

УДК: 616.61-002.3+036.11:615.37

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИОВЕСТИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

О.В. ЗОЛОТУХИН*, А.А. КОЧЕРОВ*, Е.В. КОЧЕРОВА**, В.В. КУЗЬМЕНКО*, А.А. НАТАРОВ**, О.В. ФИРСОВ*

Изучена фармако-экономическая эффективность комплексной терапии больных острым гнойным пиелонефритом с включением пробиотика «биовестин» на примере 60 больных. Клинико-экономический анализ показал, что «Биовестин» является экономически оправданным средством лечения в составе комплексной терапии острого гнойно-деструктивного пиелонефрита, его фармако-экономические характеристики дают преимущества перед традиционной схемой лечения данной патологии.

Ключевые слова: гнойный пиелонефрит, терапия, пробиотик, биовестин, фармакоэкономика.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости населения заболеваниями мочевых путей, и, в частности, острым пиелонефритом [1,2,3]. Причинами этого являются социально-экономические условия, неблагоприятная экологическая обстановка, постоянное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста. В связи с этим медицинская помощь населению должна быть направлена на поиск оптимальных методов лечения, так как назначение врачами дешевых или мало эффективных медикаментов приводит в итоге к общему росту затрат, связанных с более длительным курсом лечения, возможным возникновением рецидивов и осложнений заболеваний [4].

Общепринятые методы лечения острого пиелонефрита, в основе которых лежит антибактериальная терапия, нередко приводят к развитию дисбактериоза кишечника [5], агрессии патогенной и условно-патогенной микрофлоры с последующим развитием клинико-морфологической декомпенсации различных органов и систем, включая иммунную [6,7,8]. Вторичный иммунодефицит, в свою очередь, поддерживает течение гнойно-воспалительного процесса, создает предпосылки к инфицированию эндогенной микрофлорой и ухудшению прогноза течения заболевания [9]. Таким образом, синдром дисбактериоза, проявляющийся при гнойно-септических заболеваниях мочевыводящих путей, требует включения в комплексное лечение пробиотических препаратов [10,11,12].

Цель исследования – изучение фармако-экономической эффективности применения пробиотика «Биовестин» в комплексной терапии больных острым гнойным пиелонефритом. Исследование проведено на базе кафедры урологии ВГМА им. Н.Н. Бурденко и отделения урологии ГУЗ ВОКБ № 1 г. Воронежа в 2009 г.

Материалы и методы исследования. Изучены 60 больных в возрасте 19-68 лет с острым гнойно-деструктивным пиелонефритом, из них 50 женщин и 10 мужчин. Критерием включения в исследование являлось подтвержденное клинически, лабораторно и инструментально наличие гнойной деструкции паренхимы почек. Всем больным было выполнено оперативное лечение в объеме нефростомии, декапсуляции, рассечении или вскрытии очагов гнойной деструкции паренхимы почек. В связи с основными задачами исследования все больные были разделены на две сопоставимые группы. Пациенты первой группы (30 человек) в послеоперационном периоде получали традиционную антибактериальную терапию под контролем посевов мочи, а пациенты второй группы (30 человек) дополнительно получали пробиотик «Биовестин» компании «Био-веста» г. Новосибирск (свидетельство о гос. Регистрации № 77.99.23.3.У.6098.6.05 от 02.06.2005 г.), представляющим собой жидкий концентрат бифидобактерий *B. Adolescentis* МС-42 по 4 мл. 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 14 дней [13]. Полученные результаты обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента, Вилкоксона, критерия согласия χ^2 . Контрольную группу составили 25 здоровых человек.

