Medical Journal

Лечащий Врач

16+

Медицинский научно-практический журнал № 6 2015

Симпозиум



ПЕДИАТРИЯ

- Ренальная инфекция у детей с рефлюкс-нефропатией
- Бронхиальная астма у подростков
- Иммуномодулирующая и репаративная терапия гриппа и ОРЗ
- Острые кишечные инфекции
- Сахарный диабет 1-го типа
- Герпесвирусные инфекции
- Эпилепсия

Коллоквиум



НУТРИЦИОЛОГИЯ

- Профилактика и комплексное лечение атопического дерматита

Актуальная тема

- Лечение мигренозного приступа
- Синдром раздраженной кишки
- Диагностика и терапия хронических форм нарушений венозного кровообращения
- Поздние формы сифилиса

Клинические исследования

- Профилактика повторных переломов у детей и подростков

ISSN 1560-5175

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы по каталогам:
«Пресса России» **38300,** «Почта России» **99479**

Medical Journal

Лечащий Врач

Июнь 2015, № 6

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости

News

Симпозиум

Symposium



Достижения, события, факты 6

Achievements, developments, facts 6

Профилактика рецидивов ренальной инфекции у детей с рефлюкс-нефропатией/ И. В. Зорин, А. А. Вялкова 8

Prophylaxis of renal infections in patients with reflux nephropathy/ I. V. Zorin, A. A. Vyalkova . . . . . .

Клинические фенотипы бронхиальной астмы у подростков: трудности диагностики и терапии (часть 2)/ Н. Г. Астафьева, И. В. Гамова, Е. Н. Удовиченко, И. А. Перфилова, И. Э. Михайлова, О. С. Наумова 12

Clinical phenotypes of bronchial asthma in teenagers, difficulties of the diagnostics and therapy (part 2)/ N. G. Astafieva, I. V. Gamova, E. N. Udovichenko, I. A. Perfilova, I. E. Michailova, O. S. Naumova 12

Иммуномодулирующая и репаративная терапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей/ Е. А. Балакирева, Д. Ю. Бугримов, О. Ю. Филатов, О. В. Кашаева, В. А. Назаров 17

Immunomodulatory and reparative therapy of influenza and acute respiratory infections in children/ E. A. Balakireva, D. Yu. Bugrimov, O. Yu. Filatov, O. V. Kashaeva, V. A. Nazarov 17

Тактика терапии при острых кишечных инфекциях у детей/ А. А. Плоскирева, Е. А. Горелова 24

Strategy of therapy in acute intestinal infections in children/ A. A. Ploskireva, E. A. Gorelova 24

Сахарный диабет 1-го типа у детей и подростков: этиопатогенез, клиника, лечение/ В. В. Смирнов, А. А. Накула 31

Diabetes mellitus type 1 in children and adolescents: etiopathogenesis, clinical picture, treatment/ V. V. Smirnov, A. A. Nakula 31

Герпесвирусные инфекции у детей: современные возможности терапии/ Т. А. Бокова 37

Herpes-associated infection in children: modern treatment modalities/ T. A. Bokova 37

Эпилепсия в детском возрасте (часть 6)/ В. М. Студеникин 40

Epilepsy in childhood (part 6)/ V. M. Studenikin 40

Под стекло 44

Under the glass 44

Новости фармрынка
Pharmaceutical market news

За будущее без кариеса 46

For the future without caries 46

Коллоквиум
Colloquium

Профилактика и комплексное лечение атопического дерматита у детей/ Д. В. Заславский, А. А. Абдусалямов, А. А. Сыдиков 48

Prevention and treatment of atopic dermatitis in children/ D. V. Zaslavsky, A. A. Abdusalyamov, A. A. Sydikov 48

Актуальная тема
Topical theme

Лечение мигренозного приступа: по рецепту или без/ О. В. Косивцова 55

Treatment of migrainous attack: on prescription or without it/ O. V. Kosivtsova 55

Синдром раздраженной кишки (СРК): новые представления об этиопатогенезе и лечении/ В. И. Немцов. 60

Irritable intestin syndrome (IIS): new views on aetiopathogenesis and treatment/ V. I. Nemtsov 60

Алгоритм диагностики и терапии хронических форм нарушений венозного кровообращения/ М. В. Путилина 66

Algorithm for diagnostics and therapy of chronic forms of disorders in venous blood circulation/ M. V. Putilina 66

