

blood and urine by standard techniques. With the simultaneous study of CRP in the blood and urine of patients with chronic pyelonephritis detected high levels of this biomarker in the urine, which is several times higher than its indicators levels in blood. When studying the levels of proinflammatory cytokines, which are the main inducers excretion of CRP, we found that the increase in their concentration in urine was more pronounced than in the blood, which confirms the opinion that CRP can be synthesized in inflammation focus by lymphocytes, macrophages and endothelial. Studying the levels of cytokines and C-reactive protein in the urine can be used to assess the severity of inflammatory changes in the kidney and to monitor the effectiveness of anti-inflammatory therapy.

Key words: pyelonephritis, C-reactive protein, interleukin-6, tumors necrosis factor-alpha, diagnosis.

УДК 616.342-002.44-06-085+616.61-002.3-06

Надійшла 17.12.2012

Т. Д. НИКУЛА, В. В. ФУРЛЕТА

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ХРОНІЧНИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини 2 (зав. – проф. Т. Д. Никула)
Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця <kagi11@bigmir.net>

У статті об'єктивно підтверджена ефективність лікування хворих на виразкову хворобу та хронічний піелонефрит, досягнуту завдяки удосконаленню схем. Виявлену меншу різницю в ступені ризику при лікуванні таких хворих за стандартними та удосконаленими схемами у випадку ускладнення основного захворювання хронічним запальним процесом можна пояснити більшою досконалістю та адаптованістю таких схем для даної категорії хворих.

Ключові слова: виразкова хвороба, хронічний піелонефрит, удосконалені схеми, відносний ризик, прогностичні карти.

Дослідження присвячене удосконаленню методів лікування хворих на виразкову хворобу (ВХ), поєднану з хронічним піелонефритом (ХП). Передумовою стали результати ефективності загальноприйнятих в клінічній практиці стандартних схем лікування зазначеної патології [1, 2, 6].

Згідно з Маастрихтським консенсусом (III – 2005 р.), лікування ВХ, асоційованої з *Helicobacter (H.) pylori*, передбачало застосування на фоні противиразкової дієти № 1 антигелікобактерної терапії (АГТ), яка включала рабепразол 20 мг, амоксицилін 100 мг, кларитроміцин 500 мг по 3 таблетки 2 рази на добу після їди, курс лікування 14 днів.

До лікування хворих на ВХ, поєднану з ХП, при дотриманні зазначеної вище базисної терапії додатково включали фітопрепарат по 50 крапель 3 рази на день протягом 14 днів.

Мета дослідження – удосконалення лікування хворих на ВХ, поєднану з ХП.

Матеріали і методи. Основою дослідження став порівняльний аналіз даних до та після лікування хворих. Виділено такі групи: основну клінічну, в якій проводили лікування за стандартними схемами; до неї увійшли підгрупа 1 (114 хворих на ВХ, поєднану з ХП) та підгрупа 2 (140 хворих на ВХ). Також для оцінки ефективності лікування виділено клінічну групу порівняння, в якій проводили лікування за удосконаленими схемами, що включала підгрупу 3 (45 хворих на ВХ, поєднану з ХП) та підгрупу 4 (55 хворих на ВХ).

Були сформовані прогностичні карти (за результатами анкетування) та виділено три групи ризику щодо сприятливого чи несприятливого перебігу захворювання серед обох виділених згідно з гіпотезою груп хворих. Відповідно до них з дотриманням методології процедури розподілу всі випадки було розподілено на

групи. На наступному етапі вважали за доцільне проведення такої роботи після лікування, щоб за динамікою переходу хворих з групи в групу оцінити його результати. Крім того, така робота давала можливість переконатись в ефективності запропонованого підходу до вирішення актуальних питань, в тому числі з об'єктивізації якісних показників, що відповідає сучасним вимогам. Нижче послідовно наводимо конкретні дані про динаміку ступеня ризику у хворих за групами ризику, що дозволяє з позиції доказовості охарактеризувати отриманий лікувальний ефект. В табл. 1 наведено відповідну інформацію про хворих, у яких діагностовано ВХ, поєднану з ХП.

