

УДК: 618.3+616.61-002.3-059

ЗАСТОСУВАННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ ТОКОФЕРОЛУ ТА ФІТОЛІЗИНУ

Левицький І.В.

Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ

Ключові слова: пієлонефрит, гестоз, плацента, α -токоферол, фітолізин

Вступ. Серед екстрагенітальної патології у вагітних захворювання нирок займає друге місце після серцево-судинної патології. За останні 10 років патологія нирок при вагітності, згідно даних МОЗ України, зросла з 1,6 до 8,2% [5]. Значна частина їх припадає на пієлонефрит, який є найбільш частим і небезпечним захворюванням нирок у вагітних і становить 6-12% всієї екстрагенітальної патології [14]. За даними Н.В. Агафонова [8], Е.К. Айламазяна [9] в акушерсько-гінекологічних стаціонарах хворі пієлонефритом

складають 33,8% загальної кількості вагітних.

Сприяючими факторами загострення хронічного пієлонефриту (ХП) у вагітних є: наявність джерела інфекції, дискінезія та обтурація сечоводів і застій сечі, зниження імунологічного захисту. Доведено, що часті загострення ХП приводять до заміщення паренхіми нирки сполучною тканиною, а при двобічному процесі до ниркової недостатності, уремії та смерті хворих [11]. Окрім того ХП несприятливо впливає на перебіг вагітності, пологів та стан плода: невиношування

вагітності (від 17,4 до 60%), ранній гестоз (33%), анемія (27,8%), гестози другої половини вагітності (від 20,3 до 50%), фетоплацентарна недостатність та утробна гіпоксія і гіпотрофія плода (30-40%), слабкість пологової діяльності (9,4%), кровотечі в третьому періоді пологів (10,5%), післяпологові гнійно-септичні ускладнення (15,5-20%) [3, 5, 7]. Найбільш грізним ускладненням є пізній поєднаний гестоз (ПГ), який займає провідне місце серед причин перинатальної захворюваності (50,7%) та смертності (67%) [1, 4, 6, 10].

Не дивлячись на значні досягнення останніх років у вивченні етіопатогенезу, вдосконалення діагностики і методів лікування ХП, значних успіхів у попередженні рецидивів даного захворювання у вагітних добитись не вдалось [2,12]. Ось чому залишається актуальним подальший пошук патогенетично обґрунтованих методів лікування ХП.

Метою нашої роботи було встановити ефективність комплексної терапії ХП у вагітних за допомогою клініко-лабораторних показників та патоморфологічних змін плаценти.

Матеріал і методи обстеження. В роботі проведено клінічні спостереження за 110 вагітними з загостренням ХП, із них у 44 був поєднаний гестоз; а також за 20 жінками із фізіологічним перебігом вагітності та пологів. Контрольну групу склали 30 вагітних із загостренням ХП, які отримали базову терапію (антибактеріальну, спазмолітики, діуретики, антианемічні середки, позиційну терапію). Основна група розділена на три підгрупи: перша складалась із 25 вагітних з ХП, які отримували окрім базисної терапії токоферол ацетат (по 100-200 мг на добу). Друга - із 25 вагітних, які окрім базисної терапії отримували фітолізинову пасту (по 1 чайній ложці 3 рази на день згідно рекомендацій виробника). Третя підгрупа містила 30 жінок, які отримували базисну терапію та токоферол і фітолізин. Вагітні із ПГ були рівномірно розподілені між групами і становили 40% кожної.

У вагітних вивчали інтенсивність процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та стан показників антиоксидантної системи (АОС) крові (концентрація малонового діальдегіду, індекс антиокислювальної активності (АОА) сироватки, активність церулоплазміну, насичення трансферину залізом, вміст сульфгідрильних груп). Ступінь ендотоксикозу визначали по вмісту середньомолекулярних пептидів (СМП) плазми крові. Після пологів досліджували плаценти породіль, що хворіли пієлонефритом та поєднаним пізнім гестозом, а також плаценти породіль з фізіологічним перебігом вагітності і пологів по стандартизованим методиці [13]. Для гістологічного дослідження використовували фарбування препаратів гематоксилін-еозином і фуксин-пікрофуксинном за Ван-Гізоном. Матеріал для електронно-мікроскопічного дослідження підгото-

влювали за загально прийнятою методикою. Дослідження здійснювали на мікроскопах УЕМВ-100В і ПЕМ-100 з прискорюючою напругою 75 кВ.

Результати обстеження. Аналізуючи результати обстеження встановлено, що у 51,9% вагітних ХП супроводжується анемією. Загроза переривання вагітності виникала у 61,5% обстежених, що вимагало додаткового лікування вагітних утеролітиками. У пологах передчасне та раннє відходження навколоплідних вод було у 19,6%, слабкість пологових сил у 16,2%, патологічна крововтрата у 10,6% випадків.

При бактеріологічному обстеженні сечі патогенну флору висіяно у 46,8% випадків.

У вагітних із загостренням ХП виявлено достовірне зростання інтенсивності процесів ПОЛ. Рівень малонового діальдегіду сироватки крові в 1,27 разів ($p < 0,02$) перевищував норму. Одночасно спостерігалась активація АОС: зростала активність церулоплазміну ($p < 0,001$), збільшувалась насиченість трансферину залізом ($p < 0,001$) при зниженні тіолових сполук крові. На фоні загострення ХП індекс АОА сироватки крові знижувався, що можна пояснити переважанням процесів ПОЛ на фоні ендогенної інтоксикації організму (рівень СМП був достовірно підвищений).

