



В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, Т.С. Рябинкина

## **Мочевая инфекция у беременных: насколько эффективна фитотерапия?**

Фитоуросептические средства при гестационном  
пиелонефрите и других мочевых инфекциях у беременных

Информационный бюллетень



**№6(65) 2016**

**StatusPraesens**  
Profmedia

В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, Т.С. Рябинкина

# **Мочевая инфекция у беременных: насколько эффективна фитотерапия?**

Фитоуросептические средства при гестационном  
пиелонефрите и других мочевых инфекциях у беременных

Информационный бюллетень

Москва

**StatusPraesens**  
Profmedica

2016

УДК 618.2  
ББК 57.16  
Р15

**Авторы:**

*Радзинский Виктор Евсеевич*, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва);  
*Ордянец Ирина Михайловна*, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва);  
*Рябинкина Татьяна Сергеевна*, StatusPraesens (Москва).

**Р15 Мочевая инфекция у беременных: насколько эффективна фитотерапия? Фитоуросептические средства при гестационном пиелонефрите и других мочевых инфекциях у беременных** : информационный бюллетень / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, Т.С. Рябинкина. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 16 с.

ISBN 978-5-905796-84-5

Проблема рациональной терапии инфекций мочевыводящих путей во время беременности в настоящее время не имеет однозначного решения. С одной стороны, существуют нормативные документы, строго регламентирующие алгоритм действий по диагностике и лечению выраженного инфекционно-воспалительного процесса и бессимптомной бактериурии. С другой стороны, остро стоит вопрос о реальной угрозе широкого распространения антибиотикорезистентности микроорганизмов. Всё это требует разработки альтернативных и дополняющих терапевтических методов, одним из которых следует признать фитоуросептики, безопасные для беременных.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов и руководителей женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, урологов и нефрологов, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей факультетов повышения квалификации медицинских работников и последилового образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.2  
ББК 57.16

ISBN 978-5-905796-84-5

© ООО «Медиабюро Статус презентс», 2016

Решение проблемы рациональной терапии инфекций мочевыводящих путей у беременных сегодня гораздо менее однозначно, чем раньше. С одной стороны, существуют нормативные документы, **строго регламентирующие** последовательность действий по диагностике и медикаментозному лечению не только выраженного инфекционно-воспалительного процесса, но и бессимптомной бактериурии. Однако в то же время реальная угроза глобального распространения **антибиотикорезистентности** микроорганизмов предопределяет необходимость разработки альтернативных — но не нарушающих установленные правила! — терапевтических стратегий.

В этом контексте следует признать актуальным наблюдаемое в последние годы и всё более очевидное смещение общественного сознания в сторону **экологизации**. На фоне климатических изменений и обеднения окружающей среды человек постепенно (лучше поздно, чем никогда!) начинает осознавать себя как **часть биоценоза планеты**. Помогают этому и активные интернациональные взаимодействия и расширение представлений об окружающем мире.

**Экологический менталитет** — это понимание и принятие нашей собственной ответственности как за окружающую среду, так и за свои контакты с ней, поскольку и социум в целом, и каждый индивидум в отдельности — **открытая система**. Вероятно, подспудное понимание того, что мир, **в том числе и мир микроорганизмов**, в техногенную эру изменился и настало время «возвращаться» к натуральным лекарственным препаратам, может лечь в основу высокой приверженности пациентов традиционной медицине.

**В** 2011 году социологический онлайн-опрос (выполненный компанией Online Market Intelligence) показал, что **63%** россиян предпочитают не искусственную медицину, а **«лечение от природы»**<sup>1</sup>. Спустя 3 года, в 2014 году, количество наших соотечественников, желающих лечиться максимально естественными препаратами, выросло уже до **80%**, и вовсе не исключено, что этот показатель будет расти и дальше. Некоммерческая исследовательская служба «Среда» представляет следующие данные (2012 год): **лишь 43%** взрослого населения нашей страны доверяют современной медицине, причём более половины из них — с оговорками\*. Львиная доля опасений по поводу лечения связана с риском побочных эффектов вследствие недостаточной изученности недавно синтезированных молекул. Столь высокий «кредит доверия» к фитосредствам во многом обусловлен именно долгой историей использования многих лекарственных растений в медицине.

В акушерстве и гинекологии фитопрепараты применяют при различных заболеваниях, и интерес к этим средствам, безусловно, растёт. Особенно если учесть, что ещё не весь их позитивный потенциал раскрыт полностью. Например, у фи-

\* Многокомпонентные биокомплексы. Что нового? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (23). — С. 60–65.

