$ пацієнтів, які отримували АГТ вдалось зменшити дозу антигіпертензивних препаратів на 25% . Оцінюючи ефективність лікування, ми брали до уваги зміни суб'єктивного самопочуття і загального стану пацієнтів, досліджували зміни лабораторних показників у динаміці.

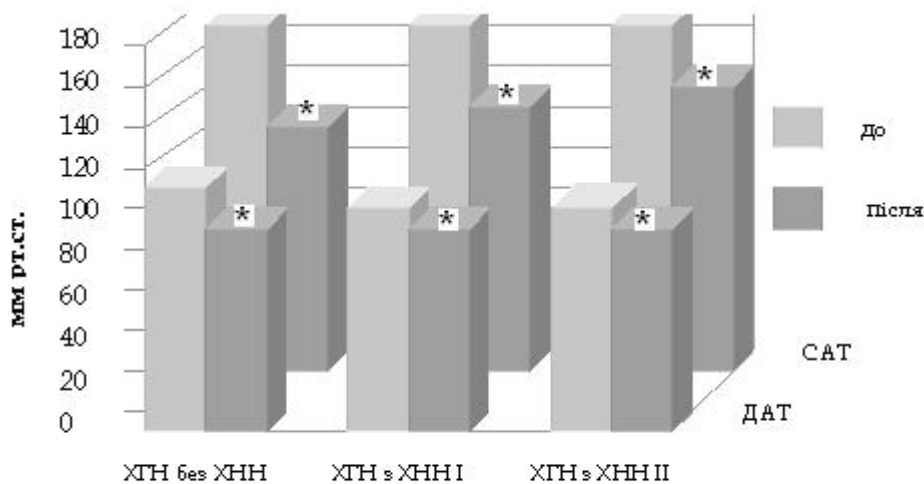


Рис. 1
Динаміка АТ залежно від стадії ХХН під впливом АГТ.
Примітки: * – $p < 0,05$ – у порівнянні із вихідними даними.

У всіх пацієнтів в аналізах сечі виявили лейкоцитурію. Ці результати підтвердили параметри проби за Нечипоренком. Бактеріологічне дослідження сечі виявило бактеріурію в усіх хворих. Позитивна динаміка лабораторних показників спостерігалась у хворих обох груп, в першу чергу – достовірним зменшенням кількості лейкоцитів і бактерій (за даними загального аналізу сечі й проби за Нечипоренком) та бактеріурії (при дослідженні бактеріального числа). Відмічений більший регрес цих показників у пацієнтів, які знаходились на комплексному лікуванні з включенням АГТП (траумелю С, ехінацеї композитум та лімфоміозоту). Лейкоцитурія перед закінченням курсу лікування мала місце лише у 2 хворих основної групи і у 7 пацієнтів порівняльної групи (табл. 2).

Табл. 2

Динаміка лабораторних показників сечі у хворих на ХХН: ПН з ураженням ГДЗ (n, %)

Лабораторний показник	Основна група (n =32)		Порівняльна група (n=30)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Бактеріурія (x 106/ мл)	$5,2 \pm 0,4$	$0,0016 \pm 0,0002^*$	$5,1 \pm 0,3$	$0,025 \pm 0,002^*$
Протеїнурія (г/л)	$0,265 \pm 0,11$	$0,051 \pm 0,04^*$	$0,278 \pm 0,19$	$0,046 \pm 0,02^*$
Лейкоцитурія (в полі зору)	Все поле зору	$5,03 \pm 2^*$	Все поле зору	$8,01 \pm 3^*$

Примітка. * – $p < 0,05$ – у порівнянні показниками до лікування.

Динаміка деяких симптомів у хворих на ххнi-iii стадій: ПН з ураженням ГДЗ в процесі лікування пред-

ставлена в табл. 3.