Під впливом базисної терапії у вагітних спостерігали поступове покращення загального стану, зниження ознак запального процесу в нирках на 10-12 добу, повільне зниження активності процесів ПОЛ і ендотоксикозу. Рівень малонового діальдегіду після лікування перевищував норму на 19,7% ($p < 0,05$).

Використання α -токоферолу та фітолізину у терапії вагітних з ХП сприяло швидкій позитивній динаміці клініко-лабораторних показників. Вже на 5-7 добу нормалізувалась температура тіла, зникали дизуричні явища, больовий синдром. На 5-7 добу лікування помітно зменшувалися або взагалі були відсутні протеїнурія, лейкоцитурія, еритроцитурія. Паралельно у хворих достовірно знижувалися показники активності ПОЛ, відмічалась нормалізація коефіцієнту АОА сироватки крові, активності церулоплазміну, вмісту сульфгідрильних груп, знижувалась насиченість трансферину крові залізом і концентрація СМП, що вказувало на зменшення інтоксикації організму.

При дослідженні плаценти у породіль, які хворіли пієлонефритом і отримували тільки базисну терапію, спостерігалися всі морфологічні ознаки передчасного "старіння" плаценти: виражений склероз строми ворсин, потовщення синцитіокапілярних мембран, фібриноідний некроз окремих первинних і вторинних ворсинок хоріона, облітерація або тромбоз судин певної частини ворсин хоріона, значне відкладання фібриноїду навколо них, дистрофія і десквамація епітелію ворсинок. Поряд із патогістологічними змінами спостерігаються виражені компенсаторно-адаптаційні явища: збільшення кількості

термінальних ворсинок малого калібру з гіперплазією і периферичним розташуванням у них капілярів, зменшення товщини плацентарного бар'єру за рахунок стончення синцитіотрофобласта утворення синцитіокапілярних мембран і синцитіальних вузликів. Такі компенсаторно-приспосувальні реакції найбільше виявлялися в периферичних відділах плаценти. При застосуванні комплексної терапії із включенням фітолізину та α -токоферолу дистрофічні явища у плаценті менш виражені, щодо компенсаторних ознак, то значних змін не виявлено.

Все це свідчить про затухання запального

процесу, покращення функціональної здатності нирок. Комплексна терапія сприяла стійкій ремісії ХП, що попереджувало розвиток поєданого пізнього гестозу у вагітних.

Висновки. 1. При використанні власне базисної терапії у лікуванні ХП є мало ефективним та вимагає у більшості випадків проведення повторного курсу лікування.

2. Комплексна терапія ХП із включенням α -токоферолу та фітолізину значно швидше призводить до клінічного видужання вагітних і сприяє зниженню кількості рецидивів захворювання та ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Паснок О.С. Стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи захисту у вагітних з пізніми гестозами при комплексній терапії із застосуванням антиоксидантів // ПАГ- 1997, №3.-С.60-61.
2. Пиріг Л.А., Мельман Н.Я. Пієлонефрит. Київ, Здоров'я, 1982, 184 с.
3. Тимошенко Л.В., Дацун І.Г., Пак С.Я. До питання перебігу пієлонефриту у вагітних // ПАГ - 1996, № 5-6.-С. 59-61.
4. Туманова Л.Е., Гай В.В., Данков О.В. Фактори, які сприяють виникненню акушерської та перинатальної патології у жінок з хронічним пієлонефритом // ПАГ - 1998.-№ 1.-С. 66-69.
5. Туманова Л.Е., Знаменська Т.К., Філенко Л.Л., Радиш Т.К. Хронічний пієлонефрит вагітних та його роль у виникненні гнійно-запальних захворювань у післяпологовому та неонатальному періодах // ПАГ- 1996, №1.-С.52-54.
6. Чайка В.К., Ткаченко Н.В., Акімова І.К., Трифонова О.Ф. Вплив різних методів лікування на стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи у вагітних з фетоплацентарною недостатністю при резус-ізоїмунації // ПАГ - 1997, № 2.- С. 61-62.
7. Щербаков А.Ю. Стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи захисту при невиношуванні вагітності // ПАГ - 1997, №1.-С.56-58.
8. Агафонов Н.В. Результаты бактериологического исследования при калькулезном пиелонефрите // Актуальные вопросы урологии. Днепро-петровск, 1980. С. 119-121.
9. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстренных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. Изд. НГМА, 1995. С.180-196
10. Безнощенко Г.Б. Осложнения беременности и родов при гестационном пиелонефрите // А и Г, 1983, - №6.-С. 39-41.
11. Вознаминов А.Ф., Пасечников С.П., Байло В.Д. Хронический пиелонефрит // Журнал практического врача, 1998.- №2.-С. 25-29.
12. Майданик В.Т. Возможности патогенетической терапии пиелонефрита // Лікарська справа. -1996.-№3-4.- С. 8-18.
13. Милованов А.П., Брусиловский А.И. Стандартизация методов морфометрии плаценты человека // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии – 1986.-№8.-С.-72-78.
14. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М., "Триада", 1999, - 816 с.

SUMMARY

USING TOCOPHEROL AND PHYTOLYSIN IN A COMPLEX THERAPY OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

I.V. Levytsky

Using clinicolaboratory research methods, 110 chronic pyelonephritis pregnant women were examined. The examination revealed non-satisfactory general condition of the patients, blood and urine analyses shifting, the blood antioxidant system findings decrease. Besides, inflammatory and dystrophic changes were observed in the placenta of some women. Including phytolysin and α -tocopherol into the complex treating precipitated the patients recovery, decreased the complications and recurrences level.