Ланина В.А., Химичева М.Н., Кузьменко В.В., Кузьменко А.В., Гяургиев Т.А,
Кузьмина Н.И.

**Системная энзимотерапия в лечении женщин с хроническим рецидивирующим
бактериальным циститом**

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.
Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Воронеж)*

doi: 10.18411/lj-10-2020-30

idsp: lj-10-2020-30

Аннотация

Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе инфекций нижних мочевых путей (ИМП), в большинстве случаев требует применения антибактериальных препаратов. Однако их эффективность с каждым годом снижается. Отсутствие новых групп антибиотиков делает необходимым разработку альтернативных схем лечения и методов для более эффективного использования существующих препаратов. Одним из перспективных направлений в лечении ИМП является системная энзимотерапия, которая показала свою эффективность при лечении ряда заболеваний.

Ключевые слова: инфекции нижних мочевыводящих путей, хронический цистит, дизурия, системная энзимотерапия, Флогэнзим.

Abstract

Treatment of infectious and inflammatory diseases, including lower urinary tract infections (UTI), in most cases requires the use of antibacterial drugs. However, their effectiveness is decreasing every year. The absence of new groups of antibiotics makes it necessary to develop alternative treatment regimens and methods for more effective use of existing drugs. One of the promising directions in the treatment of UTI is systemic enzyme therapy, which has shown its effectiveness in the treatment of a number of diseases.

Keywords: infections of the lower urinary tract, chronic cystitis, dysuria, systemic enzyme therapy, Phlogenzym.

Введение. Одной из актуальных проблем урологии в мире в настоящее время являются инфекции нижних мочевыводящих путей (ИНМП) [1-3]. Каждый год к врачу по поводу цистита обращается более 7 млн женщин. В 40 % случаев цистит встречается у женщин трудоспособного возраста и приводит к утрате трудоспособности, нарушению привычного образа жизни и психоэмоциональным расстройствам, что, в свою очередь, отражается на состоянии организма в целом [4].

Все патологические процессы в организме сопровождаются десинхронизмом, т. е. рассогласованием ритмов физиологических систем. Диагностика данного состояния позволяет контролировать своевременность активизации процессов адаптации, динамику восстановления функциональных резервов организма и оценивать эффективность проводимой терапии [5,10].

Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний в большинстве случаев требует применения антибактериальных препаратов. Однако их эффективность с каждым годом становится все ниже. В этих условиях отсутствие новых групп антибиотиков требует разработки альтернативных схем терапии и методов для более эффективного использования существующих препаратов [6,9].

Одним из перспективных направлений в лечении ИНМП является системная энзимотерапия, которая широко применяется в различных областях медицины. Доказано, что препараты системной энзимотерапии способствуют проникновению

антибиотиков в очаг воспаления, а комбинация содержащихся в них протеиназ повышает концентрацию антибиотиков в тканях [7].

Целью исследования было оценить результаты комплексного лечения женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом с использованием одного из препаратов системной энзимотерапии.

Материалы и методы. Было обследовано и пролечено 60 женщин в возрасте от 19 до 45 лет с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения.

Методом случайной выборки пациентки были разделены на две группы по 30 человек. Женщины 1-й группы получали стандартную антибактериальную терапию. При необходимости проводилась ее коррекция по результатам бактериологического исследования мочи с учетом чувствительности микроорганизмов.

Во 2-й группе наряду со стандартной антибактериальной терапией пациенткам назначали препарат системной энзимотерапии флогэнзим («MucosPharma», Германия) по 3 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды, запивая 1 стаканом воды, в течение 14 дней. Одна таблетка флогэнзима содержит бромелаин 450 F.I.P.-ЕД (90 мг), трипсин 1440 F.I.P.-ЕД (48 мг), рутозид 100 мг.

Был собран анамнез заболевания и жизни, а также проведен физикальный осмотр. Все пациенты ежедневно заполняли дневники мочеиспускания, по результатам которого оценивались частота микций, количество императивных позывов, количество ночных мочеиспусканий. Для оценки интенсивности боли при мочеиспускании использовалась 5-балльная вербальная шкала оценки боли.

Кроме того, у каждой пациентки ежедневно проводили анализ биологических ритмов с использованием программно-аппаратного комплекса «Омега-M2».

