7. Мухарлямов Н. М., Беленков Ю. Н., Атьков О. Ю., Насрулаева М. М., Крол В. А. Кардиол., 1975, 6, с. 15.
8. Мухарлямов Н. М., Беленков Ю. Н. Ультразвуковая диагностика в кардиологии. М., 1981.
9. Середа Г. Е. Педиатрия, 1976, 2, с. 10.
10. Koyanagi S., Tsuyshi A., Koitaya Y. et al. Jap. Heart J., 1980, 21, 17.

УДК 616.61—002.3—036.12 : 615.32

О. Л. ТИКТИНСКИЙ, И. Г. АГАДЖАНЯН, Ю. А. БАБЛУМЯН

К ФИТОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Проведен курс фитотерапии отваром толокнянки и брусничного листа у больных хроническим пиелонефритом, осложнившим течение мочекаменной болезни. Выявлено общее противовоспалительное, ощелачивающее и диуретическое действие этих препаратов, а также различия в их воздействии на гомеостаз. Полученные результаты необходимо учитывать при составлении схем противорецидивной терапии хронического пиелонефрита при мочекаменной болезни.

В настоящей работе проведено исследование ближайших и отдаленных результатов 12-недельного курса фитотерапии отваром брусничного листа и толокнянки у 116 больных хроническим пиелонефритом, осложнившим течение мочекаменной болезни. Динамика клинического течения заболевания, активность воспалительного процесса в почках, функция почек, рН мочи, плазменное содержание, клиренс и экскреция кальция, неорганического фосфора и мочевой кислоты изучены у двух групп больных, идентичных по активности воспалительного процесса, условиям уродинамики, функции почек и характеру метаболических расстройств.

Клинический эффект применения толокнянки (1 группа, 60 чел.) и брусники (11 группа, 56 чел.) проявился через 4 недели. Через 12 недель стало ощутимым различие в эффективности действия препаратов. Результаты лечения показали, что эффект от применения отвара толокнянки значительно выше, чем от брусничного листа. Отвар брусничного листа малоэффективен при дизурии и диспепсии и, как правило, не приводит к стойким результатам. Через 6 месяцев после лечения толокнянкой клиническая симптоматика претерпевает положительную динамику, чего не наблюдается при лечении брусничным листом.

Известно, что у 25—30% больных с хроническим пиелонефритом имеется гипертензия [1, 2, 4]. Г. М. Маждраков [3] связывает частоту гипертензии с давностью заболевания. Среди наших больных систолическое артериальное давление было повышено у 41,3% больных в активной и у 37,9% — в латентной фазе пиелонефрита. После лечения систолическое давление снизилось в активной фазе у 62,5, в латентной — у 95% больных. Диастолическое давление в активной фазе воспалительного процесса в почках было повышено у 32,7, в латентной — у 27,6% больных. После лечения оно снизилось у 68,4 и 68,7% больных соответственно.

Через 12 недель после лечения активная фаза сохранилась у 18 из 28 больных, получивших отвар брусничного листа, у 16 активная фаза

перешла в латентную, у 4— в фазу ремиссии. При латентной фазе в указанные сроки ремиссия наступила у 10 пациентов. Из 30 больных, принимавших отвар листьев толокнянки, активная фаза сохранилась у 22, переход активной фазы в латентную—у 6, в фазу ремиссии—у 2. При латентной фазе ремиссия наступила у 12 из 30 больных.

Таким образом, результаты лечения выявили несколько больший противовоспалительный эффект отвара брусничного листа в активной фазе и незначительное преимущество отвара толокнянки в латентной фазе (73 и 64%). Ремиссия непосредственно после лечения толокнянкой наступила у 23, через 6 месяцев—у 40, через год—у 34%, а после лечения брусничным листом—у 25, 36 и 29% соответственно, т. е. у каждого четвертого больного. Существенной разницы при применении препаратов не было выявлено. В отдаленные сроки противовоспалительный эффект фитотерапии проявлялся более четко—ремиссия через 6 месяцев наступила у 40 и 29% пациентов.

Снижение объема гломерулярной фильтрации (ГФ) отмечено у 108 больных, из коих у 62—в активной и у 54—в латентной фазе заболевания.

Объем ГФ ощутимо возрос лишь к концу лечения, в основном у больных в латентной фазе (табл. 1).

