

Фитотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных с острым неосложненным пиелонефритом

В. В. Иванов, В. Е. Хитрихеев, М. П. Николаев, А. И. Петрунов

Использование растительного средства «Нефрофит» в комплексном лечении больных острым неосложненным пиелонефритом является эффективным, способствует более раннему купированию воспалительного процесса и исчезновению клинических проявлений заболевания.

Phytotherapy in complex treatment and rehabilitation of patients with noncomplicated acute pyelonephritis

V.V. Ivanov, V.E. Khitrikheev, M.P. Nikolaev, A.I. Petrunov

The efficiency of complex therapy and prophylactic of disease recurrences using phytomedicine "Nephrophytis" has been analyzed on patients with noncomplicated acute pyelonephritis. The using of phytomedicine considerably improves efficiency of treatment and reduces a number of infection recurrences in later period.

Острый неосложненный пиелонефрит (впервые выявленный пиелонефрит у практически здоровых людей) является самым распространенным заболеванием почек во всех возрастных группах, в основном встречается у женщин, частота развития заболевания в России по расчетным данным составляет 0,9-1,3 млн случаев ежегодно [1].

Лечение заболевания должно быть комплексным, включающим следующие обязательные аспекты: поддержание адекватного питьевого режима, антибактериальная терапия, симптоматическая терапия, профилактика рецидивов и обострений [3]. Основным методом лечения является адекватная антибактериальная терапия, считается достаточным курс лечения современными видами антибиотиков в течение 10-14 дней [5].

Для повышения эффективности лечения больных пиелонефритом традиционно используется фитотерапия. Поливалентное действие фитопрепаратов за счет содержания большого количества биологически активных веществ способствует более раннему выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания [4].

К таким фитопрепаратам относится комплексное растительное средство «Нефрофит», созданное на основе рецептов традиционной тибетской медицины. В его состав входит сумма экстрактивных веществ, полученных из ортосифона тычиночного, горца птичьего, толокнянки обыкновенной и десмодиума канадского [2].

Целью исследования было определение эффективности фитопрепарата «Нефрофит» в комплексном лечении и реабилитации

больных с острым неосложненным пиелонефритом.

В исследование было включено 56 пациенток с клиникой острого пиелонефрита средней степени тяжести, средний возраст составил 31 ± 2,6 года. Исключены из исследования пациентки с беременностью, хронической рецидивирующей инфекцией мочевых путей, непереносимостью к фторхинолонам и цефалоспорином, тяжелой сопутствующей патологией, возрастом старше 50 лет.

Больным проводили комплексное обследование, включающее выяснение жалоб, анамнеза, проведение клинико-лабораторных анализов, ультразвукового, бактериологического исследований. Проводилось сравнение микробиологических, клинических и биохимических показателей до и после лечения. Все пациентки осматривались гинекологом с целью исключения острой гинекологической патологии.

По методике лечения больные были разделены методом рандомизации на 2 группы. Первая группа (24 больных) принимала курс традиционного лечения: антибактериальная (цефалоспорины, фторхинолоны), противовоспалительная терапия в течение 14-16 дней, в дополнение к основному курсу лечения им был назначен «Нефрофит» в течение 28 дней. Затем эти пациентки получали профилактические повторные курсы фитотерапии по 28 дней с частотой 1 раз в 3 месяца в течение последующего года. Вторая группа (32 пациентки) принимала только традиционный курс лечения по поводу острого пиелонефрита в течение 14-16 дней, курсы профилактического

лечения в этой группе больных не проводились.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения оценивали на основании субъективных и объективных показателей. Субъективные показатели включали динамику течения болезни, наличие или отсутствие болевого синдрома, учащенного мочеиспускания, лихорадки. Объективные показатели - оценка клинико-лабораторных анализов крови и мочи, наличия или отсутствия бактериурии. Ближайшие результаты оценивали в процессе и по окончании курса лечения воспалительного процесса.

Критериями оценки клинической эффективности были выздоровление, улучшение или неэффективность терапии. Выздоровление - исчезновение клинических симптомов заболевания, нормализация анализов крови и мочи, отсутствие роста микробной флоры в посевах мочи. Улучшение - неполное исчезновение симптомов и признаков воспалительного процесса, отсутствие необходимости назначения дополнительной антибактериальной терапии. Неэффективность терапии - недостаточное уменьшение симптомов и признаков заболевания, необходимость назначения дополнительной антибактериальной терапии. Основным показателем считали наличие или отсутствие бактериурии.

Отдаленные результаты лечения оценивали в течение года после проведенного курса терапии методом динамического наблюдения через каждые 2-3 месяца. При каждом визите оценивали общее состояние больной, исследовали клинические анализы крови и мочи, а также посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. За рецидив инфекции принимали как развернутые клинические проявления заболевания, так и изменения в анализах мочи в виде лейкоцитурии и бактериурии.