Лабораторный мониторинг включал общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование образцов мочи с посевом урокультуры на твердых питательных почвах, определение типа патогенов, чувствительность к антибиотикам и степень бактериурии, а также иммуноферментный анализ крови с определением уровней С-реактивного белка (СРБ). Исследования в этом объеме проводились на 1-й, 7-й и 14-й дни лечения. Через 6 мес. после окончания курса терапии в обеих группах оценивали частоту рецидивов хронического цистита за указанный период.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы MS Excel 11.0 из стандартного пакета MS Office 2013, а также программного обеспечения IBM SPSS Statistics 21.0. При проверке статистических гипотез применяли методы параметрической t-(критерий Стьюдента и критерий χ^2) статистики.

Результаты. При анализе хронограмм на 1-е сутки у всех больных отмечались признаки десинхроноза. В 1-й группе в 25 (83,3 %) случаях кривые хроноритма располагались в третьей зоне, а в 5 (16,7%) - во второй. Во 2-й группе хронограммы в третьей и второй зонах были зарегистрированы у 26 (86,7 %) и 4 (13,3 %) женщин соответственно.

К 7-му дню терапии в 1-й группе 8 (26,7 %) пациентов имели нормализованные хроноритмы, 15 (50 %) и 7 (23,3 %) имели хроноритмические диаграммы, расположенные во второй и третьей зонах соответственно. Во 2-й группе 14 (46,7 %) женщин имели хроноритмы в первой зоне (нормальные), 14 (46,7%) — во второй и 2 (6,7%) - в третьей.

К 14-м суткам у всех 30 (100 %) пациентов 2-й группы хронограммы были расположены в первой зоне, тогда как в 1-й группе десинхроноз сохранялся в 10 (33,3) случаях.

В 1-е сутки у больных обеих групп отмечались частое мочеиспускание с болью, императивные позывы, ночные мочеиспускания, лейкоцитурия, а также повышение уровня СРБ и незначительное повышение уровня провоспалительных цитокинов в крови.

Динамика изученных показателей, которые достигли нормальных значений к концу курса терапии в обеих группах, свидетельствует об эффективности лечения. Однако более выраженное уменьшение частоты мочеиспускания, императивных позывов, ночного мочеиспускания, а также снижение воспалительных изменений в анализах к 7-му дню терапии указывает на более быстрое снижение воспалительного процесса у пациентов, получающих системную энзимотерапию.

Первоначально в бактериальных культурах мочи у больных 1-й группы возбудителем была кишечная палочка в 17 (56,7%) случаях, *St.saprophyticus*-в 6 (20%), *Enterococcus faecalis*-в 4 (13,3%) и *Klebsiella spp.* - 3 (10%). Во 2 - й группе кишечная палочка была выявлена у 18 (60%) больных, *St.saprophyticus* - у 7 (23,3%), *Enterococcus faecalis*-у 4 (13,3%) и *Klebsiella spp.* - в 1 (3,3%). Все патогенные микроорганизмы были чувствительны к фосфомицину, нитрофурантоину, левофлоксацину и клавулановой кислоте.

К 7-м суткам *E. coli* в пробах мочи в 1-й группе была выделена у 2 (6,7 %) пациенток, тогда как во 2-й группе эрадикации возбудителя удалось добиться в 100 % наблюдений.

На 14-е сутки посевы мочи в обеих группах были стерильны.

В ходе дальнейшего 6-месячного наблюдения рецидивы заболевания были выявлены у 9 (30 %) пациенток 1-й группы и у 4 (13,3 %) — во 2-й. Полученные различия были статистически значимы ($p < 0,05$).

Обсуждение. Системная энзимотерапия оказывает разнообразные эффекты, реализуя свое влияние через противовоспалительное, иммуномодулирующее, антиагрегантное, фибринолитическое, противоотечное и вторичноанальгезирующее действие. [7].

Эффекты системной энзимотерапии позволяют в более короткие сроки уменьшить выраженность местных воспалительных явлений, и, как следствие, клинических симптомов заболевания [8]. Это подтверждается результатами проведенного нами исследования, в ходе которого отмечена более быстрая динамика купирования дизурии и лейкоцитурии у пациенток, получавших флогэнзим. Кроме того, в данной группе было отмечено более значимое уменьшение выраженности болевых ощущений в сравнении с 1-й группой к 7-м суткам лечения. По нашему мнению, это может быть связано с вторичным обезболивающим действием ферментов.