Медико-экономическая оценка результатов лечения больных острым гнойно-деструктивным пиелонефритом осуществлялась по изменению основных клинико-лабораторных показателей состояния здоровья пациентов в послеоперационном периоде с учетом дифференцированной терапии, а также по стоимости

медикаментов. При этом оценивались следующие показатели:

- исчезновение или уменьшение болевого синдрома на стороне поражения;
- исчезновение гипертермии в послеоперационном периоде;
- нормализация показателей гемоглобина, лейкоцитов периферической крови, лейкоцитарной формулы;
- лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), средних молекул, индекса Гаркави-Уколовой;
- исчезновение лейкоцитурии и бактериурии;

При фармако-экономической оценке медикаментозного лечения необходимо было выразить все показатели в относительных единицах и определить комплексный интегральный коэффициент оптимизации (КО). Величина коэффициента оптимизации показателей лечения рассчитывается по формуле 1 [14]:

$$КО = kHb + k \text{ лейко} + k \text{ п/я} + k \text{ ЛИИ} + k \text{ СМ} + k \text{ боль} + k \text{ Г-У} + k \text{ БУ} + k \text{ т} + k \text{ ЛУ},$$

где КНб – коэффициент повышения гемоглобина, к лейко – коэффициент снижения лейкоцитов крови, к п/я – коэффициент палочко-ядерных клеток, к ЛИИ – коэффициент нормализации лейкоцитарного индекса интоксикации, к СМ – коэффициент снижения средних молекул, к боль – коэффициент исчезновения болевого синдрома, к Г-У – коэффициент нормализации коэффициента Гаркави-Уколовой, к БУ – коэффициент исчезновения бактериурии, к т – коэффициент нормализации температуры, к ЛУ – коэффициент исчезновения лейкоцитурии.

Все показатели учитываются по единой шкале от 0 до 1 или в процентном отношении. В данном случае все показатели выражены в долях единицы.

Для учета разного веса того или иного показателя и расчета интегрального коэффициента клинической эффективности (СКО) в формулу ввели дополнительные коэффициенты, которые определялись экспертным путем на основе мнения специалистов (формула 2) [13]:

$$СКО = cHb \times kHb + c \text{ лейко} \times k \text{ лейко} + c \text{ п/я} \times k \text{ п/я} + c \text{ ЛИИ} \times k \text{ ЛИИ} + c \text{ СМ} \times k \text{ СМ} + c \text{ боль} \times k \text{ боль} + c \text{ Г-У} \times k \text{ Г-У} + c \text{ БУ} \times k \text{ БУ} + c \text{ т} \times k \text{ т} + c \text{ ЛУ} \times k \text{ ЛУ},$$

где сHb, с лейко, с п/я, с ЛИИ, с СМ, с боль, с Г-У, с БУ, с т, с ЛУ – дополнительные весовые коэффициенты каждого из показателей, также выраженные от 0 до 1.

Экономическая эффективность лечения (СЕА) рассчитывается по формуле [15]: $СЕА = СКЛ/СКО$,

где СКЛ – средняя стоимость курса лечения (в нашем случае 1200 руб (1 к/д) * 14 к/д)

СКО – интегральный коэффициент клинической эффективности.

Таблица 1

Клинико-лабораторные показатели больных острым гнойным пиелонефритом

Показатель	До лечения (n=60)	14 сутки послеоперационного периода		Контроль (n=25)
		I группа (n=30)	II группа (n=30)	
Гемоглобин (г/л)	111,5±1,8*	105,8±2,25**	116±2,6***	125±3,6
Лейкоциты крови (*10 ⁹ /л)	10,6±0,35*	6,88±0,34**	6,5±0,25**	5,7±0,27
Палочко-ядерные клетки (*10 ⁹ /л)	0,74±0,07*	0,35±0,06**	0,2±0,02**	0,25±0,05
ЛИИ	2,4±0,18*	1,26±0,09**	1,22±0,06**	0,75±0,03
Средние молекулы (усл.ед.)	0,37±0,02*	0,25±0,01**	0,23±0,02**	0,18±0,02
Исчезновение лейкоцитурии (% больных)		20***	92***	
Исчезновение бактериурии (% больных)		60***	86***	
Болевой синдром (дней)		9,4±0,81	6,3±0,39*	
Гипертермия (дней)		4,6±0,7	3±0,3*	
Индекс Гаркави-Уколовой	0,2±0,01*	0,25±0,01**	0,29±0,01**	0,33±0,02

Примечание: * – достоверность результатов по сравнению с контрольной группой при p<0,05; ** – достоверность результатов по сравнению с исходными данными при p<0,05; *** – достоверность показателей критерия согласия χ^2 . * – достоверность результатов между I и II группами по критерию Вилкоксона при p<0,05

