

## ВПЛИВ ПРОСТАТИЛЕНУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

Ковальчук І.О., Стрижак В.В., Бабич Н.А.

Ужгородський державний університет, обласна клінічна лікарня, відділення детоксикації та нефрології

У зв'язку із значною поширеністю в популяції людини (за даними епідеміологічних досліджень - друге місце після гострих респіраторних вірусних інфекцій) хронічного пієлонефриту, схильністю його до прогресування і розвитку ускладнень, зростаючою частотою латентних та рецидивуючих форм, недостатньою ефективністю лікування, частим формуванням хронічної ниркової недостатності, дана хвороба зберігає свою актуальність і на теперішній час. Значні втрати працездатності внаслідок загострень, переважаання серед хворих жінок, в основному репродуктивного віку, зумовлюють не тільки медичну, а й соціальну значимість даної нозології.

При лікуванні хворих на хронічний пієлонефрит, засоби етіотропної терапії виявляються не завжди досить ефективними. Крім того, вони здатні токсично впливати на стан інтерстицію і каналців нирок, посилюючи глибину ураження останніх (саме антибіотики, особливо пеніцилін та його напівсинтетичні аналоги, є найчастішими етіологічними чинниками тубуло-інтерстиціальних нефритів), можуть викликати важкі алергічні реакції, володіти імуносупресивними властивостями [5, 6]. В зв'язку з тим, що в патогенезі хронічного пієлонефриту чільне місце відводиться порушенням мікроциркуляції в нирках, загальним та місцевим порушенням захисних властивостей організму, в останній час відбувається активний пошук засобів патогенетичного лікування, тобто препаратів, що покращують мікроциркуляцію, володіють імуностимулюючим впливом [1, 4, 8]. Широким спектром біологічної активності володіють регуляторні пептиди, які в останній час все частіше успішно використовуються для лікування хронічного пієлонефриту [7].

Одним з таких препаратів є простатилен - комплекс пептидів передміхурової залози биків. Даний препарат призначають в основному для лікування хвороб чоловічих статевих органів [2, 3]. Препарат володіє імуномодулюючими, антикоагулянтними та антиагрегантними властивостями, а тому на сьогодні робляться спроби довести його ефективність для

патогенетичного лікування хронічного пієлонефриту [1].

Матеріали та методи. Ефективність простатилену як засобу патогенетичної терапії вивчена при лікуванні 39 хворих на хронічний пієлонефрит - 1-ша група (12 чоловіків та 27 жінок у віці від 18 до 59 років), що знаходились на лікуванні у відділенні детоксикації та нефрології ОКЛ м.Ужгород у зв'язку з загостренням хвороби. У 14 хворих цієї групи проведена впродовж 20-ти і більше днів до моменту поступлення в стаціонар антибактеріальна терапія не призвела до бажаного результату. В якості контролю служила група із 40 хворих на хронічний пієлонефрит, що лікувалися традиційно, без застосування простатилену - 2-га група. У всіх обстежених хворих діагноз виставлений на підставі відповідних клініко-параклінічних критеріїв з обов'язковими ознаками ураження паренхіми, нирок (про ураження останньої судили за зниженою концентраційною здатністю нирок, в першу чергу - зниженням відносної густини сечі в ранковій порції та за пробою Земницького). Хворим обох груп вибір антибактеріального препарату для етіологічного лікування проводили виключно за результатами бактеріологічного дослідження сечі з урахуванням чутливості збудників до антибактеріальних препаратів.

Простатилен хворим першої групи призначали по 5 мг (1 ампула) за добу протягом 5-ти днів внутрім'язево. Курсова доза складала 25 мг (згідно рекомендацій [1]).

Оцінюючи ефективність лікування брали до уваги зміни суб'єктивного самопочуття та загального стану хворих, досліджували зміни лабораторних показників у динаміці. Кров та сечу досліджували при поступленні хворих на стаціонарне лікування та перед випискою на амбулаторний етап. Підбір хворих в групах проведено таким чином, що за основними характеристиками групи виявились майже ідентичними.

Вплив простатилену на активність запального процесу в нирках оцінювали за ступенем вираженості лейкоцитурії та бактерійурії в динаміці, лейко-

цитозу в крові та вираженості нейтронільного зсуву вліво, ШЗЕ, динамікою показників протеїнограми.

Результати та їх обговорення. Так як усі відібрані нами для даного дослідження хворі поступили на стаціонарне лікування у зв'язку із загостренням хронічного пієлонефриту, у всіх 89 (100%) обстежених виявлені клінічні симптоми захворювання. Найчастіше зустрічались лихоманка від субфебрильної до фебрильної (у 74(83%)), болі в ділянці нирок (у 81(90%)), дизуричні розлади (у 68(78%)), позитивний симптом Пастернацького (у 83(93%)), слабкість, кволість (у 89(100%)), відчуття холоду в ділянці нирок (у 63(70%)) обстежених хворих.

При лабораторному дослідженні із загальної кількості обстежених хворих (89) у 43 (48,3%) виявлено легкий ступінь анемії (Нв 120г/л), у 82 (92,5%) -нейтрофільний лейкоцитоз, у 89(100%) прискорену ШЗЕ, диспротеїнемію в основному за рахунок наростання альфа-2 та гамаглобулінів виявлено у 52 (58,4%) хворих.

При дослідженні сечі у всіх 89 (100%) хворих виявлено лейкоцитурію, у 78 (87,6%) - справжно бактерійурію.