Табл. 3

Динаміка деяких симптомів у хворих на ХХНІ-ІІІ стадій: ПН з ураженням ГДЗ в процесі лікування (n, %)

Симптоми	Основна група (n =32)		Порівняльна група (n =30)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Полакіурія	5 (15,62%)	1 (3,12%)*	5 (16,66%)	1 (3,33%)*
Ніктурія	8 (25%)	3 (9,37%)*	8 (26,66%)	5 (15,62%)*
Поліурія	17 (53,12%)	5 (15,62%)*	16 (53%)	3 (10,0%)*
Дизурія	3 (9,37%)	0 (0%)*	3 (10,0%)	1 (3,33%)*

Примітка. * – $p < 0,05$ – у порівнянні показниками до лікування.

При лабораторному дослідженні крові у 60% хворих обох груп виявили нормохромну анемію легкого і середнього ступенів, яка пов'язана, очевидно, із зниженням синтезу еритропоетину запаленими нирками. Підвищення ШОЕ на момент госпіталізації виявили у 90% хворих, диспротеїнемію за рахунок наростання α_2 і γ -глобулінів – у 50% хворих. **Динаміка значень лабораторних параметрів крові хворих основної і порівняльної груп в процесі лікування представлені у табл. 4.**

Табл. 4

Динаміка значень лабораторних параметрів крові у хворих на ХХН І-ІІІ стадій: ПН із ураженням ГДЗ

Показник	Основна група (n =32)		Порівняльна група (n =30)	
	До лікування (M \pm m)	Після лікування (M \pm m)	До лікування (M \pm m)	Після лікування (M \pm m)
Гемоглобін, г/л	113,82 \pm 2,98	123,86 \pm 2,57*	114,55 \pm 1,89	117,82 \pm 2,29
Еритроцити, 10 ¹² /л	3,87 \pm 0,16	4,11 \pm 0,18*	3,58 \pm 0,21	3,64 \pm 0,21
Лейкоцити, 10 ⁹ /л	7,35 \pm 0,38	7,11 \pm 0,38	7,26 \pm 0,41	7,12 \pm 0,33
ШОЕ, мм/год	20,78 \pm 2,76	15,95 \pm 2,12*	20,26 \pm 2,87	19,64 \pm 2,43
Білок загальний, г/л	61,50 \pm 1,43	62,90 \pm 1,55	62,95 \pm 2,14	64,20 \pm 2,16
Сечовина, ммоль/л	8,56 \pm 2,07	7,20 \pm 1,63*	9,36 \pm 0,76	8,04 \pm 0,78
Креатинін, ммоль/л	0,14 \pm 0,05	0,12 \pm 0,05	0,15 \pm 0,02	0,13 \pm 0,05

Примітка. * – $p < 0,05$ – у порівнянні з показниками до лікування.

На особливу увагу заслуговувало суттєве покращення параметрів периферичної крові у пацієнтів основної групи. При дослідженні крові у динаміці лікування ми спостерігали істотне зростання рівня гемоглобіну по мірі згасання запального процесу в нирках. Рівень гемоглобіну до лікування в основній групі склав 113,8 \pm 2,98 г/л, а перед випискою – 123,8 \pm 2,57 г/л ($p < 0,05$). У пацієнтів порівняльної групи зміни вмісту гемоглобіну були невіргодними 114,5 \pm 1,89 г/л до лікування та 117,8 \pm 2,29 г/л після лікування ($p > 0,1$). Очевидно, комплексні АГТП позитивно впливали на функціональний стан ниркової проміжної тканини і зірчастих клітин, що синтезують еритропоетин.

Табл. 5

Рівень ШКФ за пробою Реберга в динаміці лікування.

Група хворих	До лікування (M \pm m)	Після лікування (M \pm m)
Основна група (n =32)	87,52 \pm 7,23	97,84 \pm 6,21*
Порівняльна група (n =30)	86,91 \pm 6,92	87,93 \pm 5,75
Контроль	110 \pm 0,01 мл/хв	

Примітка. * – $p < 0,05$ – у порівнянні з вихідними даними.