Результаты и их обсуждение. До начала лечения у большинства больных отмечено снижение гемоглобина (111,5±1,8 г/л., контроль 125,6±3,6 г/л., p<0,001), повышение лейкоцитов крови (10,6±0,35×10⁹/л., контроль 5,7±0,27×10⁹/л., p<0,001) со

* ГУЗ Воронежская областная клиническая больница № 1, отделение урологии № 1. 394063 г. Воронеж, Московский проспект, 151, e-mail: serk-13-@mail.ru

** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко», 394000 г. Воронеж, ул. Студенческая, 10, тел.: 8 (4732) 257-96-45

сдвигом лейкоцитарной формулы влево (п/я $0,74 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$, контроль $0,25 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,01$, с/я – $7,35 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$, контроль $3,4 \pm 0,68 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,01$), высокое СОЭ ($34,7 \pm 2,8$ мм/ч, контроль $10,4 \pm 0,98$ мм/ч, $p < 0,05$). Средние молекулы составили $0,37 \pm 0,02$ усл. ед., а ЛИИ $2,4 \pm 0,16$ (контроль $0,18 \pm 0,02$ усл. ед. и $0,75 \pm 0,03$ $p < 0,001$, соответственно). Практически у всех обследованных больных была выраженная лейкоцитурия и бактериурия. На 14 день послеоперационного периода приведенные выше показатели исчезновения или уменьшения болевого синдрома, исчезновения гипертермии, лейкоцитурии и бактериурии, нормализации показателей гемоглобина, лейкоцитов периферической крови, лейкоцитарной формулы, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), средних молекул, индекса Гаркави-Уколовой имели разную величину выражения (табл. 1). У пациентов II группы наблюдалось более быстрое исчезновение гипертермии и болевого синдрома по сравнению с I группой. Основные изученные показатели анализов крови и мочи, динамики лейкоцитурии и бактериурии также были более приближенными к нормативным по сравнению с показателями пациентов I группы.

Комплексный интегральный КО в первой группе составил 5,74, а во второй 8,65 соответственно.

Интегральный СКО I группы составил 2,6, а II группы – 3,97.

При подсчете экономической эффективности в данной публикации мы учитывали только стоимость койко-дней для I группы, и то же самое плюс стоимость курса приема препарата «Биовестин» для пациентов II группы.

CEA I = $16800/2,6 = 6461,5$ р.

CEA II = $(16800 + 660)/3,97 = 4397,9$ р.

Выводы: Применение биовестина в комплексной терапии острого гнойно-деструктивного пиелонефрита значительно повышает эффективность лечения за счет комплексного воздействия пробиотиков на патогенетические механизмы развития пиелонефрита, что характеризуется быстрой нормализацией клинико-лабораторных показателей. Клинико-экономический анализ показал, что «Биовестин» является экономически оправданным средством лечения в составе комплексной терапии острого гнойно-деструктивного пиелонефрита, его фармако-экономические характеристики дают преимущества перед традиционной схемой лечения данной патологии.

Литература

1. Антонова В.Е. Применение эфферентных методов детоксикации в лечении острого деструктивного пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде: Автореф. дис... канд. мед. наук / В.Е. Антонова; НИИ Урологии- Москва, 2008.- 24с.
2. Кропин В.А. Озонотерапия в комплексном лечении острого пиелонефрита: Автореф. дис... канд. мед. наук / В. А. Кропин; НИИ Урологии- Москва, 2008.- 22с.
3. Синякова Л.А. Ошибки в диагностике гнойного пиелонефрита/Л.А.Синякова//Урология.-2004.-№2.-С.17-20.
4. Омельяновский В.В., Белоусов Ю.Б., Попова Ю.Н. Что такое фармакоэкономика. Методы экономической оценки стоимости и затрат на лечение// Инфекции и антимикробная терапия.-1999.- № 3.- С 10-18.
5. Ухаль Олена Михайлівна. Гострий пієлонефрит та дисбактеріоз кишечника: Дис... канд. мед. наук: 14.01.06 / Одеський держ. медичний ун-т. - К., 2000. - 148 арк. - Бібліогр.: арк. 123-148.
6. Андреева И.В. Потенциальные возможности применения пробиотиков в клинической практике// Клини. микробиол. антимикроб. химиотер.-2006.-Т. 8.-№ 2.- С. 151-172.
7. Зорина В.В., Николаева Т.Н., Шаповалова О.В. Влияние бактерий рода *Lactobacillus* на миграционную активность макрофагов// Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.-2006.-№6.- С. 40-44.
8. Литяева Л.А., Локун М.В. Микроэкологические подходы к лечению неспецифических вульвовагинитов у девочек// Terra Medica nova.-2006.-№2.-С. 30-33.
9. Пушкарев А.М. К эффективности пробиотика бактиспорина в лечении госпитальной инфекции мочевых путей/ А.М.Пушкарев// Урология.-2005.-№4.-С.48-53.
10. Бондаренко В.М., Грачева Н.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериозы кишечника у взрослых.-М.: КМК Scientis Press,2003.- 224 с.
11. Максимов И.К, Ардатская М.Д.. Нарушения микро-