В динаміці лікування у хворих 1-1 групи вже на 3-й -4-й день відмічено суттєве покращення стану, що проявлялось у нормалізації температури тіла, зменшенні інтенсивності чи зникненні болю в ділянці нирок та дизуричних розладів. Відповідні зміни у хворих 2-ої групи спостерігались на 6-й-10-й день лікування. Покращення загального стану та самопочуття супроводжувалось зменшенням ступеню вираженості лейкоцитурії (при дослідженні сечі за пробою Нечипоренко) та бактерійурії (при дослідженні бак. числа). При дослідженні лейкоцитурії в кінці стаціонарного курсу лікування, вона виявлена у 11 (28,2%) хворих першої групи та 18-ти 2-1 (45%). При повторному бактеріологічному дослідженні сечі у хворих 1-ої групи бактерійурія виявлена у 6 (15,4%), 2-ої - у 14 (35%).

При дослідженні крові у динаміці рівень лейкоцитів знизився до меж норми у всіх 39(100%) хворих першої групи та у 32 (80%) другої.

ШЗЕ до початку лікування знаходилась в межах 25,4+- 3,6 мм/год, у хворих першої групи та 23, +- 4,3 - у хворих другої групи. До кінця курсу лікування цей показник знизився у хворих 1-ої групи до 12,2+-7 мм/год., контрольної 14,7+- 3,2 мм/год.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В.//Урология и нефрология.-1997.-№ 4.-С.6-8.
2. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И., Бойко Н.И. и др.// там же.- 1991.- № 6.- С.43-46.
3. Горпинченко И.И., Яковлев Г.М., Бойко Н.И., Хавинсон В.Х.// Врачебное Дело.-1991.- № 2.- С 48-51.
4. Дебенко М.В., Нейко Е.М., Савич Н.Б., Нейко Н.В.// Нирки та інфекція: Матеріали науково-практичної конференції Івано-Франківськ, 1997.- С.35.
5. Пытель Ю.А., Золотарев И.И.// Урология и нефрология.-1994.- №1.-С 20-22.
6. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов.- Л.: Медицина, 1984.-290 с.
7. Качук В.Н., Аркадьєва Г.Е., Харфуш А. и др. // Урология и нефрология.-1987.-№ 1.-С.8-11.
8. Швед М.І., Мартинюк Л.П.// Нирки та інфекція: Матеріали науково-практичної конференції.- Івано-Франківськ, 1997.- С.65.

Аналіз впливу лікування з використанням простатилу на зміни стану зсідання крові та імунний статус не проводили, так як такого роду дослідження вдалося провести не всім у обстежених хворих, однак у досліджених хворих відповідні тенденції позитивного впливу препарату відмічені, що знаходиться у відповідності з літературними даними [1].

Для прикладу приводимо коротку виписку із історії хвороби. Хвора С., 19 років. Поступила на стаціонарне лікування із скаргами на головний біль, нудоту, виражені болі в ділянці нирок, більше справа, підвищення температури тіла до 38,7°C, кволість, спрагу. Із анамнезу відомо, що пієлонефритом хворіє близько року. Неодноразово лікувалась, здебільшого амбулаторно, приймала протимікробні препарати. За поточний рік хвороби даний рецидив 6-й. Об'єктивно: блідість та підвищена вологість шкіри, температура тіла 38,8°C, АТ 90/60 мм рт.ст. Симптом Пастернацького різкопозитивний справа, позитивний зліва. В аналізах: Нв-97 г/л; Ер.-3,04 Т/л; L-11,6 г/л; соз.-4; п/я-14; с/я-38; М-10; лімф.-34%; ШЗЕ - 22 мм/год.; глобуліни - 10,8; гамаглобуліни - 29,4%; ЦУК- 36 од. Сеча: ВГ 1012, білок - 0,07 г/л; цукор - 0; L густо покривають все п/зору; при дослідженні за пр. Нечипоренко L -387.000. Із сечі висіяно кишкову паличку  $1.10^7$ /мл. Призначено невіграмон, фурадонін, трентал, простатил, відвари сечогінних трав. На 3-й день лікування пройшли болі в ділянці нирок, на 4-й - нормалізувалась температура тіла. Перед випискою із стаціонару на 18-й день в крові: Ер.-3,56 Т/л; Нв-118 г/л; L -7,2 Г/л; ШЗЕ-12 мм/год. При дослідженні сечі: 1,750 за пробою Нечипоренко; посів стерильно.

Проведене дослідження свідчить про позитивний вплив простатилу, на ефективність лікування хронічного пієлонефриту через зменшення активності запального процесу в нирках. Препарат сприяє усуненню чи зниженню ступеня вираженості основних клінічних та лабораторних проявів захворювання. Якихось побічних дій від застосування простатилу у пролікованих нами хворих не спостерігалось.

Таким чином, використання простатилу в комплексній терапії хронічного пієлонефриту може бути рекомендовано для широкого використання в лікуванні даної патології.

## РЕЗЮМЕ

**Влияние простатилена на эффективность лечения хронического пиелонефрита*****Ковальчук И.А., Стрижак В.В., Бабич Н.А.***

В работе показано положительное влияние регуляторного пептида простатилена на повышение эффективности лечения больных хроническим пиелонефритом на примере использования препарата в комплексной терапии 39 больных, которые были на стационарном лечении в отделении детоксикации и нефрологии областной клинической больницы.

## SUMMARY

**The effect of prostatilen on the efficiency of treatment of chronic pielonephritis*****I.O.Kovalchuk, V.V.Stryzhak, N.A.Babich***

In the article positive effect of regulatory peptide of prostatilen on the increase of the efficiency of treatment of patients with chronic pielonephritis on the example of the use of the preparation in a complex therapy of 39 patients is shown, which has been treated in regional hospital in the department of detoxication and nephrology.