284. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН-Н У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Тулеутаева Р.Е., Пак Л., Турдиева А.
Государственный медицинский университет г.Семей, г.Семей, Казахстан

Во время беременности происходит изменение функционального состояния почек: повышаются почечный кровоток и клубочковая фильтрация, увеличивается реабсорбция воды в почечных канальцах, что способствует ее накоплению в организме и снижению осмолярности плазмы. Существенно осложняют течение беременности предшествующие (фоновые) заболевания почек. Хронический пиелонефрит развивается как следствие обструктивных причин (мочекаменная болезнь, стриктура, пузырно-лоханочный рефлюкс). Реже у беременных женщин встречается хронический гломерулонефрит, обычно в форме отечно-нефротического или изолированного мочевого синдрома.

Растительный препарат «Канефрон Н» (компания «Бионорика АГ», Германия), содержащий экстракт золототысячника, любистка и розмарина. Эфирные масла, флавоноиды, горечи, фталиды и фенилкарбоновые кислоты, содержащиеся в этих растениях оказывают диуретическое, спазмолитическое, сосудорасширяющее, противовоспалительное и антибактериальное действие.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность препарата «Канефрон Н» как компонента комплексной терапии при различных заболеваниях почек

у беременных с пиелонефритом и гестозом.

Материалы и методы. Нами исследованы 44 женщины в возрасте от 19 до 43 лет. Из них 18 первородящие, у 26 повторная беременность. У 20 беременных были бессимптомная бактериурия, хронический пиелонефрит и гестозы легкой и средней степени тяжести. Препарат назначали в каплях (по 50 капель 3 раза в сутки) или драже (по 2 драже 3 раза в сутки), на фоне антибактериальной терапии. В группе с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы у 20 пациенток наблюдалась бессимптомная бактериурия (в посевах мочи Escherichia coli при КОЕ 10-4/л - 10-5/л), в остальных случаях отмечали хронический пиелонефрит, в том числе - в сочетании с мочекислым диатезом. У трети беременных наблюдался анемический синдром как вне, так и во время беременности (Hb 74-90-103-110 г/л, снижение цветного показателя), у части пациенток - разной частоты обострения пиелонефрита, данные УЗИ почек (расширение и деформация чашечно-лоханочной системы, гидронефротическая трансформация почек). Протеинурия не была постоянной и мало выраженной, в мочевом осадке - клетки почечного эпителия, единичные зернистые, гиалиновые цилиндры (не постоянно), при обострениях - лейкоцитурия. Концентрация креатинина и мочевины в сыворотке крови была нормальной. Продолжительность лечения препаратом «Канефрон Н» составляла 6-12 недель, а по показаниям - до срока родов непрерывно или с одним-двумя 2-3-х-недельными интервалами.

Результаты и их обсуждение. Через две недели от начала лечения отмечалось субъективное состояние беременных, что проявлялось улучшением диуреза, уменьшением или исчезновением болевого синдрома, достоверно исчезали признаки инфекции: прекращалась лейкоцитурия, бактериурия, нормализовалась микроскопическая картина мочевого осадка в целом, приближалась к норме или становилась нормальной проба Нечипоренко. При контрольном УЗИ исследовании у беременных уменьшились размеры расширеннных чашечек, однако при гидронефротической трансформации почек изменений после традиционного лечения с применением препарата Канефрон не отмечено. Несмотря на это, ни у одной беременной не наблюдалось обострения хронического пиелонефрита или острого пиелонефрита в процессе беременности. Достаточно быстро снижалась суточная потеря белка (протеинурия соответственно 30 - 1630 и 30 - 660 мг/сут до и через 2-3 недели лечения).

Выводы. Таким образом, суммарные эффекты «Канефрон Н» в сочетании с высокой степенью безопасности для матери и плода позволяют рекомендовать его применение у беременных с инфекциями мочевыделительной системы, хроническим гломерулонефритом, тубулоинтерстициальными и другими хроническими повреждениями почек, а также у беременных с гестозом - от его начальных до среднетяжелых форм.

285. ИЗМЕНЕНИЕ БУФЕРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Туляганова Ф.М., Хамрабаева Ф.И., Атабаева С.М., Юлдашева Г.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования – исследование газового состава крови у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 70 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия и исследования показателей кислотно-щелочного состояния крови и ПОЛ.

Результаты исследования. Исследование газового состава крови у больных ЯБ показало, что обострение данного заболевания сопровождается снижением PO_2 до 50,5±1,2 мм.рт.ст. и PCO_2 до 46,1±0,65 мм.рт.ст., увеличением SB до 25,9±0,23 ммоль/л и низким уровнем сатурации крови кислородом до 80,6±2,1% против 96,6±0,15% в группе сравнения. Увеличение PCO_2 и рост уровня HCO_3 в плазме крови способствует избытку ионов H^+, усиливает отщепление от белков ионов K^+ и приводит к частичному перемещению ее во внеклеточное пространство в обмен на ион Na^+.

Выводы. Таким образом, у больных ЯБ состояние метаболического алкалоза сочетается гипокалиемией и тканевой гипоксией за счет низкой сатурации крови кислородом, что является одной из причин накопления продуктов перекисного окисления липидов (в большей степени малонового диальдегида и в меньшей степени ацилгидроперекисей), свидетельствующих о его глубине и степени выраженности процесса.

286. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ

Туляганова Ф.М., Хамрабаева Ф.И., Кадирова С.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность эрадикационной терапии с включением рабепразола (рабемака) у больных язвенной болезнью, ассоциированной с Helicobacter pylori.

Материал и методы исследования. Было обследовано 66 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Helicobacter pylori.. Всем пациентам выполнена фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Диагностику H. pylori проводили при морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки - не менее 2 из антрального отдела желудка и не менее одного - из тела желудка. Схема лечения включала рабепразол (рабемак) по 20 мг. 2 раза в сутки, кларитромицин (флагил) по 500 мг. 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг. 2 раза в сутки. Продолжительность лечения - 14 дней. Через 14 дней оценивали клинические симптомы и переносимость терапии. После завершения эрадикационной терапии оценивали состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при ФГДС, проявление клинических симптомов и наличие H. pylori.

Результаты исследования. К концу лечения по контрольной ФГДС, рубцевание язвенного дефекта наступило у 98% пациентов. При контрольном исследовании тремя методами H. pylori не выявлен у 32