биоценоза на фоне полихимиотерапии у больных опухолевыми заболеваниями системы крови: новые методы диагностики и коррекции// Фарматека.-2004.-№13.-С.79-84.

12. Воеводин Д.А., Розанова Г.Н., Стенина М.А. Роль дисбактериоза в формировании хронической неинфекционной патологии у детей// Журнал микробиол.-2001.-№6.-С.88-93.

13. Патент.2342143 РФ МПК А61К31/546,А61К31/573, А61К35/74, А61Р13/12, А61В17/00. Способ комплексной терапии больных острым гнойным пиелонефритом/ В.В.Кузьменко, Е.В.Кочерова, А.А.Кочеров; заявитель и патентообладатель ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».-№ 2007100605/14; Заявл. 20.07.08; Опубл.27.12.08.

14. Шипова В.М., Воробьев С.В. Фармако-экономическая оценка эффективности лечения// Здравоохранение.- 2006.-№ 1.- С. 19-25.

15. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.В./под ред. проф. Воробьева П.А. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ).-М., Издательство Ньюдиамед, 2000, с. 23.

PHARMACO-ECONOMIC ASSESSMENT OF THE DRUG "BIOVESTIN" IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT PYELONEPHRITIS

O.V. ZOLOTUKHIN, A.A. KOCHEROV, YE.V. KOCHEROVA, V.V. KUZMENKO, A.A. NATAROV, O. V. FIRSOV

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko, Chair of Urology
Voronezh Regional Clinical Hospital № 1, Department of Urology № 1

The pharmacological and economic efficiency of complex treatment of patients with acute purulent pyelonephritis with the inclusion of pro-biotic "Biovestin" by the example of 60 patients was studied. Clinical and economic analysis showed that "Biovestin" is a cost-effective means in the complex treatment of acute suppurative and destructive pyelonephritis and its pharmacological and economic characteristics give priority to it over the traditional scheme of treating this disease.

Key words: purulent pyelonephritis, therapy, probiotic Biovestin, pharmaco-economics.

УДК: 616.367-006-089-037

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО И ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ф.С.КОВАЛЕНКО, Ю.А.ПАРХИСЕНКО*

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 207 пациентов, находившихся на лечении в Воронежской областной клинической больнице (ВОКБ) №1 г.Воронежа с 2000 года по 2009 год по поводу опухолей внепеченочных желчных протоков. Наиболее неблагоприятно протекает рак желчного пузыря, при котором после радикальных операций не наблюдается двухлетней выживаемости, а продолжительность жизни после паллиативных вмешательств не достигает года. Наиболее схожи между собой по прогнозу рак Фатерова сосочка и рак общего желчного протока: после радикального лечения однолетняя выживаемость превышает 70%, трехлетняя близка к 40%, а после паллиативных пособий выживаемость первого года около 20%. Опухоль Клацкина протекает менее благоприятно. Выживаемость больных, ограничившихся симптоматическим лечением, в течение первого года не более 10%, второго года близка к нулю ($2,3\% \pm 2,3\%$). В данном случае шанс на увеличение продолжительности жизни может дать радикальная операция, после которой 1-летняя выживаемость составляет $60\% \pm 21,9\%$, 3-летняя $40\% \pm 21,9\%$ и 5-летняя $20\% \pm 17,9\%$. Отмечена пятилетняя выживаемость после радикального лечения при раке Фатерова сосочка: $25,1\% \pm 9,8\%$.

