

*Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Субхонова З.И., \*Сунатуллоев Д.С.*

## ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ СОРБИТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

\*Кафедра терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Bobieva N.H., Gadoev S.H., Subhonova Z.I., \*Sunatulloev D.S.*

## POSITIVE INFLUENCE OF SORBITOL IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Department of Internal Disease № 3 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

\*Department of Therapy of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

---

**Цель исследования.** Оценить действие сорбита в сочетании с энтеросорбентами на желудочно-кишечный тракт при комплексном лечении хронической почечной недостаточности.

**Материал и методы.** В исследование включено 40 больных хронической почечной недостаточностью. Диагностика и оценка выраженности уремии проводилась определением скорости клубочковой фильтрации (уровень мочевины и креатинина крови), профилем А/Д, а также степенью отёков.

**Результаты.** У больных на фоне приёма сорбита на 10-15 дней раньше, чем в контрольной группе, отмечается уменьшение уровня азотистых шлаков в периферической крови (мочевины, креатинина), уменьшение отёков, снижение уровня гипертензии. Приём сорбита сопровождается снижением симптомов уремической интоксикации и улучшением состояния больных, которые наступают уже через 7-10 дней лечения. Это проявляется в уменьшение кожного зуда, тошноты и рвоты, головной боли и снижением уровня азотистых шлаков в периферической крови. Хорошее самочувствие при приёме сорбита сохраняется от 1 до 6 и даже 12 месяцев.

**Заключение.** Применение сорбита в сочетании с другими энтеросорбентами существенно дополняет традиционные виды диализной терапии, отодвигая сроки начала гемодиализа.

**Ключевые слова:** сорбит, хроническая почечная недостаточность, энтеросорбенты, азотистые шлаки

**Aim.** To estimate actions of sorbitol in combination with enterosorbents on gastrointestinal tract in the complex treatment of chronic renal failure.

**Materials and methods.** The study included 40 patients with chronic renal failure. Diagnosis and assessment of severity of uremia was conducted by determination of glomerular filtration rate (the level of urea and creatinine in blood), the A / D profile and the degree of edemas.

**Results.** In patients on background of reception of sorbitol 10-15 days earlier than in the control group, marked decrease in the level of nitrogenous wastes in the peripheral blood (urea, creatinine), reduction of edemas, reduction of hypertension. Reception of sorbitol accompanied by a decrease symptoms of uremic intoxication and improvement of the patient. Improvement comes after 7-10 days of treatment. This is manifested in decrease of pruritus, nausea and vomiting, headache and decrease in levels of nitrogenous wastes in the peripheral blood. Wellness at reception of sorbitol saved from 1 to 6 or even 12 months.

**Conclusion.** The use of sorbitol in combination with other enterosorbents significantly complements traditional dialysis therapy, hemodialysis pushing the starting date.

**Key words:** sorbitol, chronic renal failure, enterosorbents, nitrogenous slags

---

**Актуальность**

Хроническая почечная недостаточность является осложнением всех хронических заболеваний почек, при этом заболевании изменения аппарата пищеварения встречаются достаточно часто (уремические язвы, гастропатии, энтеропатии) [2, 3].

У больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) наблюдаются азотемия, отёки и гипертензия [2, 3]. Интерес к гастроэнтерологическим аспектам при ХПН не случаен. Вовлечение в системный процесс органов пищеварения наблюдается при всех заболеваниях, осложнённых ХПН. Выраженность поражения желудочно-кишечного тракта особенно наблюдается у больных с гипертонической и латентной формами хронического гломерулонефрита, осложнённых ХПН. Зачастую эти больные ошибочно поступают в гастроэнтерологические отделения, так как у них имеются признаки выраженного поражения желудка. Но при стационарном исследовании у них выявляется патология почек, осложнённая ХПН, а признаки поражения желудка носят вторичный характер [1]. При комплексном исследовании больных с ХПН с применением желудочного зондирования и гастрофиброскопии выявлена чёткая взаимосвязь поражения желудка с неуклонно нарастающим угнетением его секреторной функции в зависимости от стадии ХПН [4].

В условиях дефицита диализного оборудования и донорских почек для трансплантации, а также с учётом материальных возможностей больных важное значение приобретает консервативное лечение всех стадий хронической почечной недостаточности.

Комплекс консервативных лечебных мероприятий при уремии довольно ограничен. Несмотря на это, существует реальная возможность с помощью энтеросорбентов достичь положительных результатов на компенсированных стадиях почечной недостаточности [2, 3].

Энтеросорбенты - лекарственные средства различной структуры, осуществляющие связывание экзо- и эндогенных веществ в желудочно-кишечном тракте путём адсорбции, абсорбции, ионообмена и комплексообразования, широко используются при лечении ХПН.

Сорбция – метод, который позволяет фиксировать азотистые шлаки на поверхности химических неактивных веществ с различной молекулярной массой. Эта обеспечивается наличием пор различного диаметра, в которых и оседают удаляемые вещества [2, 3].

По химической природе сорбит относится к группе сладких многоатомных спиртов-полио-

лов. Как химическое соединение, сорбит известен давно, однако практическое применение он получил после того, как был осуществлён его химический синтез и выявлены многие интересные свойства: энтеросорбентное, гипотензивное и дегидратационное.

Энтеросорбция заключается в приёме сорбита per os. Наибольшая концентрация азотистых шлаков и уремических токсинов находится в тонком кишечнике.

