

Литература

1. Гаманович, А. И. Клинико-патогенетические варианты отраженного висцеро-verteбрального пояснично-крестцового болевого синдрома / А. И. Гаманович, В. Г. Логинов // Военная медицина. - 2017. - № 2. - С. 40-44.
2. Wall and Melzack's Textbook of pain / S.B. McMahaon, M.koltzenburg (Eds.). Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005. 1239p.
3. Подчуфарова, Е.В. Боль в спине / Е.В. Подчуфарова, Н.Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368 с.

УДК 616.62-008.2-022:615.322

Симченко Н.И., Лемтюгов М.Б., Быков О.Л., Анашкина Е.Е.
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Использование фитотерапии в восстановлении барьерной функции мочи при инфекции нижних мочевых путей

Введение. Одной из основных причин развития воспаления, в том числе и хронического, в нижних мочевых путях является утрата барьерной функции. Выделительная система человека отвечает не только за выведение из организма избытка жидкости и токсинов, но также обеспечивает нормальное кислотно-основное равновесие [1]. Водородный показатель (рН мочи) демонстрирует количество ионов водорода в растворе (в данном случае в образце мочи). Этот анализ позволяет определить физические свойства мочи, а также оценить баланс щелочей и кислот, которые в ней содержатся. На химический состав мочи влияют любые воспалительные болезни мочевыделительной системы [2]. У здорового человека реакция мочи колеблется от слабокислой до нейтральной. РН повышается при многих инфекционных поражениях выделительной системы, в частности, при циститах и пиелонефритах. Известно, что некоторые бактерии вызывают распад азотсодержащих соединений до аммиака, который, в свою очередь, повышает щелочность мочи. Такая же картина наблюдается при хронической почечной недостаточности. Чаще всего, рН мочи в бланках лабораторных анализов указывается не количественно, а качественно – кислая, нейтральная или щелочная. Определения – слабокислая или «сверхкислая» не принято. Снижение водородного показателя мочи происходит при ряде инфекционных заболеваний мочевыделительной системы, в частности тех, которые вызваны микробактерий туберкулеза и кишечной палочкой. Снижение рН мочи так же может быть вызвано снижением уровня бикарбонатов в буферной системе крови, что наблюдается при уретеросигмостомии, нефротическом синдроме, гипокалиемии. То, что ошелачивание мочи является признаком хронической инфекции мочевых путей и при этом нарушается действие большинства уросептиков и антибиотиков известно многим. [4] Однако то, что снижение рН мочи это тоже утрата барьерной функции, практически не учитывается при назначении терапии.

Материалы и методы. Комбинированный препарат, включающий в себя активные вещества: густой сложный экстракт листьев березы, корня петрушки, околоплодника фасоли – 86.20 мг; сухой экстракт травы ромашки – 8.00 мг; сухой экстракт листьев брусники – 26.00 мг; околоплодника фасоли порошок – 78.00 мг, калия цитрат 19.00 мг; натрия цитрат – 16.00 мг [3]. Цитрат натрия, связывая часть кальция сыворотки крови, способствует предупреждению тромбозов, что используют при инфаркте миокарда, стенокардии и инфарктах мозга. Цитратотерапию применяют для литолиза мочевых камней. Цитрат натрия используют в

качестве антикоагулянтов. Калия цитрат ощелачивает мочу, восполняет дефицит калия в организме. Способствуют поддержанию необходимого внутри- и внеклеточного уровня калия. Лист березы обладает мочегонным и противовоспалительным действием. В корне петрушки содержится фолиевая кислота и К, также он обладает мочегонным действием и повышает либидо. Противовоспалительным и мочегонным действием обладает фасоль.

Нами проведено исследование, в котором приняло участие 40 пациенток с острой неосложненной инфекцией нижних мочевых путей. Все обследуемые были разделены на 2 группы по 20 человек. Все пациентки дали информированное согласие. Обследуемые первой группы получали антибактериальную терапию. Во второй группе получали препарат Уросепт в стандартной дозировке по 2 таблетки 3 раза в день продолжительностью 1 месяц. В любой момент по желанию обследуемых второй групп им могла быть назначена антибиотикотерапия, однако, необходимости в этом не возникло.

Все пациентки совершали 4 визита – 0 (перед лечением), 5, 10 и 30 дни от начала заболевания, так же ими заполнялась адаптированная анкета ACSS, сдавался ОАМ. Критериями эффективности являлись изменения типичных симптомов острого цистита ACSS, динамика согласно анкеты ACSS при повторных обращениях и общего анализа мочи (лейкоцитурия > 10 в поле зрения, pH мочи).

Результаты и обсуждение. Средний балл симптоматики острого цистита согласно данным анкеты ACSS перед началом лечения в первой группе составил $10,3 \pm 1,5$, а во второй $10,1 \pm 1,4$ балла соответственно. На 5е сутки средний балл в первой группе составил $4,85 \pm 1,05$ балла и $4,9 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$) во второй, а на 10е сутки – $2,4 \pm 1,1$ в первой и $2,3 \pm 1,0$ ($p < 0,05$) во второй. На 30 день наблюдения только 2 пациенток первой группы и 1 пациентка второй группы предъявляла жалобы на учащенное мочеиспускание мочи.