Ключевые слова: внепеченочные желчные протоки, рак, радикальное и паллиативное лечение.

При опухолях внепеченочных желчных протоках 70-90% больных не операбельны ко времени постановки диагноза [6] и подлежат паллиативному лечению [7]. Резектабельность дистального рака составляет 70%, высокого 15-20% [9]. Следует помнить, что только радикальное хирургическое лечение открывает перспективу длительной выживаемости больных внепеченочной холангиокарциномой [10,12,13].

* Воронежская Государственная Медицинская Академия им Н.Н. Бурденко, кафедра госпитальной хирургии, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д.10, индекс 394000, тел.: 8 (84732) 57-47-17.



(51) МПК
A61K 31/546 (2006.01)
A61K 31/573 (2006.01)
A61K 35/74 (2006.01)
A61P 13/12 (2006.01)
A61B 17/00 (2006.01)

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
 ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
 ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2007100605/14, 09.01.2007

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
 09.01.2007

(43) Дата публикации заявки: 20.07.2008

(45) Опубликовано: 27.12.2008 Бюл. № 36

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2226074 C1, 27.03.2004. RU 2215534, 10.11.2003. US 2003206920, 06.11.2003. Биовестин и биовестин-лакто. Инструкция 2003. [Найдено 2007-11-21] Найдено из Интернет:<URL: <http://hghltd.yandex.com/>. Биоспорин - представитель нового поколения пробиотиков. Провизор, 1998, №11. Найдено из Интернет:<URL: <http://hghltd.yandex.com/>. Биоспорин сухой. (см. прод.)

Адрес для переписки:

394000, г.Воронеж, ул. Студенческая, 10, ГОУ
 ВПО "Воронежская государственная медицинская
 академия им. Н.Н. Бурденко Росздрави",
 патентная служба

(72) Автор(ы):

Кузьменко Владимир Васильевич (RU),
 Кочеров Александр Александрович (RU),
 Черных Екатерина Владимировна (RU),
 Натаров Алексей Алексеевич (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное образовательное учреждение
 высшего профессионального образования
 "Воронежская государственная медицинская
 академия им. Н.Н. Бурденко Федерального
 агентства по здравоохранению и социальному
 развитию" (RU)

(54) СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии, и касается комплексной терапии больных острым гнойным пиелонефритом. Для этого после хирургической санации гнойных очагов и комплексной противовоспалительной и антибактериальной терапии вводят биовестин.

Начинают с первого дня послеоперационного периода, ежедневно по 2-3 дозы за 30 минут до еды. Курс 10-14 дней. Способ обеспечивает в короткие сроки оптимальную стимуляцию всех звеньев иммунитета за счет выбора определенного пробиотика для данной категории больных. 2 табл.

(56) (продолжение):

Текстовый документ. 2006. Найдено из Интернет: <URL:<http://hghltd.yandex.com/>. UKHAL' E.M. Acute pyelonephritis associated with intestinal dysbacteriosis: incidence and enhancement of efficiency of treatment. Lik Sprava. 2000 Sep; (6): 74-7.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY,
PATENTS AND TRADEMARKS

(51) Int. Cl.

A61K 31/546 (2006.01)*A61K 31/573* (2006.01)*A61K 35/74* (2006.01)*A61P 13/12* (2006.01)*A61B 17/00* (2006.01)(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21), (22) Application: **2007100605/14, 09.01.2007**(24) Effective date for property rights: **09.01.2007**(43) Application published: **20.07.2008**(45) Date of publication: **27.12.2008 Bull. 36**

Mail address:

394000, g.Voronezh, ul. Studencheskaja, 10,
GOU VPO "Voronezhskaja gosudarstvennaja
meditsinskaja akademija im. N.N. Burdenko
Roszdrava", patentnaja sluzhba

(72) Inventor(s):

**Kuz'menko Vladimir Vasil'evich (RU),
Kocherov Aleksandr Aleksandrovich (RU),
Chernykh Ekaterina Vladimirovna (RU),
Natarov Aleksej Alekseevich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe obrazovatel'noe uchrezhdenie
vysshego professional'nogo obrazovanija
"Voronezhskaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademija im. N.N. Burdenko Federal'nogo
agentstva po zdravookhraneniu i sotsial'nomu
razvitiju" (RU)**

(54) **COMPLEX TREATMENT METHOD FOR ACUTE PURULENT PYELONEPHRITIS PATIENTS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine; urology.