тосредств отсутствует такая важная негативная составляющая биологического действия, как риск появления мультирезистентных супербактерий, что служит весомым аргументом «за», особенно в реалиях уже объявленной ВОЗ в 2014 году **постантибиотиковой эры**. Препараты растительного происхождения в некоторых ситуациях могут замещать более действенные, но не рекомендованные во время беременности медикаменты, в частности антибактериальные средства. При инфекциях мочевыводящих путей у беременных артерициальный **арсенал небогат**, и даже разрешенные антибиотики относятся к не самой блестящей категории В по классификатору FDA (не обнаружен риск неблагоприятного воздействия на плод у животных; адекватных и строго контролируемых исследований у беременных не проводили)<sup>2,3</sup>.

## Бактериальная «солянка»

По данным Европейского общества урологов<sup>4</sup>, половина женщин в мире по меньшей мере раз в жизни переносят инфекционное заболевание мочевых путей, и у 25–40% заболевших в течение ближайших 6–12 мес происходит **рецидив\***. Наиболее часто в роли возбудителей выступают бактерии кишечной группы: самая значимая роль принадлежит *Escherichia coli*, к которой присоединяются *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Enterococcus faecalis* и пр. Разношерстная по виду, но сходная по типичным местам обитания популяция инфектов формируется вследствие **анатомических особенностей женских мочевых путей**: мочеиспускательный канал короткий (до 35 мм) и широкий (до 12 мм), и в непосредственной близости расположены обильно заселенные бактериями слизистые оболочки влагалища и прямой кишки. Моноинфекцию отмечают редко, обычно **патогены действуют сообща**. В последнее время всё большую значимость обретают протопласты и L-формы микроорганизмов, более устойчивые к антибиотикам и не растущие на обычных питательных средах, а потому трудно идентифицируемые<sup>5</sup>.

У беременных риск заболевания составляет выше среднего, что связано с **увеличением уровня прогестеронемии**, снижением тонуса гладкой мускулатуры мочевого пузыря, мочеточников и толстой кишки, происходящим у 80% здоровых женщин уже на ранних сроках гестации. Пассаж мочи замедляется, что провоцирует функциональные нарушения кровообращения в почках. Если объём выделяемой мочи недостаточен для «смыва» случайных инфекционных агентов с эпителии уретры, то бактерии колонизируют слизистую оболочку и субэпителиально продвигаются вверх по мочевым путям, достигая мочеточников и почечных лоханок. К тому же **задержка эвакуации мочи** при беременности способствует развитию воспаления, усугубляющего стаз. В наиболее лёгком выражении указанные процессы становятся причиной **бессимптомной бактериурии**, а по мере возрастания тяжести — **острого цистита**, обострения **хронического цистита** и **острого пиелонефрита**<sup>6</sup>.

\* Апресян С.В., Симоновская Х.Ю. Роль фитотерапии в профилактике и лечении заболеваний мочевыводящих путей у беременных. Доказательные данные // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2012. — №2 (8). — С. 69–72.

Гестационный пиелонефрит отмечают у 6–18% беременных и родильниц. Острый цистит и острый пиелонефрит у пациенток этих групп наблюдают несколько реже — у 1–2,5%. У каждой третьей больной с хроническим пиелонефритом во время беременности происходит обострение. Острый инфекционный процесс в этот период опасен пагубными последствиями как для матери, так и для будущего ребёнка<sup>7,8</sup>: воспаление может стать причиной склерозирования почечной ткани, сдавления почечных канальцев и артериальной гипертензии, а также недоношенности, гипотрофии и гипоксии, инфицирования плода. У новорождённых, беременность которыми оказалась осложнена гестационным пиелонефритом, достоверно нарушены адаптивные возможности и возрастает риск антенатальной и ранней неонатальной гибели<sup>9–11</sup>.

Бессимптомную бактериурию (наличие в моче бактерий в титре  $10^5$  КОЕ/мл и более без развития клинической инфекции мочевыводящих путей) отмечают в среднем у 6% беременных. В этой связи в соответствии с приказом №572н всем пациенткам на раннем сроке гестации показано бактериологическое исследование мочи с целью обнаружения бактериурии. Лечение следует назначать при двукратном положительном результате ( $10^5$  КОЕ/мл и более)<sup>12</sup>.

В прежние годы авторы ссылались на показатели 20–40% — у такого количества женщин с бессимптомной бактериурией при гестации возникает пиелонефрит<sup>13</sup>. Однако современный внимательный пересмотр статистики показывает, что это заболевание развивается только у 2,4% пациенток (без бактериурии — у 0,6%)<sup>14</sup>. Это яркое подтверждение того, что с течением времени ранее казавшиеся неизбежными постулаты устаревают, а многие данные подлежат перепроверке.