Препараты системной энзимотерапии обладают бустер-эффектом в отношении антибиотиков. Они улучшают условия их доставки в очаг инфекции за счет повышения всасывания, нормализации микроциркуляции, конкурентного взаимодействия с транспортными белками крови, усиления некролиза и расщепления детрита, а также эффекта очищения клеточной мембраны, как клетки-хозяина (носителя), так и возбудителя, что увеличивает их проницаемость [11]. Указанные механизмы позволяют рассматривать системную энзимотерапию как эффективное средство профилактики рецидивов хронического цистита, что подтверждается меньшим количеством рецидивов в группе пациенток, получавших комбинированную терапию с флогэнзимом, в течение 6 мес. наблюдения.

Заключение. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность системной энзимотерапии, применение которой в составе комплексного лечения позволяет ускорить купирование дизурии и болевых ощущений, а также уменьшить количество рецидивов заболевания у женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом. Мы считаем патогенетически обоснованным и оправданным применение препаратов системной энзимотерапии, в частности флогэнзима, в лечении данной категории пациенток.

1. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 480с.

2. Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А. Хронобиологический подход к терапии хронического рецидивирующего бактериального цистита в стадии обострения. Урология. 2017;2:60-65.
3. Гяургиев Т.А., Кузьменко А.В., Вахтель В.М., Лукьянович П.А. Лечение больных с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения в комплексе с фототерапией с использованием аппарата "Светозар". Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014;13(4):821-824.
4. Кузьменко А.В. и др. Результаты применения фототерапии и хронотерапии в лечении женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2016;15(4):614-619.
5. Гяургиев Т.А. и др. Оценка эффективности хронотерапии и фототерапии в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2015;14 (3): 422-425.
6. Синякова Л.А. Современные взгляды на антибактериальную терапию мочевыводящих путей. Тактика ведения больных с рецидивирующим циститом. Урология. 2010;3:45-49.
7. Минаев С.В. Технологии системной энзимотерапии в хирургической практике. Амбулаторная хирургия. 2007; 2 (26): 89–92.
8. Ремезов А.П. Системная энзимотерапия в комплексной терапии инфекционных болезней / А.П. Ремезов, Г.Ю. Кнорринг // Лечащий врач. 2003; 9: 74–75.
9. Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А. Эффективность применения комплексных фитопрепаратов в лечении неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин. Урология. 2018;4:10-13.
10. Гяургиев Т.А. Морфометрический анализ эффективности хронотерапии и фототерапии в лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, А.Л. Лавренов// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2015 – Т14, №3 – С. 477-481.
11. Ткачук В.Н., Лукьянов А.Э. Место системной энзимотерапии в комплексном лечении больных хронически простатитом. Врачебное сословие. 2007; 5: 36–41.

Хайдарова Б.И.

Анатомия червеобразного отростка в норме и патологии в зависимости от типа телосложения человека

*Ташкентский государственный стоматологический институт
(Узбекистан, Ташкент)*

doi: 10.18411/lj-10-2020-31

idsp: ljjournal-10-2020-31

Аннотация

Научные исследования, посвященные влиянию типа телосложения на расположение слепой кишки и червеобразного отростка, немногочисленны, а работы, посвященные взаимосвязи типа телосложения и микроструктуры стенки аппендикса и их роли в возникновении аппендицита, отсутствуют.

Ключевые слова: слепая кишка, червеобразный отросток, телосложение, илеоцекальная зона.

Abstract

There are few scientific studies on the effect of body type on the location of the cecum and the appendix, and there are no studies on the relationship between body type and the microstructure of the appendix wall and their role in appendicitis.

Keywords: cecum, vermiform appendix, physique, ileocecal zone.

Актуальность. Анатомия приобретает все большую значимость в связи не только с описанием наиболее часто встречающихся анатомических взаимоотношений, так называемых типичных вариантов строения, но и определением крайних проявлений анатомической изменчивости, не выходящих за границы нормы (Никитиук Б. А., 1978;