SUBSTANCE: after suppurative focuses surgical sanitation, and complex anti-inflammatory and antibacterial therapy conducting, biovestin is administered beginning from the first

postoperative day, 2-3 doses daily 30 minutes before meal. The course lasts for 10 to 14 days.

EFFECT: optimal stimulation of all immune system components in short time due to certain probiotic selection for patient group in question.

1 ex, 2 tbl

RU 2 3 4 2 1 4 3 C 2

RU 2 3 4 2 1 4 3 C 2

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии.

Общепринятое лечение острого гнойного пиелонефрита направлено на оперативную санацию гнойных очагов, декомпрессию мочевых путей, проведение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии (Плазмаферез в комплексном лечении пиелонефрита, 5 осложненного уросепсисом и гнойной интоксикацией. Астахов Ю.И. Дис... канд. мед. наук. Барнаул, 1993).

Недостатком традиционной терапии является то, что наличие высоковирулентных, антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов значительно снижает эффективность антибактериальной терапии, так же применение антибиотиков может вызвать 10 нежелательный иммуносупрессивный эффект и отсутствует восстановление имеющихся иммунных нарушений у больных данной категории.

Известен способ лечения больных острым гнойным пиелонефритом с использованием криопреципитата. Криопреципитат вводился внутривенно капельно сразу после оттаивания на водяной бане и доведения до комнатной температуры по 2-5 доз ежедневно в течение 3- 15 5 и более дней (Использование криопреципитата в комплексном лечении острого гнойного пиелонефрита. А.И.Неймарк, М.Я.Гаткин. - Урология. - 2005. - №4. - стр.42-48).

Недостатками данного метода являются необходимость получения криопреципитата, достаточно сложный и трудоемкий этап подготовки к его использованию, дополнительная нагрузка на медицинский персонал, а так же то, что не происходит нивелирование 20 вредного воздействия антибактериальной терапии на микрофлору кишечника.

Известен способ применения пробиотика бактиспорина в лечении инфекций нижних мочевых путей.

Больным с инфравезикальной обструкцией, по поводу которой проводилось хирургическое лечение с установкой цистостомического или уретрального дренажа, в 25 послеоперационном периоде назначался препарат бактиспорин по 2-3 дозы 2-3 раза в день за 30 минут до еды в течение 10-15 дней. Прием препарата per os дополнялся введением 1 дозы бактиспорина по дренажам в полость мочевого пузыря с экспозицией не менее 10 минут. Применение бактиспорина способствовало более быстрому заживлению послеоперационной раны, санации нижних мочевых путей у 72,2% больных, получавших 30 этот препарат (К оценке эффективности пробиотика бактиспорина в лечении госпитальной инфекции мочевых путей. А.М.Пушкарев. - Урология. - 2005. - №4. - стр.48-53).

Недостатками этого метода являются необходимость использования санации мочевого пузыря в послеоперационном периоде, что может способствовать развитию катетер-ассоциированной суперинфекции. Так же данный способ не применяется для лечения 35 больных острым гнойным пиелонефритом.

Наиболее близким к заявляемому является способ применения пробиотика биоспорина в лечении инфекций мочевых путей, вызванных синегнойной палочкой.

Больным с мочекаменной болезнью и сопутствующим хроническим пиелонефритом, по поводу которой проводилось хирургическое лечение, в послеоперационном периоде 40 назначался препарат биоспорин по 2-3 дозы 2-3 раза в день за 30 минут до еды в течение 10-14 дней. Применение пробиотика биоспорина в комплексной терапии послеоперационного периода у данной категории больных сопровождалось выраженной положительной клинико-лабораторной динамикой, сокращением послеоперационного периода. (Применение пробиотиков при урологических заболеваниях, вызванных Ps. 45 Aeruginosa. В.В.Кузьменко, А.А.Кочеров, Е.В.Черных. - Естествознание и гуманизм. Том 3, №3 - стр.52-53).