Качество жизни согласно части Б анкеты острого цистита ACSS улучшалось в обеих группах. Так, в начале заболевания средний балл составил $4,3 \pm 0,7$ в первой группе и $4,2 \pm 0,7$ во второй соответственно. На 5е сутки терапии средний балл ровнялся $1,05 \pm 0,25$ в первой группе и $1,1 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$) во второй соответственно. На десятые сутки показатель качества жизни в обеих группах достиг максимальных значений.

Так же отмечалось снижение частоты лейкоцитурии (свыше 10 в поле зрения) в ОАМ в обеих группах. При первом посещении у всех женщин обеих групп имелось изменение в ОАМ в виде лейкоцитурии. На 5е сутки у 13(65%) пациенток первой и у 15 (75%) второй групп отмечалась лейкоцитурия, на 10е у 8 (40%) первой и 9 (45%) второй соответственно. При контрольном обращении обследуемых на 30е сутки лейкоцитурия (свыше 10 в поле зрения) определялась у 7 обследуемых - 3 пациенток первой и 4 контрольной групп.

Кислотность мочи (pH) при первичном обращении в среднем составила $4,2 \pm 0,7$ в первой группе и $4,1 \pm 0,6$ во второй. На 10е сутки наблюдения pH в первой группе составила $4,7 \pm 0,7$ в первой и $5,4 \pm 0,5$ во второй. При контрольном посещении pH составила $4,9 \pm 0,8$ в первой и $5,6 \pm 0,6$ во второй.

Мы считаем, что эффективность используемого фитопрепарата связана и с традиционным воздействием лекарственных растений, и с нормализацией pH мочи солями лимонной кислоты, входящими в его состав.

Выводы

1. Барьерная функция мочи является важным фактором поддержания гомеостаза и профилактики развития воспалительного процесса в органах мочевыделительной системы.
2. В условиях растущей антибиотикорезистентности микроорганизмов важно искать альтернативные варианты лечения инфекции нижних мочевых путей. При высокой эффективности терапии острой неосложненной инфекции нижних мочевых путей антибактериальными препаратами и фитопрепаратами, последние могут применяться в качестве монотерапии.
3. Определять pH количественно в ОАМ у пациентов с инфекцией нижних мочевых путей необходимо для рационального лечения и профилактики рецидивов заболевания.

4. У пациенток с инфекцией нижних мочевых путей и показателями pH мочи менее 5,0 в комплексное лечение целесообразно включать комбинированный растительный препарат, включающий в себя активные вещества: густой сложный экстракт листьев березы, корня петрушки, околоплодника фасоли; сухой экстракт травы ромашки; сухой экстракт листьев брусники; околоплодника фасоли порошок, калия цитрат; натрия цитрат, для нормализации pH и восстановления барьерной функции мочи.

Литература

1. Лоран О.Б. Эпидемиологические аспекты инфекций мочевыводящих путей / Материалы симпозиума: «Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных» 16 февраля 1999 г., Москва. – 1999. – Р. 5–9.
2. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Цыбуля О.А. и др. Обзор препаратов для лечения неосложнённого цистита у женщин // Мед. советник. – 2010. – № 7–8. – С. 60–66.
3. Уросепт. Инструкция по применению. <https://www.medcentre24.ru/medikamenty/urosept.html>.
4. Stapleton A., Stamm W. E. Prevention of urinary tract infection // Infectious Disease Clinics of North America. – 2007. – Vol. 11. – P. 719–33.

УДК 616.6

Симченко Н.И., Быков О.Л.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Психосоциальные детерминанты восприятия здоровья у пациентов с симптомами нижних мочевых путей

Введение. Эпидемиологические исследования показали, что существуют выраженные различия в том, как пациенты реагируют на симптомы нижних мочевых путей (СНМП), но мало изучено, почему это происходит. Беспокойство, тяжесть проявления СНМП и возраст – все это может повлиять на лечение. Однако, психосоциальные факторы, которые определяют восприятие здоровья и обращаемость за помощью в связи с наличием СНМП, как правило, не анализируются. Мы исследовали психосоциальный профиль пациентов с СНМП в зависимости от степени их обеспокоенности проявлением патологии, качеством жизни и необходимостью лечения.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с IPSS, от 1, которые проходили лечение разных отделениях больницы общего профиля, и урологии амбулаторно. Пациенты были распределены по возрасту (18–40, 41–60, 61–80 лет) и полу. Все они заполняли опросники Информация о психосоциальных характеристиках, образе жизни, предпочтений пациентов для оказания помощи, состоянии здоровья, и демографии была получена с помощью анамнеза и обследования. Наличие урогенитальных симптомов оценивали с помощью опросников (IPSS, ICIQ-SF и FSFI). Психосоциальные факторы, которые были использованы в качестве независимых переменных: оценка эмоциональной устойчивости, оптимизм, чувство собственного достоинства, мастерства, здоровья эффективность, необходимость поддержки, субъективное благополучие (SWLs), удовлетворенность жизнью, положительный и отрицательный аффект, стресс, удовлетворенность отношениями и депрессии.

Результаты и обсуждение. В выборку были включены 96 (44 стационарных больных – 52 амбулаторных). Только 2 психосоциальных переменных выявили корреляцию с лечением: SWLs оценки менее 15 и стресс. При увеличении SWLs до 15, вероятность обращения за лечением снизилась (ОШ: 0,64, $p=0,02$). При SWLs >15, пациенты за лечением не обращались.