До початку лікування до I групи ввійшло (65,0 ± 4,4) % хворих, практично вдвічі менше їх було в II групі і до III групи ввійшло 2 (1,7 % ± 1,2 %) хворих. Серед усіх 114 хворих у 13 (11,4 %) передбачався несприятливий прогноз. Значна кількість госпіталізованих з I ступенем ризику також виправдана. Слід враховувати поєднану патологію та частоту тих, у кого діагноз потребував уточнення, а лікування – конкретності. Після лікування зменшилась кількість хворих в II групі – від (83,3 ± 4,4) % до (23,7 ± 3,9) % відповідно, проте недостовірним збільшенням кількості в I групі. Водночас збільшилась кількість хворих в III групі – до 4,3 % проти 1,7 %, але зменшилась, у кого за прогнозом передбачався несприятливий перебіг (від 11,4 до 9,6 %).

Після лікування 72 % хворих потребували подальшого диспансерного спостереження, 23,7 % – продовження лікування амбулаторно, 4,3 % – консультативної спеціалізованої допомоги, відпустки за станом здоров'я.

Таблиця 1. Результати лікування за динамікою ступеня ризику несприятливого перебігу у хворих на виразкову хворобу, поєднану з хронічним пієлонефритом (n = 114)

Група	Сума балів	Кількість хворих			Перебіг хвороби			
					сприятливий		несприятливий	
		n	p	± tp	n	p	n	p
<i>До лікування</i>								
I	< 0	74	65	4,4	74	100	–	–
II	0 – (+20)	38	33,3	4,4	27	71	11	29
III	> +20,1	2	1,7	1,2	–	–	2	100
<i>Після лікування</i>								
I	< 0	82	72	4,2	82	100	–	–
II	0 – (+20)	27	23,7*	3,9	21	77,8	6	22,2
III	> +20,1	5	4,3	1,8	–	–	5	100

* Різниця достовірна (P < 0,05).

Подібний аналіз проведено у хворих на ВХ (табл. 2). При госпіталізації більшість пацієнтів увійшло до II групи ризику несприятливого перебігу – (53,6 ± 4,2) % проти (45,0 ± 4,2) % в I групі, лише у 2 (1,4 %) хворих був III ступінь ризику. Результати аналізу підтверджують позитивний ефект застосовуваних лікувальних схем (див. табл. 1). Комплексна оцінка стану хворих дозволила переважну більшість з них віднести до I групи, достовірно зменшилась кількість осіб II групи – від (53,6 ± 4,2) % до (27,9 ± 3,8) % (P < 0,05), в III залишилось 2 (1,4 %) хворих. Якщо розглядати окремо динаміку хворих з несприятливим прогнозом, то відмічено чітку тенденцію до їх зменшення: від 14 (10 ± 2) % до 11 (7,8 ± 2,2) % (P > 0,05). Разом з тим за сумарною оцінкою після лікування в стаціонарі залишилось 30 (21,4 %) хворих, які потребували продовження лікування в умовах санаторію, поліклініки, а 11 (7,8 %) – консультативної спеціалізованої допомоги та відпустки за станом здоров'я.

Наведені дані дозволяють дійти об'єктивного загального висновку, що при позитивних результатах лікування за прийнятими стандартними схемами у більшості хворих з даною патологією виникла необхідність їх удосконалення.

Таблиця 2. Результати лікування за динамікою ступеня ризику несприятливого перебігу хворих на виразкову хворобу ($n = 140$)

Група	Сума балів	Кількість хворих			Перебіг хвороби			
					сприятли-вий		несприятливий	
		<i>n</i>	<i>p</i>	$\pm tr$	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
<i>До лікування</i>								
I	< -5	63	45*	4,2	63	100	–	–
II	(-5) – (+25)	75	53,6*	4,2	63	84	12	16
III	>+25	2	1,4	0,9	–	–	2	100
<i>Після лікування</i>								
I	< -5	99	70,7*	3,8	99	100	–	–
II	(-5) – (+25)	39	27,9*	3,8	30	77	9	23
III	> +25	2	1,4	0,9	–	–	2	100

* Різниця достовірна ($P < 0,05$).

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження виникла необхідність у розширенні схем за рахунок включення лікарських засобів, що мають спазмолітичні, протизапальні, імуномодулюючі, репаративні і антисептичні властивості. Мова йде про антигомотоксичні препарати (АГТП) – екологічно безпечні і дозволяють індивідуалізувати терапію даних захворювань залежно від особливостей пацієнта, його психічного та фізичного стану, вони мають адекватну біодоступність та тривалість дії, низький ризик розвитку побічних ефектів. Представником цієї групи є препарат траумель С та солідаго-композитум [3, 5].