Недостатками этого метода являются данный способ не применяется для лечения больных острым гнойным пиелонефритом.

Целью изобретения является разработка способа комплексной терапии у больных 50 острым гнойным пиелонефритом, обладающего высокой терапевтической эффективностью, обусловленная бактерицидным действием и влиянием пробиотиков (биоспорин или биовестин) на микроциркуляторные расстройства и нарушения иммунного статуса, как на основные звенья патогенеза, позволяющего уменьшить длительность

лечения.

Технический результат достигается применением пробиотиков (биоспорин или биовестин) и комплексной фармакотерапией, включающей антибактериальные и противовоспалительные средства в послеоперационном периоде.

5 Пробиотики назначают совместно с антибактериальными препаратами по 2-3 дозы за 30 минут до еды, начиная с первого дня послеоперационного периода курсом 10-14 дней.

Нами обследовано 45 больных с острым гнойным пиелонефритом. Основную группу составили 25 больных, оперированных по поводу гнойного пиелонефрита, которые в послеоперационном периоде получали пробиотик биоспорин или биовестин по 10 предложенной схеме, в сочетании с антибактериальной терапией. 20 больных составили контрольную группу, в которой проведена традиционная комплексная терапия в послеоперационном периоде. Результатом лечения больных основной группы является быстрая положительная клинико-лабораторная динамика, быстрое заживление операционной раны первичным натяжением, сокращением послеоперационного периода и 15 длительности пребывания в стационаре, быстрое снижение отека паренхимы почки.

«Биовестин» - свидетельство о государственной регистрации №77.99.23.3.У.6098.6.05 от 02.06.2005 года.

Показания к применению:

- для восстановления микрофлоры кишечника после употребления антибиотиков и 20 других антибактериальных препаратов; при дисфункциях кишечника; при дисбактериозах различного происхождения; при проведении предродовой подготовки; в послеродовом периоде; при длительной гормональной и лучевой терапии; при респираторных инфекциях и их профилактики; при железодефицитных анемиях, витаминдефицитных состояниях, рахите; при бактериальных вагинозах; в комплексной терапии туберкулеза, гепатитов; 25 при профилактике и лечении кишечной инфекции; при различных проявлениях пищевой аллергии; при нарушении режима питания (злоупотребление жирной, острой пищей, алкоголем); в стрессовых ситуациях.

«Биоспорин»

Показания к применению: при острых кишечных инфекциях; при бактериальных 30 вагинозах; при дисбактериозах, для коррекции микрофлоры кишечника; при лечении кандидоза влагалища и вульвы у женщин репродуктивного возраста и беременных; в послеродовом периоде.

Эффективность применения заявленного способа подтверждается данными таблиц 1-2 и клиническими примерами.

35

Таблица 1					
Сравнительная характеристика лабораторных показателей больных острым гнойным пиелонефритом при лечении общепринятым предлагаемым способом					
Показатель	До лечения	Без пробиотиков		С пробиотиками	
		I гр. после лечения	P	II гр. после лечения	P
Нь г/л	110,7±2,3	99,5±2,9	<0,01	118±3,2	<0,05
Эритроциты	3,38±0,07	3,2±0,11	>0,05	3,7±0,1	<0,05
Лейкоциты	10,7±0,46	7,5±0,6	<0,01	6,5±0,18	<0,05
П/я %	7,9±0,62	4,2±0,7	<0,01	4,4±0,58	<0,001
С/я %	69±1,14	71±1,5	>0,05	66,5±1,5	>0,05
Эозин. %	1,6±0,27	1,46±0,15	>0,05	1,77±0,2	>0,05
Лимфоц. %	17,1±1,2	17±1,6	<0,05	23,2±1,4	<0,05
Моноциты %	4±0,4	5±0,8	>0,05	4,4±0,46	>0,05
СОЭ мм/ч	39±2,62	44,5±4,2	>0,05	28±3,2	<0,05
Средние молекулы	0,36±0,03	0,23±0,01	<0,05	0,23±0,08	<0,001
Шоковый индекс	0,88±0,03		0,05		
ЛИИ	2,3±0,25	1,8±0,4	<0,05	1,2±0,09	<0,05
Длит. болев. синдрома		10,6 дня		6,3 дня	
Длит. гипертермии		6,8 дней		4 дня	
День снятия швов		10 день		7-8 дни	