До початку терапії ШОЕ перебувала на рівні 20,78 \pm 2,76 мм/год у хворих основної групи і 20,26 \pm 2,87 мм/год у пацієнтів порівняльної групи. Після закінчення лікування ШОЕ в основній групі зменшилася до 15,95 \pm 2,12 мм/год ($p < 0,05$, порівняно з вихідними значеннями), у порівняльній групі середні значення

цього параметра склали $19,64 \pm 2,43$ мм/год ($p > 0,1$ порівняно з вихідними даними).

При ПН може спостерігатися порушення основної видільної функції нирок. З цією метою ми вивчали рівень ШКФ за пробою Реберга (табл. 5). До початку лікування ШКФ в основній групі складала $87,52 \pm 7,23$ мл/хв, у порівняльній групі – $86,91 \pm 6,92$ мл/хв, в кінці терапії – відповідно $97,84 \pm 6,21$ мл/хв ($p < 0,05$) і $87,93 \pm 5,75$ мл/хв ($p > 0,1$).

У пацієнтів основної групи поліпшення загального стану відмічалось вже починаючи з 2-3-го дня від початку комплексної терапії, причому суттєве поліпшення спостерігалось на 3-4-у добу – нормалізувалася температура тіла, зникала дизурія, зменшувалася інтенсивність або повністю зникав біль у поперековій ділянці. Аналогічні зміни спостерігали у порівняльній групі на 6-8-у добу.

У хворих обох груп визначено позитивну динаміку клінічних синдромів з боку видільної системи. Але у хворих основної групи у комплексному лікуванні АГТП регрес цих клінічних синдромів відбувався частіше.

Таким чином, позитивна дія АГТП проявлялась у прискоренні регресу клінічних синдромів: больового, дизуричного, астеновегетативного, гіпертензивного, сечового. Аналізуючи результати досліджень, можна зробити висновок, що включення до комплексного лікування хворих на ххн і-ііі стадій: ПН з ураженням гдз агтп (траумелю С, лімфоміозоту та ехінацеї композитум), дозволяє значно підвищити ефективність стандартного лікування.

Література

1. Клініко-імунологічні критерії ефективності антигомотоксичної терапії у лікуванні хворих на ХХН: пієлонефрит з ураженням гастродуоденальної зони / В. О. Мойсеєнко, А. І. Рудюк, Н. Г. Бичкова, О. М. Войцеховський // *Актуальні проблеми нефрології: зб. наук. праць.* – К.: Задруга, 2009. – Вип. 15. – С. 61–66.
2. Клінічна нефрологія: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-нефрологів і терапевтів / за ред. А. А. Пирого. – К.: Здоров'я, 2004. – 526 с.
3. Степанова Н. М. Етіозалежні особливості імунітету у хворих з хронічними інфекціями сечової системи / Н. М. Степанова, В. Є. Дріянська, Г. Г. Драннік // *Укр. журн. нефрології та діалізу.* – 2004. – № 3. – С. 21–23.
4. Рудюк А.І. Ефективність застосування комплексних антигомотоксичних препаратів Traumeel S, Echinacea compositum і Lymphomyosot для лікування хворих на хронічний пієлонефрит / А. І. Рудюк // *Військ. медицина України.* – 2005. – № 3. – С. 18–22.

Первичные и вторичные гастропатии у больных с поражением канала пищеварения и почек

В.А. Моисеенко, Т.Д. Никула, Л.И. Рудюк, А.А. Бычков

Нами было изучено динамику клинико-лабораторных показателей под влиянием сочетанной антибиотикотерапии и антигомотоксической терапии у больных ХБП I-III стадий ПН с поражением ГДЗ.

Ключевые слова: гастропатии, почки, пиелонефрит

Primary and secondary gastropathy in patients with damaged kidneys and digestive canal

V.O. Moiseenko, T.D. Nykula, L.I. Rudiuk, O.A. Bychkov

We have studied the dynamics of clinical and laboratory parameters under the influence of combined antibiotic therapy and antihomotoxic treatment in patients with kidney disease.

Key words: gastrointestinal, kidney, pyelonephritis