Обґрунтований розподіл на три групи за тяжкістю перебігу, результати лікування дозволили диференціювати та індивідуалізувати підхід до тактики запропонованих схем.

Отже, лікування хворих на ВХ, поєднану з ХП, відповідно до кожної групи в розроблених прогностичних таблицях ідентичне: рабепразол 20 мг, амоксицилін 1000 мг, кларитроміцин 500 мг по 3 таблетки 2 рази на добу після їди, 14 днів; крім того, Канефрон® Н по 50 крапель 3 рази на день, 14 днів; траумель С по одній ін'єкції внутрішньом'язово (2,2 мл) через день, курс 14 ін'єкцій; солідаго-композитум по одній ін'єкції внутрішньом'язово (2,2 мл) через день, курс 10 ін'єкцій; дієта № 1.

Лікування хворих на ВХ: рабепразол 20 мг, амоксицилін 1000 мг, кларитроміцин 500 мг по 3 таблетки 2 рази на добу після їди, 14 днів; траумель С по одній ін'єкції внутрішньом'язово (2,2 мл) через день, курс 14 ін'єкцій; дієта № 1.

За даними схемами проліковано 95 хворих, які ввійшли до клінічної групи порівняння (підгрупа 3 – 40 хворих на ВХ, поєднану з ХП; підгрупа 4 – 55 осіб, у яких виявлено тільки ВХ).

Подібно до основної клінічної групи результати лікування також оцінювали комплексно. Отримані дані для повної об'єктивності підтверджували результатами порівняльного аналізу обстеження (клінічного, лабораторного, інструментального) до та після лікування.

Загальну оцінку ефективності лікування хворих на ВХ, поєднану з ХП, та на ВХ наведено в табл. 3, 4. Як видно з таблиць, в усіх хворих отримано позитивний ефект. Крім того, після поглибленого вивчення динамічного ряду величин сумарного коефіцієнта хворих I групи розподілу виявлено, що у 43 (93,5 %) з 46 хворих на ВХ та у 30 (91 %) з 33 хворих на ВХ, поєднану з ХП, показник становив менше –15 балів [4]. Це свідчить, що дані пацієнти можуть виконувати професійні обов'язки, перебуваючи під диспансерним спостереженням до тих пір, поки протягом трьох наступних оглядів динаміка сумарного коефіцієнта буде сталою або не збільшиться. Водночас решта хворих (12–22 %; 10–25 %) відповідно повинні отримувати лікування в амбулаторних умовах. Керуючись принципами доказової медицини, ми розраховували відношення шансів або відносний ризик розвитку негативних результатів серед хворих, яких лікували за стандартними та удосконаленими схемами.

Таблиця 3. Динаміка розподілу хворих на виразкову хворобу, поєднану з хронічним пієлонефритом, за групами тяжкості (підгрупа 3, n = 40)

Група	Сума балів	Кількість хворих			Перебіг хвороби			
					сприятливий		несприятливий	
		n	p	± mр	n	p	n	p
<i>До лікування</i>								
I	< 0	22	55*	7,8	21	95,5	1	4,5
II	0 – (+20)	16	40*	7,7	11	68,8	5	31,2
III	> +20,1	2	5	3,4	–	–	2	100
<i>Після лікування</i>								
I	< 0	33	82,5*	6	33	100	–	–
II	0 – (+20)	7	17,5*	6	7	100	–	–
III	> +20,1	–	–	–	–	–	–	–

*P < 0,05.

Таблиця 4. Динаміка розподілу хворих на виразкову хворобу за групами тяжкості (підгрупа 4, n = 55)

Група	Сума балів	Кількість хворих			Перебіг хвороби			
					сприятливий		несприятливий	
		n	p	± mр	n	p	n	p
<i>До лікування</i>								
I	< – 5	30	54,5*	6,7	29	36,7	1	3,3
II	< –5,1 (+25)	23	41,8*	6,6	17	74	6	26
III	> +25,1	2	3,6	2,5	–	–	2	100
<i>Після лікування</i>								
I	< –5	46	83,6*	5,	46	100	–	–
II	< –5,1 (+25)	9	16,4*	5	9	100	–	–
III	> +25,1	–	–	–	–	–	–	–

*P < 0,05.