Клиническая картина заболевания характеризовалась болями в поясничной области - у 56 (100%) пациенток, лейкоцитурией - у 56 (100%), лейкоцитозом крови - у 42 (75%) гипертермией - у 51 (91%), дизурией - у 32 (57%).

По результатам бактериологического исследования мочи, бактериурия 10^5 м/тел в 1 мл и более была выявлена у 32 (57%) пациенток. Микрофлора была чувствительна к цефалоспорином в 94% (30) случаев, к фторхинолонам - в 84% (27). Отмечается достаточно высокий уровень резистентности микрофлоры к фторхинолонам. Как отражено в таблице 1, основным возбудителем заболевания была E. coli - в 82% случаев.

Таблица 1

Возбудители заболевания, выделенные в моче больных острым неосложненным пиелонефритом
(бактериурия 10^3 м/тел в 1 мл и более), абс. (в % к всего)

Возбудители заболевания	Количество результатов исследования
E. coli	26 (82)
St. Saprophyticus	1 (3)
St. Epidermidis	1 (3)
Proteus sp.	1 (3)
Enterococcus sp.	2 (6)
Смешанный	1 (3)
Всего	32 (100)

Через 7 дней от начала лечения эрадикация возбудителей заболевания была достигнута у всех больных в обеих группах. Клинические симптомы заболевания были купированы у всех больных 1 группы, в виде болей в поясничной области и дискомфорта при мочеиспускании сохранялись у 2

больных второй группы. Изменения в анализах крови и мочи нормализовались у 20 (83%) больных первой группы, и у 23 (72%) - второй. К 14-16 дню анализы крови и мочи нормализовались у всех больных обеих групп.

В результате лечения выздоровление наступило у 24 пациенток из первой группы и у 31 (97%) пациентки - из второй. У одной пациентки из второй группы зарегистрировано улучшение - сохранялась умеренная дизурия в виде дискомфорта при мочеиспускании. Существенных различий в динамике изменений анализов крови и мочи у больных обеих групп выявлено не было. Отмечалось достоверное увеличение диуреза на 30% у пациенток первой группы, принимавшей фитопрепарат, на 14 день комплексного лечения. Увеличение диуреза у пациенток первой группы сохранялось к 28 дню приема растительного лекарственного средства.

В течение года рецидив заболевания в виде развернутой клинической картины и

(или) бактериурии у больных первой группы был выявлен один раз. У пациенток второй группы через 1-3 месяцев рецидив отмечен у 4 человек, через 3-6 месяцев - у 2, через 6-12 месяцев рецидив заболевания был выявлен у одной пациентки (табл. 2). Таким образом, у 1(4%) пациентки первой и у 7(22%) второй группы был выявлен рецидив инфекции мочевых путей в течение года. Большая часть рецидивов заболевания зарегистрирована в течение полугода после перенесенного эпизода инфекции.

Не было зарегистрировано ни одного случая непереносимости фитопрепарата или побочного эффекта от его приема.

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения и /емых групп больных, абс. (% к всего)

Результаты лечения	Первая группа больных	Вторая группа больных	Итого
Рецидив заболевания: через 1-3 месяца	!	4(13)	4(7)
Через 3-6 месяцев	1(4)	2(6)	3(5)
Через 6-12 месяцев	-	1(3)	1(2)
Всего, в течение года	1(4)	7 (22)**	8(14)
Отсутствие рецидива	23 (96)	25 (78)**	48 (86)
Всего	24(100)	32 (100)	56 (100)

Примечание: ** - $p < 0,01$ - достоверность различий результатов в сравниваемых группах.

Выводы:

1. Использование растительного средства «Нефрофит» в комплексном лечении больных острым неосложненным пиелонефритом является эффективным, способствует более раннему купированию воспалительного про-

цесса и исчезновению клинических проявлений заболевания.

2. Применение повторных курсов фитотерапии способствует уменьшению числа рецидивов инфекции мочевых путей в отдаленном периоде.

Литература

1. Лоран О.Б. Эпидемиология инфекций мочевыводящих путей / О.Б. Лоран // Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных: материалы междунар. симпозиума. -М., 1999. - С. 5-8.
2. Николаев С.М. Экспериментальная фитотерапия поврежденных почек / С.М. Николаев, Л.Н. Шантанова, А. Г. Мондодоев и соавт. - Улан-Удэ, 2003. - 184 с.
3. Сиякова Л. А. Антибактериальная терапия острого пиелонефрита / Л. А. Сиякова // Российский медицинский журнал. 2002. №11 (18). С. 1002-1005.
4. Фитотерапия с основами клинической фармакологии / под ред. В.Г. Кукеса. - М., 1999. - 192 с.
5. EUA Guidelines on Urinary and Male Genital Tract Infections - 2007. - 75 p.