Поздние формы сифилиса: современное состояние проблемы/ Г. И. Мавлютова, Л. А. Юсупова, А. Г. Мисбахова . . . 73

Late forms of syphilis: modern state of the issue/ G. I. Mavlyutova, L. A. Yusupova, A. G. Misbakhova 73

Клинические исследования
Clinical trials

Профилактика повторных переломов у детей и подростков с низкой минеральной плотностью костей/ В. И. Струков, Д. Г. Елистратов, Ю. Г. Щербакова, А. Т. Купцова, Р. Т. Галеева, Л. Г. Радченко, Л. А. Бурмистрова 77

Prevention of repeated fractures in children and teenagers with low bone mineral density/ V. I. Strukov, D. G. Elistratov, Yu. G. Scherbakova, A. T. Kuptsova, R. T. Galeeva, L. G. Ratchenko, L. A. Burmistrova. 77

Alma mater

Последипломное образование 80

Postgraduate education 80

К 2020 году Россия перейдет на собственные вакцины

Российская биофармацевтическая отрасль готова к импортозамещению биопрепаратов и вакцин, которое в условиях текущей экономической и геополитической ситуации становится вопросом национальной безопасности. Эти вопросы стали предметом серии экспертных дискуссий с участием чиновников, производителей медицинских препаратов, экспертов.

Еще совсем недавно российские лекарства воспринимались как нонсенс, и максимум, на что была способна отечественная фармацевтика,— выпускать аналоги зарубежных лекарств, утративших патентную защиту, так называемые дженерики. Сегодня же, по словам главы Минздрава В. Скворцовой, наша страна разработала уникальные инновационные вакцины от гриппа, опережающие продукцию зарубежных фармкомпаний.

Отечественные биофармкомпании заявляют, что уже к 2020 г. смогут полностью обеспечить российскими вакцинами весь национальный календарь прививок, а чуть позже — на 100% обеспечить отечественными лекарствами весь перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Это означает, что научно-производственные базы российских фармкомпаний выходят на принципиально новый уровень, включая проведение комплексных исследований и выпуск собственных препаратов в соответствии с мировыми стандартами обеспечения качества GMP (Good Manufacturing Practice).

Первой и пока единственной российской вакциной, выпускаемой в рамках полного цикла производства по стандарту GMP, стала вакцина «Ультрикс», выпускаемая научно-производственным комплексом биофармацевтической компании «ФОРТ».

Сегодня именно в России разрабатываются наиболее быстрые и эффективные тест-системы для выявления лихорадки Эбола и ряда других опасных заболеваний. Первая вакцина против геморрагической лихорадки Эбола создана в НИИ гриппа в Петербурге в декабре прошлого года, другие три вакцины в настоящее время проходят клинические испытания.

Наступление эры биофармацевтики и широкого применения биотехнологий в медицине предсказывают ученые всего мира, в том числе российские. «Химическая фармакология исчерпала свой ресурс,— сообщил журналистам в ходе круглого стола, состоявшегося на днях в Российской академии наук, генеральный директор компании «ФОРТ», доктор биологических наук А. Катлинский.— Еще 15–20 лет назад препараты химического синтеза царили на фармацевтическом рынке, но сейчас эта отрасль пребывает в стагнации: в последнее время здесь нет никаких выдающихся открытий и инновационных разработок. Большинство препаратов, которые сегодня можно увидеть в аптеке, воплощают научные достижения 50–60-летней давности».

Мировой тренд химической фармакологии, по словам эксперта, можно выразить следующим образом: «минимум блокбастеров, максимум дженериков». В то время как новейшие разработки и наиболее эффективные препараты для лечения и профилактики вирусных болезней, гематологических и онкологических заболеваний находятся в области биотехнологий.

В настоящее время в России формируются новые фармацевтические производства и целые биотехнологические кластеры, в которых ведутся научно-исследовательские разработки биопрепаратов мирового уровня. При этом отечественные ученые уверены, что будущее фармакологии — за биотехнологиями, где источником действующих веществ является собственный организм человека. «Ставка в медицине делается на персонифицированный подход. Думаю, уже в течение ближайших 10 лет врачи перейдут на такую систему, когда каждое назначение будет делаться на основании генетического тестирования пациента»,— считает А. Катлинский.