В условиях дефицита и недоступности гемодиализа, учитывая преимущественную способность удалять азотистые шлаки слизистой оболочкой антрально-пилорического отдела желудка и слизистой оболочкой кишечника, в комплексном лечении ХПН нами применяются энтеросорбенты в различных сочетаниях и сорбит, так как последний обладает выраженным послабляющим действием.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезней и амбулаторных карт больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении и диспансерном наблюдении у нефролога Национального Медицинского Центра РТ в период с 2011 по 2012 г., по 20 (по 50 %) мужчин и женщин в возрасте от 20 до 55 лет.

Всем больным выполнены общеклинические методы исследования: общие анализы крови и мочи, определение уровня мочевины и креатинина; пробы Зимницкого, Реберга, ФВД, ЭКГ, УЗИ почек, при необходимости - экскреторная урография, профиль А/Д, измерение суточного диуреза.

В терапию опытной группы, которую составили 20 больных – по 10 мужчин (50%) и женщин (50%), кроме общепринятых препаратов, включался сорбит в дозе 50-100 г на 200 мл воды per os в течение длительного времени (с первых дней до 1 года). Контрольную группу составили 20 больных: 10 (50%) мужчин и 10 (50%) женщин, которые получали общепринятую схему лечения хронической почечной недостаточности с применением энтеросорбентов (энтеродез, леспеплан, леспенефрил, полифепан).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel пакета MS Office 2007.

**Результаты и их обсуждение**

Результаты наших исследований показывают, что у больных опытной группы на фоне применения сорбита в день приёма наступала многократная искусственная диарея, а в контрольной группе, получавшей другие энтеросорбенты,

отмечался трёхкратный кашицеобразный стул. У больных на фоне приёма сорбита на 10-15 дней раньше, чем в контрольной группе, отмечается снижение уровня азотистых шлаков в периферической крови (мочевины, креатинина), уменьшение отёков, уровня А/Д. Приём сорбита сопровождается снижением симптомов уремической

интоксикации и улучшением состояния больных, что наступает уже через 7-10 дней лечения (табл.). Это проявляется в уменьшении кожного зуда, тошноты и рвоты, головной боли и снижении уровня азотистых шлаков в периферической крови. Хорошее самочувствие при приёме сорбита сохраняется от 1 до 6 и даже 12 месяцев.

Группы	Средний уровень мочевины до лечения (ммоль/л)	Средний уровень мочевины после лечения (ммоль/л)	Средний уровень креатинина до лечения (мкмоль/л)	Средний уровень креатинина после лечения (мкмоль/л)
Опытная	18,4 ± 4,9	10,3 ± 3,2	312,7 ± 28,4	140,8 ± 18,2
Контрольная	17,0 ± 4,8	14,2 ± 3,4	298,7 ± 24,3	180,7 ± 19,2

Помимо свойства связывания с токсинами, не менее важна дегидратирующая способность сорбита. Вызывая искусственную диарею, достигаем снижения ОЦК, что опосредовано влияет на снижение А/Д, регулируемое ренин-ангиотензивной системой патологической почки.

При ХПН отмечаются признаки нефрогенного отёка лёгких, что снижает жизненную ёмкость лёгких. Благодаря дегидратационным свойствам применяемого сорбита, отмечается уменьшение нефрогенного отёка лёгкого и, следовательно, увеличение жизненной ёмкости лёгкого.

#### Заключение

Сорбция, особенно применение сорбита в сочетании с другими энтеросорбентами, существенно дополняет традиционные виды диализной терапии, отодвигая сроки перехода на экстракорпоральные методы детоксикации.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Расулов У.Р., Гадоев С.Х., Субхонова З.И., Бобиева Н.Х., Ходжиева Г.Б. Уремическая гастропатия. //Проблемы гастроэнтерологии. Москва. 2007. № 4. С. 53-54.
2. Рябов С.И., Ракитянская И.А. Нефрология: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2013. Т. 1. 767 с.
3. Тареева И.Е. Нефрология. Практическое руководство. М.: Медицина, 2000. 688 с.
4. Якубов Р.Я., Бобиева Н.Х., Баратова Ф.Д. Клинико-функциональная характеристика состояния желудка при хронической почечной недостаточности// Сборник научных тезисов 56-ой годичной научно-практической

конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Душанбе, 2009. С. 253-254.

#### REFERENCES

1. Rasulov U. R., Gadoev S. Kh., Subkhonova Z. I., Bobieva N. Kh., Khodzhieva G. B. Uremicheskaya gastropatiya [Uremic gastropathy]. *Problemy gastroenterologii - Problems of gastroenterology*, 2007, No. 4, pp. 53-54.
2. Ryabov S. I., Rakityanskaya I. A. *Nefrologiya: rukovodstvo dlya vrachey* [Nephrology: A practical guide]. St. Petersburg, SpetsLit Publ., 2013, Vol. 1. 767p.
3. Tareeva I. E. *Nefrologiya. Prakticheskoe rukovodstvo* [Nephrology: A practical guide]. Moscow, Meditsina Publ., 2000. 688 p.
4. Yakubov R. Ya., Bobieva N. Kh., Baratova F. D. [Clinical and functional characterization of the state of the stomach in patients with chronic renal failure]. *Sbornik nauchnykh tezisev 56-oy godichnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii TGMU im. Abuali ibn Sino* [Collection of scientific abstracts of 56th annual scientific conference TGMU named after Abu Ali Ibn Sino]. Dushanbe, 2009. pp. 253-254. (In Russ.)

#### Сведения об авторах:

**Бобиева Нигина Худодагиевна** – ассистент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Гадоев Саид Хамидович** – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Субханова Земфира Исмагуллоевна** – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Сунъатуллоев Давлатёр Сунатуллоевич** – ассистент кафедры терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

#### Контактная информация:

**Бобиева Нигина Худодагиевна** – тел.: +992 93 503 51 95