Таблица 1
Изменение объема ГФ у больных хроническим пиелонефритом под влиянием лечения отварами толокнянки и брусники

Препарат	Фаза активности воспалительного процесса	Объем ГФ в мл/мин				
		до лечения		после 12-недельного курса лечения		
		N	M±m	N	M±m	P
Толокнянка	активная	30	65,6±0,95	30	73,2±3,35	>0,25
	латентная	30	67,2±1,0	30	87,4±3,38	<0,001
Брусника	активная	28	64,9±1,34	28	77,7±3,19	<0,05
	латентная	28	67,7±1,02	28	90,3±2,5	<0,001

Увеличение объема ГФ при применении отвара брусники свидетельствует о его более сильном диуретическом действии. Лечение больных в активной фазе, имеющих уровень ГФ ниже 80 мл/мин, отваром толокнянки привело к снижению их числа с 16 до 1. Через 6 месяцев число больных вновь возросло до 9 и через год достигло 10. При латентной фазе объем ГФ непосредственно после лечения достиг нормы у 6 из 20 больных. Через 6 месяцев низкий объем ГФ сохранился лишь у 3, через 1 год—у 4 больных. При лечении отваром брусничного листа в динамике ГФ существенных сдвигов не отмечалось.

Аналогичную динамику претерпевали показатели осмолярности мочи. В активной фазе отвар брусничного листа способствовал более стойкому повышению концентрационной способности почек.

Изменение диуреза под влиянием лечения отварами брусники и толокнянки изучалось параллельно с определением рН утренней мочи (табл. 2). Увеличение диуреза наблюдалось уже через 2 недели после начала фитотерапии, причем больший диуретический эффект отмечен от

Таблица 2

Изменение суточного диуреза и рН мочи больных хроническим пиелонефритом под влиянием отваров листьев брусники и толокнянки

Препарат	Время исследования	Число больных	Активная фаза (диурез)		Число больных	Латентная фаза (диурез)		Активная фаза (рН мочи)		Латентная фаза (рН мочи)	
			$M \pm m$	P		$M \pm m$	P	$M \pm m$	P	$M \pm m$	P
Толокнянка	до лечения	30	$1276,2 \pm 139,7$	—	30	$1216,2 \pm 54,0$	—	$6,04 \pm 0,23$	—	$6,08 \pm 0,19$	—
	через 2 недели	30	$1320,6 \pm 143,1$	$<0,05$	30	$1351,0 \pm 100,4$	$<0,05$	$6,05 \pm 0,16$	$>0,1$	$6,12 \pm 0,18$	$>0,1$
	через 4 недели	30	$1352,0 \pm 130,1$	$<0,02$	30	$1390,0 \pm 105,9$	$<0,01$	$6,14 \pm 0,17$	$>0,1$	$6,16 \pm 0,19$	$>0,1$
	через 12 недель	30	$1386,9 \pm 107,1$	$<0,001$	30	$1423,8 \pm 101,2$	$<0,001$	$6,2 \pm 0,18$	$<0,01$	$6,20 \pm 0,19$	$<0,05$
Брусника	до лечения	28	$1131,1 \pm 135,5$	—	28	$1217,8 \pm 104,8$	—	$5,92 \pm 0,20$	—	$5,85 \pm 0,19$	—
	через 2 недели	28	$1216,5 \pm 145,9$	$<0,05$	28	$1311,4 \pm 103,3$	$<0,01$	$6,02 \pm 0,23$	$>0,1$	$5,95 \pm 0,21$	$<0,05$
	через 4 недели	28	$1306,8 \pm 192,7$	$<0,002$	28	$1406,6 \pm 102,2$	$<0,001$	$6,13 \pm 0,23$	$<0,02$	$6,20 \pm 0,14$	$<0,001$
	через 12 недель	28	$1409,2 \pm 175,2$	$<0,001$	28	$1459,3 \pm 105,4$	$<0,001$	$6,27 \pm 0,23$	$<0,001$	$6,31 \pm 0,12$	$<0,001$

приема брусничного листа. В активной фазе 2-недельный курс фитотерапии не приводил к изменению рН мочи. Через 4 недели ощелачивание мочи под влиянием отвара брусники отмечено как в активной, так и латентной фазе. Под действием отвара толокнянки ощелачивание мочи наблюдалось лишь к концу курса фитотерапии.

Лечение отваром брусники не приводило к статистически значимому изменению уровня кальциемии, клиренса и экскреции кальция с мочой. Лишь у больных в латентной фазе заболевания с несколько сниженным уровнем кальциемии ($2,22 \pm 0,11$ ммоль/л) к исходу 4-й недели лечения плазменная концентрация кальция нормализовалась ($2,31 \pm 0,16$ ммоль/л). Лечение отваром толокнянки привело к повышению уровня кальциемии от $2,24 \pm 0,02$ до $2,32 \pm 0,1$ ммоль/л и снижению клиренса кальция от $2,23 \pm 0,56$ до $1,88 \pm 0,4$ мл/мин. Эти изменения оказались статистически достоверными через 4 недели от начала лечения, за исключением уровня кальциемии у больных в активной фазе. В конце лечения отмечена высокая степень достоверности повышения сывороточного содержания и суточной экскреции кальция. Это свидетельствует о нормализующем влиянии отвара толокнянки на гомеостаз кальция с точки зрения ликвидации гипокальциемии и гиперкальциурии. Уменьшения фосфоремии не наблюдалось.