Наводимо розрахунки за відомою формулою, вихідними даними якої є величини табл. 2, 4:

$$OR = \frac{129:(129+11)}{11(129+11)} = 11,5:1 = 11,5.$$

Це свідчить, що несприятливий перебіг в 11,5 раза частіший у хворих, яких не лікували за даними схемами. Слід зазначити, що чим більша величина відношення шансів від одиниці, тим сильніший взаємозв'язок між лікувальним впливом та захворюванням.

Результати процедури для хворих на ВХ, поєднану з ХП, також підтвердили подібний взаємозв'язок. Вихідними даними для наведених нижче розрахунків була інформація табл. 1, 3:

$$OR = \frac{103:(103+11)}{11(103+11)} = \frac{40}{40} = 0,9 : 1 = 9.$$

Отриманий показник свідчить, що несприятливий перебіг захворювання в 9 разів частіше проявляється при лікуванні за неудоконаленими схемами.

Для підтвердження вищенаведених даних результати використовували для безпосереднього клініко-лабораторного та інструментального дослідження. Із 95 хворих клінічної групи порівняння у 73 (77 %) після комплексної оцінки, згідно з прогностичними картами, величини сумарного коефіцієнта були на 20 % менши-

ми, ніж визначена межа для I групи розподілу. Поглиблене, ретельне вивчення результатів обстеження передбаченою програмою дослідження підтвердило їх нормалізацію у хворих. Тобто 30 з 40 (75,0 % \pm 6,8 %) хворих на ВХ, поєднану з ХП, та 43 з 55 (78,2 % \pm 5,6 %) хворих на ВХ ($P > 0,05$) були практично здоровими. У подальшому вони потребували диспансерного спостереження з рекомендацією комплексного обстеження 2 рази на рік впродовж 2 років та щорічного протягом наступних трьох років. За умов стабілізації стану (об'єктивним підтвердженням слід вважати сумарний коефіцієнт) через 5 років необхідно вирішувати питання про зняття з диспансерного обліку. Для отримання логічного висновку про позитивні результати лікування проаналізуємо дані скарг, лабораторного та інструментального обстеження. Серед хворих на ВХ, поєднану з ХП, було 10 осіб, з них 3 віднесено до I і 7 до II груп розподілу (30 та 70 % відповідно). До цієї категорії увійшло 12 хворих на ВХ, з яких після лікування за запропонованими схемами 3 віднесено до I групи розподілу та 9 – до II (відповідно 25 і 75 %).

При вивченні скарг у 14 % пацієнтів (3 з 22) виявлено нудоту, дискомфорт в надочеревинній ділянці, пригнічений настрій та почуття стурбованості.

Результати загального аналізу крові та сечі були в межах норми. У половини хворих зберігалась помірна гіперацидність за даними внутрішньошлункової рН-метрії.

Суттєві позитивні зміни в імунному статусі спостерігали у всіх хворих, які проявлялись у зменшенні вмісту Т-супресорів, збільшенні імунорегуляторного індексу (Тх/Тс) до норми. Разом з тим мало місце підвищення у крові вмісту протизапальних цитокінів, але зміни недостовірні. Останнє свідчить про збереження залишкових запальних процесів, особливо при поєднанні ВХ і ХП, що необхідно враховувати при подальшій тактиці ведення таких хворих. Наведемо конкретні дані показників протизапальних цитокінів ІЛ-4 до лікування: $450,5 \pm 46,1$ та $430 \pm 48,1$ відповідно у хворих тільки на ВХ та на ВХ, поєднану з ХП, після лікування – $439,2 \pm 46,3$ та $422,2 \pm 48,1$ відповідно ($P \geq 0,05$).

Слід зазначити суттєве зниження активності ПОЛ, проте зміни були недостовірні. Активність антиоксидантної системи нормалізувалась у хворих на ВХ, але не досягла цього рівня у хворих на ВХ, поєднану з ХП. Дані у хворих на ВХ, поєднану з ХП: ДК – 4,4 нмоль/л, МДА – 3,6 нмоль/л, СОД – 1,1 моль год/л, каталаза – 31,8 мг H_2O_2 /л; у хворих на ВХ: ДК – 3,5 нмоль/л, МДА – 4 нмоль/л, СОД – 1 моль год/л, каталаза – 28,6 мг H_2O_2 /л.

Результати ендоскопії верхніх відділів травного каналу є об'єктивним підтвердженням ефективності лікування за запропонованими схемами. У 4 із 22 (18,2 %) хворих була гіперемія ЦДПК, у 1 – гастроезофагальний і у 1 – дуоденогастральний рефлюкс; тільки у 2 пацієнтів при ФЕГДС виявлено виразковий дефект < 5 мм. Незначна рубцева деформація спостерігалась у 16 (72,7 %) з 22 хворих.