Ради себя. Ради свободы

23 мая 2015 года в рамках Всемирного дня борьбы с рассеянным склерозом (РС) на территории парка искусств МУЗЕОН прошел фестиваль «Ради себя. Ради свободы».

Стрит-арт-фестиваль «Ради себя. Ради свободы» — социальная акция, инициированная пациентскими обществами РС и фармацевтической компанией Teva при поддержке творческих и молодежных объединений с целью привлечения внимания широкой общественности к заболеванию и его социальным последствиям. В программе мероприятия состоялись яркие выступления представителей стрит-арта, экстремального спорта и молодежной музыки, которые языком искусства и спорта выразили свою сопричастность к проблемам больных РС.

Рассеянный склероз является наиболее распространенным, после черепно-мозговой травмы, хроническим прогрессирующим заболеванием центральной нервной системы среди лиц молодого возраста. По мере прогрессирования заболевания человек перестает видеть, ходить, сидеть, внятно говорить и в течение нескольких лет может превратиться в лежачего больного. Общая численность больных РС в России составляет более 150 тыс. человек. Болеют в основном молодые люди, чаще женщины (начало РС, как правило, в возрасте от 18 до 45 лет). В последнее время наблюдается все больше случаев РС у детей.

«Проблема ранней постановки правильного диагноза и своевременного начала терапии РС актуальна для нашей страны, лечение этого коварного и тяжелого заболевания требует от врача глубоких знаний. Квалифицированная медицинская помощь в сочетании с образовательной и психологической поддержкой пациентов позволяет не только снизить агрессивность болезни, но и обеспечить высокое качество долгой, полноценной жизни»,— прокомментировал д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент РОКИРС (RUCTRIMS) А.Н. Бойко.

«Рассеянный склероз — одно из наиболее социально значимых заболеваний нервной системы, стоимость лечения пациента с РС — самая высокая среди всех неврологических заболеваний. В настоящее время созданы лекарственные препараты, которые замедляют прогрессирование заболевания и уменьшают частоту обострений, с их помощью большинству пациентов удается помочь длительно сохранять качество жизни. Если еще 10–15 лет назад при диагнозе рассеянного склероза прогноз был неблагоприятен в отношении трудоспособности и выполнения социальных функций, то сегодня десятки тысяч молодых людей с таким диагнозом сохраняют работу, семью и социальную активность. Поэтому программы информирования людей о заболевании, о возможностях ранней диагностики и лечения рассеянного склероза очень важны, так как РС — не только медицинская, но и социальная проблема современного общества»,— говорит президент МООИ «Московское общество рассеянного склероза» О.В. Матвиевская.

Поддержка пациентов с сахарным диабетом 2-го типа станет персонифицированной

В рамках социальной инициативы «Каждый день — это Ваш день!» компания «Санофи» совместно с ОООИ «Российская диабетическая ассоциация» запускает Всероссийскую комплексную программу персонифицированной поддержки пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, находящихся на инсулинотерапии.

По оценкам Международной диабетической федерации, в настоящее время число больных сахарным диабетом в мире может достигать 387 млн, в России — 10,9 млн. При этом официально в России зарегистрировано только 4,1 млн пациентов с сахарным диабетом, из них около 1 млн получают инсулин. Во всех случаях, когда речь идет о хронических заболеваниях, важно, чтобы пациенты правильно понимали природу своего заболевания, научились принципам самоконтроля и были мотивированы систематически выполнять рекомендации врача. Эти задачи и призвана решить новая программа поддержки пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Программа предполагает создание общего информационного пространства между врачом, преподавателем и пациентом, что является необходимым условием успешного лечения. Три основных элемента программы: обучение, мотивация, мониторинг обеспечивают комплексный подход. Важным преимуществом новой программы по сравнению с традиционными школами является учет индивидуальных потребностей и особенностей пациента. Образовательный курс начинается одновременно с переходом на инсулинотерапию, место и время обучения подбирается исходя из возможностей пациента. Каждый участник может выбрать удобный график занятий, настроить для себя систему напоминаний с помощью смс-сообщений или горячей линии «Оптилайн», а также получить консультацию тренера-преподавателя в Диа-школе. Дополнительные образовательные материалы размещены на специальном сайте: shkoladiabeta.ru. Это способствует мотивации пациента к обучению и приверженности к терапии.

В рамках программы мониторинга врач на регулярной основе отслеживает состояние каждого пациента и при необходимости корректирует назначенную терапию.