50

Примечание: P - достоверность различий показателей до и после лечения

Таблица 2		
Сравнительная характеристика клинических проявлений у больных острым гнойным пиелонефритом после курса лечения общепринятым предлагаемым способом		
Показатель	Без пробиотиков (% больных)	С пробиотиками (% больных)
Исходный уровень лейкоцитурии	26,6	13,3
Нарастание лейкоцитурии	53	56,7
Отсутствие лейкоцитурии	0	30
Отсутствие активных лейкоцитов в моче	13,3	56,3
Снижение к-ва активных лейкоцитов в моче	13,3	33,3
Выявлена бактериурия	40	16,7

10 Пример: больная С. Дата рождения: 23.10.87. Поступила в отделение урологии №1ГУЗ ВОКБ №1 23.11.2006 г. с жалобами на боли в правой почке, гипертермию до 37,7°C, с ознобами в течение 3 суток. Ранее у уролога не лечилась. При обследовании острый гнойный пиелонефрит правой почки.

Лабораторные показатели при поступлении в стационар были следующими:

15 Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,95, лейкоциты - $15,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 77, эозинофилы - 1, лимфоциты - 7, моноциты - 5, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: плотность 1012, белок 0,66, лейкоциты 15-25 в п/зр., активные лейкоциты 45%.

20 Посев мочи: E. Coli 10/8, чувствительная к цефалоспорином и фторхинолонам.

Свертывающая система: АЧТВ 42 сек, тромб, время 14 сек, ПТИ 100%, фибриноген 6,0 г/л, РФМК 5,0 г/л, фибриноген В 2+.

УЗИ почек - признаки острого пиелонефрита правой почки.

23.11.2006. - нефростомия, декапсуляция, вскрытие карбункулов правой почки.

25 В послеоперационном периоде получала антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. Дополнительно получала препарат биоспорин по 2 дозы 3 раза в день. За 30 минут до еды 10 дней.

На 3 сутки температура тела 37,1°C.

Лабораторные показатели были следующими:

30 Общий анализ крови: гемоглобин - 124 г/л, эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,95, лейкоциты - $11,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные - 6, сегментоядерные - 77, эозинофилы - 1, лимфоциты - 15, моноциты - 1, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: плотность 1012, белок 0,9, лейкоциты 10-12 в п/зр., активные лейкоциты не обнаружены.

35 Посев мочи: рост микрофлоры не выявлен.

Свертывающая система: АЧТВ 40 сек, тромб, время 16 сек, ПТИ 88%, фибриноген 4,4 г/л, РФМК 4,0 г/л, фибриноген В 2+.

40 Болевой синдром до 5 дня. Дренажи удалены на 3 день. Швы сняты на 7 день, рана зажила первичным натяжением.

Лабораторные показатели на 10 день были следующими:

Общий анализ крови: гемоглобин - 124 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,95, лейкоциты - $8,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные - 1, сегментоядерные - 74, эозинофилы - 1, лимфоциты - 22, моноциты - 5, СОЭ - 18 мм/час.

45 Общий анализ мочи: плотность 1015, белок 0,04, лейкоциты 3-5 в п/зр., активные лейкоциты не обнаружены.

Посев мочи: рост микрофлоры не выявлен.

Выписана из стационара на 11 день.

50 Метод обладает высокой терапевтической эффективностью, обусловленной бактерицидным действием пробиотиков, их влиянием на микроциркуляторные расстройства и нарушения иммунного статуса, как на основные звенья патогенеза. Наша разработка позволяет улучшить результаты лечения больных острым гнойным пиелонефритом вмешательством в основные звенья патогенеза этого заболевания.

Формула изобретения

Способ лечения больных острым гнойным пиелонефритом после хирургической санации
гнойных очагов и комплексной противовоспалительной и антибактериальной терапии,
5 отличающийся назначением биовестина по 2-3 дозы за 30 мин до еды, начиная с первого
дня послеоперационного периода курсом 10-14 дней ежедневно.

10

15

20

25

30

35

40

45

50