Клиренс фосфора при назначении отвара брусники у больных в активной фазе повысился от $7,14 \pm 1,9$ до $10,82 \pm 2,64$, а при лечении отваром толокнянки—с $7,05 \pm 1,1$ до $9,04 \pm 1,4$ мл/мин, экскреция фосфора—от $10,91 \pm 1,4$ до $12,21 \pm 1,37$ и от $29,9 \pm 2,89$ до $33,47 \pm 3,06$ ммоль/л соответственно.

Независимо от фаз активности воспалительного процесса снижение урикемии с $0,297 \pm 0,014$ до $0,285 \pm 0,013$ ммоль/л при лечении отваром толокнянки наступило через 2, а брусничного листа—4 недели (с $0,285 \pm 0,013$ до $0,273 \pm 0,015$ ммоль/л). Отчетливое повышение клиренса мочевой кислоты (в I группе с $10,43 \pm 1,4$ до $13,03 \pm 1,68$ мл, во II группе—с $11,37 \pm 1,55$ до $13,99 \pm 1,5$ мл) наблюдалось через 12 недель. В эти же сроки резко возрастала и суточная экскреция мочевой кислоты—с $4,28 \pm 0,54$ до $5,037 \pm 0,561$ у больных I и с $4,85 \pm 0,63$ до $5,06 \pm 0,5$ ммоль/л—у больных II группы.

Полученные результаты необходимо учитывать при составлении схем противорецидивной терапии хронического пиелонефрита у больных с мочекаменной болезнью.

Урологическая клиника Ленинградского
ГИУВа

Поступила 12/V 1984 г.

Օ. Լ. ՏԻԿՏԻՆՍԿԻ, Ի. Գ. ԱՂԱՋԱՆՅԱՆ, ՅՈՒ. Ա. ԲԱՐՈՒՄՅԱՆ

ՄԻԶԱՔԱՐԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԻԵՆՆԵՅՐԻՏԻ
ՖԻՏՈՔԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Խրոնիկական պիելոնեֆրիտով տառապող հիվանդների մոտ ուսումնասիրված է հապալասենու և մաթուզենու տերևների ազդեցությունը:

Հետազոտութիւնից պարզվել է, որ բացի հակաբորբոքային, միզամուղ, միզը հիմնայնացնող հատկութիւններից այդ բույսերը ունեն նաև տարբեր առանձնահատկութիւններ:

Մաթուզենու տերևները կարգավորում են ֆոսֆոր-կալցիումական փոխանակութիւնը, հապալասենու տերևները իջեցնում են ուրիկեմիան և ավելացնում ուրիկուրիան:

O. L. TIKTINSKI, I. G. AGHADJANIAN, Yu. A. BABLUMIAN
ON THE PHYTOTHERAPY OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN
PATIENTS WITH UROLITHIASIS

The course of phytotherapy has been carried out by bear berry and red bilberry leaves in patients with chronic pyelonephritis, complicating urolithiasis. The general antiinflammatory and diuretic effect of these preparations has been observed, as well as the difference of their influence on the homeostasis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанян И. Г. Автореф. докт. дисс. М., 1981.
2. Лопаткин И. А. Урология. М., 1977.
3. Маждраков Г. М. В кн.: Лекарственная болезнь. София, 1976, с. 7.
4. Ратнер Н. А. Артериальная гипертензия М., 1974.

УДК 616.71—002—036.12

Վ. П. АЙВАЗЯН, В. С. КАЗАРЯН, А. С. ГРИГОРЯН

СТИМУЛЯЦИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ
ОСТЕОМИЕЛИТАХ КОСТНЫМ МАТРИКСОМ

У больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом с целью заполнения полостей и стимуляции остеогенеза применена декальцинированная аллогенная кость—костный матрикс. Отмечен высокий процент консолидации ложных суставов и несросшихся переломов. Применение костного матрикса приводило к равномерному заполнению дефекта гомогенным регенератом.

Лечение хронических остеомиелитов в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой.

На наш взгляд, оно должно носить комплексный характер и включать в себя подавление и ликвидацию гнойного воспаления и стимуляцию репаративных процессов в ране, в том числе и костной. Необходимо отметить, что эти два направления при лечении хронических остеомиелитов тесно взаимосвязаны. Так, подавление гнойного воспаления уже само по себе является стимулирующим моментом в процессе репаративной регенерации тканей, с другой стороны—стимуляция репаративных процессов в ране способна сыграть решающую роль в исходе гнойного воспаления за счет усиления анаболитических процессов в ране.

Вопросу лечения раневой инфекции при хронических остеомиелитах посвящено большое число работ, однако вопрос стимуляции остеогене-