В новом эпидсезоне 2015–2016 гг. выпустят вакцины с тремя новыми штаммами гриппа

В новом эпидемиологическом сезоне сменились все три штамма вируса для производства гриппозной вакцины. Согласно рекомендациям ВОЗ по штаммовому составу вакцин на сезон 2015–2016 годов для Северного полушария, Комиссия по гриппозным вакцинным и диагностическим штаммам МЗ РФ рекомендовала включить в состав противогриппозной вакцины следующие новые три штамма:

1) A/Боливия/559/2013 (H1N1) pdm09, который подобен штамму A/Калифорния/7/2009 (H1N1) pdm09;
2) A/Швейцария/9715293/2013 (H3 N2);
3) B/Пхукет/3073/2013.

Напомним, что в эпидсезоне 2014–2015 гг. использовались штаммы A/Калифорния/7/2009 (H1N1) pdm09; A/Техас/50/2012 (H3N2); B/Массачусетс/2/2012.

НПО «Микроген» планирует уже в ближайшее время запустить в производство вакцину с тремя актуальными штаммами. К началу сезона вакцинации каждый россиянин сможет провести иммунизацию против гриппа, в том числе и новой инактивированной субъединичной вакциной «Совигрипп», которая стала одной из последних разработок специалистов НПО «Микроген».

Особенностью новой вакцины «Совигрипп» является полный цикл производства препарата и применение адъюванта, обладающего иммуномодулирующим, детоксицирующим и антиоксидантными свойствами, что обусловлено его полимерной природой. Исследования доказали, что новая вакцина «Совигрипп» нетоксична, после ее применения отсутствует повышение температуры тела, препарат обладает способностью формировать специфический иммунитет против вируса гриппа.

Medical Journal
Лечащий Врач
Журнал входит в перечень изданий, рекомендуемых ВАК

все самые актуальные НОВОСТИ медицины

Авторские СТАТЬИ

РЕКОМЕНДАЦИИ

прямой online-контакт с КОЛЛЕГАМИ

Ваш личный виртуальный КАБИНЕТ

на сайте www.lvrach.ru

Реклама

Профилактика рецидивов ренальной инфекции у детей с рефлюкс-нефропатией

И. В. Зорин[1], *кандидат медицинских наук*
А. А. Вялкова, *доктор медицинских наук, профессор*
***ГБОУ ВПО ОрГМУ МЗ РФ,** Оренбург*

Резюме. Оценена эффективность профилактики рецидивов ренальной инфекции у детей с тубулоинтерстициальными болезнями почек. Проведено сопоставление комплекса клинических и параклинических данных 45 детей с рефлюкс-нефропатией на разных стадиях тубулоинтерстициального поражения почек.
Ключевые слова: рефлюкс-нефропатия, тубулоинтерстициальные болезни, тубулоинтерстициальное поражение почек, ренальная инфекция, профилактика.

Abstract. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of antirelapse therapy of ubulointerstitial damage in children with tubulointerstitial diseases. We perfomed comparison of clinical and paraclinical data of 45 children with reflux nephropathy at different stages of tubulointerstitial damage.
Keywords: reflux nephropathy, tubulointerstitial diseases, tubulointerstitial damage, renal infections, prophylaxis.

Прогрессирование тубулоинтерстициальных болезней почек (ТИБП) у детей с формированием хронической болезни почек (ХБП), терминальной хронической почечной недостаточности, требующей проведения заместительной терапии, а в последующем трансплантации почек, является одной из актуальных проблем нефрологии [1–3].

ТИБП — это гетерогенная группа заболеваний различной этиологии с преимущественным вовлечением в патологический процесс канальцев и интерстициальной ткани [4]. В эту группу включают как воспалительные и иммуновоспалительные поражения почек, так и метаболические, токсические поражения без ведущего воспалительного компонента. В Международной классификации болезней X пересмотра представлены шифрами N 10.0 — N 16.8 [5].

Острые ТИБП — это острые интерстициальные нефриты, обусловленные приемом лекарств, вирусами, бактериями и иммунными нарушениями. Клинически характеризуются острым началом, лихорадкой, гематурией, полиурией, снижением относительной плотности мочи, часто протекают с острым почечным повреждением (недостаточностью) [6].

К развитию хронических ТИБП приводят: инфекции, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и другие обструктивные уропатии, применение некоторых лекарств, метаболические нарушения, интоксикации тяжелыми металлами, иммунные нарушения, злокачественные новообразования [7].