Вважаємо, що хворі, які залишились в I та II групах розподілу, потребують лікувально-профілактичної тактики з акцентом на соціальні аспекти. Доцільним є активне спостереження за ними щоквартально впродовж першого року із сезонним лікуванням та визначенням після нього сумарного коефіцієнта, зміни якого будуть об'єктивним критерієм моніторингу стану здоров'я. Хворі потребують санаторно-курортного лікування протягом 2 років, у разі потреби – консультативної допомоги. При позитивній динаміці хворий перебуває на диспансерному обліку до 5 років, після чого вирішується питання про зняття його з обліку. У разі негативної динаміки виникає необхідність звільнення військовослужбовця в запас.

Висновки. Таким чином, можна дійти об'єктивно підтверджених висновків про ефективність лікування, досягнуту завдяки удосконаленню схем. Виявлену меншу різницю в ступені ризику при лікуванні ВХ, поєднаної з ХП, за стандартними та удосконаленими схемами, у випадку ускладнення основного захворювання хронічним запальним процесом можна пояснити більшою досконалістю та адаптованістю даних схем для цієї категорії хворих.

Список літератури

1. Барчук М. А. Порівняльна ефективність різних схем протигелікобактерної терапії у хворих на виразкову хворобу // Збірник наукових праць співробітників КМАПО. – К., 2001. – Вип. 10, кн. 3. – С. 853–857.
2. Бондаренко Т. В. Оптимізація лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки // Гастроентерологія. – Дніпропетровськ, 2004. – Вип. 35. – С. 425–432.
3. Бурков Г. Современные подходы к терапии кислотозависимых заболеваний // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 6. – 1–4.
4. Колесник Н. А., Непомнящий В. Н., Самусев Е. С. Теория и практика доказательной медицины. – К., 2006. – С. 200.
5. Мойсеєнко В. О. Антигомотоксична терапія: перспективи застосування в клінічній нефрології // X конгр. СФУФЛТ: Тези доп. – Чернівці; Київ; Чикаго, 2004. – С. 309–310.
6. Hopkins R. J., Ling T. K. W., Chung S. C. S. Duodenal ulcer healing by eradication of *Helicobacter pylori* without anti-acid treatment: randomised controlled trial // Lancet. – 2004. – Vol. 343. – P. 508–510.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
СОЧЕТАЮЩУЮСЯ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Т. Д. Никула, В. В. Фурлета (Київ)

В статье объективно подтверждены выводы об эффективности лечения больных язвенной болезнью и хроническим пиелонефритом, достигнутой благодаря совершенствованию схем лечения. Обнаруженную меньшую разницу в степени риска при лечении таких больных по стандартным и усовершенствованным схемам в случае осложнения основного заболевания хроническим воспалительным процессом можно объяснить большим совершенством и адаптированностью данных схем для этой категории больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический пиелонефрит, усовершенствованные схемы, относительный риск, прогностические карты.

RATIONALE FOR IMPROVEMENT NEEDS TREATMENT ULCER,
INCLUDING COMBINED WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Т. D. Nykula, V. V. Furleta (Kyiv, Ukraine)

National Medical University A. A. Bogomolets

In summary, to come to objective conclusions as proven treatment that achieved by improvement schemes. Detected somewhat smaller difference in the degree of risk in the treatment of existing and improved schemes ulcer and neasotsiyovanoyi it when the underlying disease complicated by chronic inflammation, in our opinion, due to greater perfection, adapted first for this category of patients, among other options.

Key words: ulcer, chronic pyelonephritis, advanced circuits, relative risk, predictive maps.

УДК 616.831–005–008.64–08

Надійшла 12.12.2012

О. М. КОЗАР-ГУРИНА

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ
І РЕФЛЕКТОРНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ЦЕРВІКОГЕННІЙ ВЕРТЕБРО-
БАЗИЛЯРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Кафедра невропатології та нейрохірургії (зав. – проф. А. В. Паєнок) Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького <kozar.gurina@gmail.com>

У 100 хворих з цервікогенною вертебробазиллярною недостатністю (ВБН) мозкового кровообігу проводили клініко-неврологічне обстеження та транскраніальну доплерографію судин вертебробазиллярного басейну. Виявлені закономірності, що вказують на