1. Loran O.B. Epidemiology of Urinary Tract Infection // Urinary Tract Infections in ambulance patients - International Symposium States - Moscow, 1999. - P. 5-8.
2. Nikolaev S.M., Shantanova L.N., Mondodoev A.G. and al. Experimental Phytotherapy of Kidneys Damages - Ulan-Ude, 2003. - 184p.
3. Sinyakova L A. Antibacterial Treatment Acute Pyelonephritis - Russian Medical Journal - 2002. № 11 (18) -P. 1002-1005.
4. Phytotherapy with Clinical Pharmacology Bases // by ed. V.G. Kukes. - M., 1999. - 192 p.
5. EUA Guidelines on Urinary and Male Genital Tract Infections - 2007. - 75 p.

Иванов Виктор Викторович - кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением МУЗ ГК БСМП им. В. Ангапова, Улан-Удэ.

Т.А. Юрина, Е.В. Кислое, Г.В. Чехирова, Т.А. Асеева. Некоторые примеры идентификации сырья неорганической природы, используемого в тибетской медицине

Хитричев Владимир Евгеньевич - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, Улан-Удэ.

Николаев Михаил Павлович - врач-ординатор отделения урологии МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова. Улан-Удэ.
Петрунов Андрей Иннокентьевич - врач-ординатор хирургического отделения МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова, Улан-Удэ.

УДК 615.9

Некоторые примеры идентификации сырья неорганической природы, используемого в тибетской медицине

Т.А. Юрина, Е.В. Кислое, Г.В. Чехирова, Т.А. Асеева

При идентификации сырья неорганической природы на основании описаний и рисунков в первоисточниках можно выделить приоритетные названия (селенит, халцедон, гранат, гематит). В отдельных случаях информация первоисточников, несмотря на краткость, позволяет идентифицировать сырье, название которого ранее не было расшифровано (малахит, травертин). Тем не менее для подтверждения правомерности идентификации сырья необходимы дальнейшие экспериментальные исследования

Some samples of identification names for inorganic raw material use in the Tibetan medicine

T.A. Yurina, E.V. Kislov, G.V. Chekhirova, T.A. Aseeva

A search of original information on the use of substances of inorganic origin in the practice of Tibetan medicine has great importance. Top priority tasks in this direction are: adequate identification of certain species of raw material, scientific interpretation of their processing methods and experimental study of pharmacological activity.

По идентификации сырья неорганического происхождения, используемого в традиционной медицине, имеется лишь небольшое число работ: в 1970-е гг. опубликованы исследования «монгольской школы» Ц. Хайдава о лекарственном сырье растительного, животного и минерального происхождения, применявшемся в монгольской традиционной медицине [8, 10]. Определения ряда видов сырья минерального происхождения, применяемого в тибетской медицине, опубликованы в работах Т.Г. Бухашеевой с соавт. [2], С.А. Дудина [5] и А.А. Кособурова [7].

При расшифровке тибетских названий лекарственных минералов Т.Г. Бухашеева с соавт. [2], С.А. Дудин [5], А.А. Кособуров [7] применяли компилятивный метод. Ц. Хайдав, О. Шерхан [10] работали непосредственно с минеральным сырьем, учитывая его вкус и другие признаки, указанные в тибетских сочинениях. Для некоторых видов сырья они определили химический состав.

По имеющимся в литературе данным одному тибетскому названию нередко соответствует несколько видов сырья. Для идентификации сырья из «Шелпхренг» необходимо было сделать выбор из имеющихся расшиф-

ровок, основываясь на описаниях этого источника.

Идентификация тибетских названий лекарственного сырья неорганической природы проводилась в несколько этапов:

1. Трансляция тибетских описаний сырья неорганической природы из сочинения «Шелпхренг» и анализ иллюстраций.

2. Сбор всех вариантов расшифровок каждого тибетского названия сырья по доступным нам словарям, справочникам и научным публикациям.

3. Выбор из возможных вариантов вида сырья, соответствующего указанным в сочинении признакам.

Рассмотрим несколько наиболее спорных случаев.

1. *Spang ma* - малахит. «Это общеизвестная краска «малахитовая зелень». Малахитовая зелень и синяя краска *txiig* - оба являются примесями медного камня» («Шелпхренг») [4]. «Это камень зеленого цвета с незначительным желтым оттенком». В источнике сказано: «Малахит и азурит являются минералами, входящими в состав медной руды, но азурит синего или голубого цвета, а малахит, зеленый с оттенками» («Дзэйцхар Мигчжан») [6]. Расшифровки: «малахитовая зелень» [1,9]; азурит [6]; медный купорос [2].

При сравнении описания *spang ma*, малахита, медного купороса и азурита, очевидно,

¹ Перевод тибетских текстов из «Шелпхренг» выполнен канд. ист. наук Д.Б. Дашиевым.