Тубулоинтерстициальное поражение почек (ТИПП) — это воспалительное (бактериальное и абактериальное) и невоспалительное повреждение интерстициальной ткани почек с расположенными в ней сосудами (артериальными и венозными), лимфатическими протоками, нервными окончаниями, а также чашечно-лоханочной системы врожденного, наследственного или приобретенного генеза с исходом в нарастание необратимых морфологических изменений (интерстициальный фиброз) параллельно со снижением функциональных возможностей почек, формированием ХБП [8].

Одним из значимых факторов прогрессирования ТИБП является ренальная инфекция. Доказательствами ее роли в прогрессировании ТИБП являются следующие факты: у 85–100% детей с рефлюкс-нефропатией (РН) имеет место ренальная инфекция; ТИПП наблюдается у 25% детей с рецидивирующим течением хронического пиелонефрита; частота ТИПП коррелирует со степенью ПМР, ТИПП более типичен для ПМР на фоне хронического пиелонефрита, нежели для «стерильного» рефлюкса; ТИПП может быть смоделировано созданием ПМР и его инфицированием [9–12].

Установлена зависимость прогрессирования ТИПП от ПМР: чем меньше степень ПМР, тем большее значение имеет ренальная инфекция в прогрессировании ТИБП [13, 14]. Р.А.Жетищев, проведя прижизненные морфологические исследования ткани почек больных с РН, установил, что у 15% обследованных детей с хроническим пиелонефритом на фоне ПМР развивается ТИПП [15].

Повреждение почечной паренхимы наиболее часто отмечается при инфицировании интраренального рефлюкса [16, 17]. Ренальная инфекция является одним из основных факторов, приводящих к инфильтрации почечного интерстиция воспалительными клетками с последующей выработкой ими медиаторов воспаления и фиброгенеза [18].

Установлено, что при ПМР высокой степени происходит нарушение внутрипочечной гемодинамики путем снижения артериального кровотока вследствие повышения внутрилоханочного и внутриканальцевого давления [19]. Таким образом, у больных с нарушениями уродинамики возникает не только микробно-воспалительное поражение почек, но и нарушение внутриорганной гемодинамики, приводящие к формированию стойкой ишемии почки с активацией ренин-ангиотензин-

[1] Контактная информация: zorin2000@yandex.ru

альдостероновой системы (РААС), приводящие к развитию артериальной гипертензии ренального генеза. Установлено, что ангиотензин II, продукт активации РААС, является медиатором оксидативного стресса, стимулирует высвобождение просклеротических цитокинов и факторов роста, стимулирует активацию фибробластов [20]. Таким образом, замыкается патологический механизм прогрессирования ТИБП, состоящий из оксидативного стресса, воспаления и эндотелиальной дисфункции [21].

Большое значение в прогрессировании ТИПП отводят патогенным потенциалам микроорганизмов: биоцинам, адгезинам, инвазинам, импединам, экзотоксинам, метаболическим особенностям микробной клетки. Эти свойства бактерий способствуют формированию антибиотикорезистентности и других факторов агрессии и защиты микроорганизмов, приводящих к постоянно рецидивирующему течению микробно-воспалительного поражения тубулоинтерстициальной ткани почек с исходом в ТИПП [22]. С. С. Пауновой установлено, что у детей с часто рецидивирующим течением пиелонефрита увеличивается продукция медиаторов воспаления с развитием ТИПП [23]. Этот факт способствует развитию более выраженных как морфологических, так и функциональных тубулоинтерстициальных изменений почек [24–26]. Каждое последующее обострение ренальной инфекции расширяет зону ТИПП, способствуя процессам фиброгенеза [27].

По современным представлениям, прогрессирование ТИПП проходит в несколько стадий: альтерация (бактериальная, иммунная), приводящая к развитию воспаления; инфильтрация воспалительными клетками почечного интерстиция, выделение провоспалительных цитокинов и факторов роста, активация фиброгенеза; склерозирование интерстиция, нарушение ремодулирования соединительной ткани в интерстиции [28, 29].

Изучение вопросов участия ренальной инфекции в прогрессировании ТИБП, ее профилактики является перспективным направлением нефрологии детского возраста [30, 31].

Материалы и методы исследования

Целью данного исследования было оценить эффективность профилактики рецидивов ренальной инфекции у детей с ТИБП.

Проведено сопоставление комплекса клинических и параклинических данных 45 детей в возрасте от 15 до 18 лет с РН (n = 45) на разных стадиях ТИПП (табл. 1).

Критерии включения больных в исследование:

- добровольное информированное согласие родителей ребенка на участие в клиническом исследовании;
- возраст пациентов от 15 года до 18 лет включительно;
- наличие верифицированного диагноза РН по международным критериям;
- отсутствие клинико-лабораторных признаков обострения заболевания в течение последних 3 месяцев.

Критерии исключения больных из исследования:

- отказ родителей от участия в клиническом исследовании;
- двусторонняя РН.

В результате проведенного обследования были выделены следующие группы клинического наблюдения согласно классификации J. M. Smellie [32]:

Таблица 1

Характеристика наблюдаемых детей по возрасту, полу и формам заболевания

Исследуемый признак	Больные РН, n = 45	
	N	%
Возраст		
15–18 лет	45	100
Пол		
Мальчики	21	46,7
Девочки	24	53,3
Давность болезни		
4–6 лет	8	17,8
Более 6 лет	37	82,2
Соотношение		
Мальчики/девочки	1:1,1	
Средний возраст, лет (M ± m)	16,4 ± 0,67	

Таблица 2

Фармакологическое действие компонентов Фитолизина

Название компонента	Фармакологическое действие			
	Спазмолитическое	Противовоспалительное	Диуретическое	Иммуномодулирующее
Золотарник обыкновенный (трава)	+	+	+	
Хвощ полевой (трава)		+	+	+
Горец птичий (трава)	+	+	+	+
Береза (листья)			+	
Пажитник сенной (семена)	+			
Петрушка (корень)	+		+	+
Любисток (корень)			+	+
Пырей (корневище)		+	+	
Лук репчатый (шелуха)		+		+
Сосна (эфирное масло)	+	+	+	
Мята (эфирное масло)	+	+		
Апельсин (эфирное масло)	+	+		
Шалфей (эфирное масло)		+		

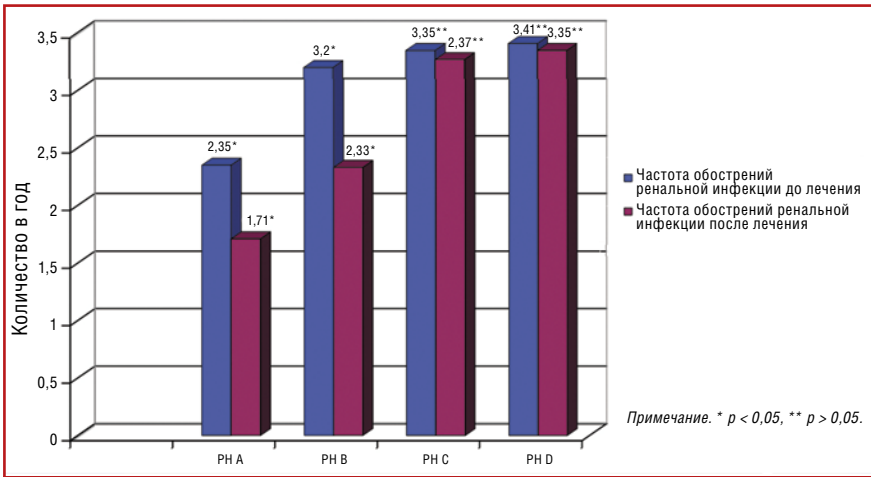


Рис. 1. **Частота обострений ренальной инфекции до и после противорецидивной терапии у пациентов с РН**

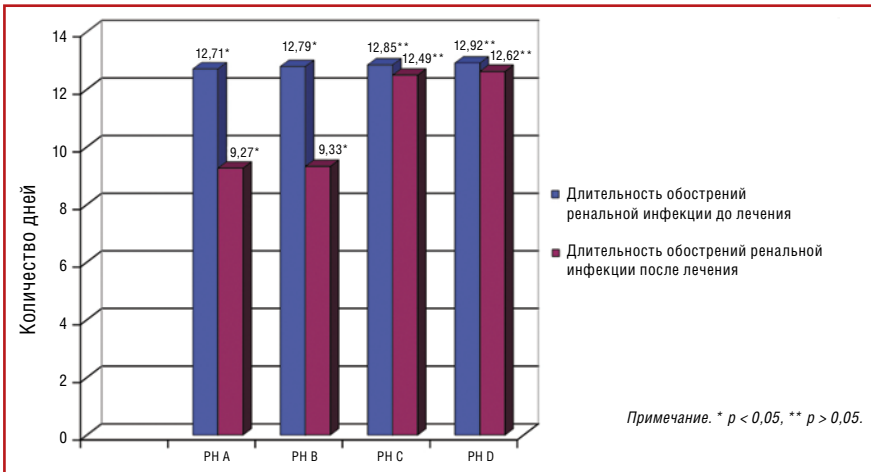


Рис. 2. **Длительность обострений ренальной инфекции до и после противорецидивной терапии у пациентов с РН**

1) дети с рефлюкс-нефропатией А (n = 13);
2) дети с рефлюкс-нефропатией В (n = 12);
3) дети с рефлюкс-нефропатией С (n = 10);
3) дети с рефлюкс-нефропатией D (n = 10).

Клинико-параклиническое обследование детей проводилось в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 6» города Оренбурга.

Нефросцинтиграфия, позволившая верифицировать степени рефлюкс-нефропатии, проводилась на базе отделений радиоизотопной диагностики Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница».

Всем детям проведены специальные микробиологические исследования мочи, включающие определение степени бактериурии секторным посевом на кровяной агар и среду Эндо. Видовую идентификацию выделенной урофлоры осуществляли общепринятыми методами. У изолированных штаммов микроорганизмов определяли чувствительность к антимикробным препаратам.

Всем детям проведена оценка функционального состояния почек по пробам Реберга с поправкой по формуле Шварца, Зимницкого, суточной экскреции с мочой титруемых кислот, аммиака.

Противорецидивная терапия проводилась после окончания обострения ренальной инфекции и включала в себя последовательное использование уросептиков (препараты фуранового ряда — нитрофурантоин, нифурател, нифуроксазид, фуразидин, фуразолидон) на протяжении 14 дней, фитопрепарата Фитолизин по 1 ч.л. 3 раза в сут в течение 4 недель. Включение Фитолизина в схему лечения было обусловлено наличием у препарата комплексного фармакологического действия (диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, иммуномодулирующее), способствующего предотвращению осложнений при инфекциях мочевыводящих путей и рецидивов заболевания (табл. 2).

Статистическая обработка материала произведена путем вычисления средней арифметической (M), ошибки средней (m) с помощью биометрических методов анализа, коэффициента Стьюдента (t) с последующим нахождением уровня достоверности различий (p) по таблицам. Достоверным считали различие при $p < 0,05$. Оценка эффективности терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) проведена с помощью принципов доказательной медицины с оценкой снижения абсолютного риска (САР); снижения относительного риска (СОР); числа больных, нуждающихся в лечении (ЧБНЛ); частоты исходов в контрольной группе (ЧИК); частоты исходов в группе лечения (ЧИЛ).

Результаты

Проведена оценка эффективности профилактики рецидивов ренальной инфекции у пациентов с РН. Клиническими критериями эффективности противорецидивной терапии у больных с РН на разных стадиях прогрессирования ТИПП были приняты: частота обострений ренальной инфекции и их длительность.

Определение показателей, заявленных как критерии эффективности, проводилось нами в динамике одного года.

Проведя анализ частоты обострений ренальной инфекции после терапии уросептиками и Фитолизином в динамике одного года, установлено снижение частоты обострений ренальной инфекции у пациентов начальных стадий ТИПП: РН А $1,71 \pm 0,55$, РН В $2,33 \pm 0,24$ раза в год ($p < 0,05$). Нами не установлено достоверных различий показателей частоты обострений ренальной инфекции у пациентов с РН С $3,27 \pm 0,29$ и РН D $3,35 \pm 0,44$ ($p > 0,05$) (рис. 1).

Проведя анализ длительности обострений ренальной инфекции после получения противорецидивной терапии уросептиками и Фитолизином в течение одного года, установлено снижение длительности обострений ренальной инфекции у пациентов начальных стадий РН: РН А до $9,27 \pm 1,96$, РН В до $9,33 \pm 1,27$ дня ($p < 0,05$). Нами не установлено достоверных различий показателей длительности обострений ренальной инфекции у пациентов с РН С $12,49 \pm 2,92$ и РН D $12,62 \pm 2,67$ дня ($p > 0,05$) (рис. 2).