[ Привычное невынашивание, угроза преждевременных родов и другие инфект-ассоциированные осложнения беременности — это клинические ситуации, когда обнаружение бактерий в моче ( $10^5$  КОЕ/мл) оказывается абсолютным показанием к антибактериальной терапии (приказ №572н). ]

Тем не менее в современных российских реалиях у врача нет возможности игнорировать факт обнаружения бессимптомной бактериурии у пациентки и не назначить ей лечения. В приказе №572н приведен перечень клинических ситуаций, когда обнаружение бактерий в моче ( $10^5$  КОЕ/мл) оказывается абсолютным показанием к антибактериальной терапии: привычное невынашивание, угроза преждевременных родов и другие инфект-ассоциированные осложнения гестации. Однако если бактерии в моче обнаруживают у клинически здоровой беременной, то экстренной необходимости применять антибиотики для санации всё же нет, а факторам риска вполне можно противопоставить физиотерапевтические методики (магнитолазерную терапию)\* и комбинированные фитопрепараты.

\* Мотин П.И., Федченков В.В., Сольх Р.М., Морозов С.Г. Перспективы, альтернативы и дополнения к антибактериальному лечению гестационного пиелонефрита. Фитопрепараты, магнитолазерная терапия, иммуномодуляторы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 107–115.

## Ретроспектива научного поиска

Работы в этом направлении начались ещё в прошлом веке. В 1977 году (удивительная научная предусмотрительность!) немецкие исследователи длительно (до 16 нед.) назначали беременным с обострениями хронических воспалительных заболеваний почек, пузырно-мочеточниковым рефлюксом и развившимся на их фоне гестозом **монотерапию (!)** препаратом на основе золототысячника, любистока и розмарина. В лечении половины пациенток удалось **обойтись без применения антибактериальных препаратов**, у остальных женщин достоверно снизился уровень протеинурии, и исходы для матери и плода оказались благоприятными<sup>15</sup>.

На основе опыта зарубежных коллег в 2004 году на кафедре репродуктивного здоровья Санкт-Петербургской медицинской академии было проведено научное исследование с участием 132 беременных. У 52 женщин был диагностирован активный воспалительный процесс в мочевых путях (обострение хронического пиелонефрита или цистита, гестационный пиелонефрит), а у 80 установлены серьёзные паренхиматозные заболевания почек (хронический гломерулонефрит,

### Тайны, скрытые в траве

**Розмарин лекарственный** в диком виде растёт в Северной Африке, Турции, на Кипре и европейском юге. В нашей стране его выращивают в Крыму и в Никитском ботаническом саду. Растение содержит алкалоиды (розмарицин), урсоловую, карнозиновую и розмариновую кислоты, дубильные вещества, эфирное масло<sup>16</sup>.

- Карнозиновая и розмариновая кислоты — сильные антимикробные и антиоксидантные агенты. Розмариновая кислота оказывает также противовоспалительное действие, подавляя неспецифическую активацию комплемента и синтез лейкотриенов<sup>17,18</sup>.
- Эфирное масло розмарина обладает мочегонным действием: расширяет почечные сосуды, улучшает снабжение кровью эпителия почек, замедляет процесс всасывания воды и солей натрия — но не калия, — таким образом способствуя выведению из организма лишней жидкости без нарушения водно-солевого баланса. Кроме того, эфирное масло **разрушает цитоплазматическую мембрану бактерий** и сокращает активность их аэробного дыхания — у патогена не остаётся энергии на синтез различных органических соединений.
- Флавоноиды и розмариновое эфирное масло расслабляют гладкую мускулатуру, реализуя спазмолитический эффект.

**Любисток лекарственный** в диком виде произрастает на Кавказе, в Иране и Афганистане; как пряность его часто выращивают на огородах и промышленных плантациях. Это многолетнее растение живёт до 10 лет. Отвар и настой из лекарственного растительного сырья любистока издавна применяют в народной медицине как мочегонное средство, лечат ими также болезни сердца<sup>19</sup>. Чаще, однако, используют не сам корень, а надземные части любистока — их экстракты уменьшают количество выводимого с мочой белка при болезнях почек. Эфирное

тубулоинтерстициальный нефрит, в том числе при начальной стадии ХПН) либо нетяжёлые формы гестоза. Всем пациенткам была назначена **монотерапия** препаратом «Канефрон Н» (два драже 3 раза в день, 6–12 нед), содержащим те же растительные компоненты, что и препарат в описанном выше немецком исследовании (розмарин лекарственный, золототысячник, любисток лекарственный). У беременных с **активными воспалительными заболеваниями** спустя 3–4 нед отмечена положительная динамика: исчезли лейкоцитурия и бактериурия, состав микроскопического осадка мочи в целом стал соответствовать норме, обострений инфекции не было. Параллельно улучшалась **степень чистоты влагалища**, снижалось количество лейкоцитов в мазках. У пациенток с **лёгким гестозом и паренхиматозными болезнями почек** удалось добиться снижения протеинурии и уровня креатинина в крови, кроме того, постепенно возрастал диурез и сокращались отёки<sup>20</sup>.

Годом позже в российском многоцентровом исследовании было доказано, что в зависимости от срока беременности и продолжительности приёма препарат **не оказывает побочных эффектов** на плод и новорождённого<sup>21</sup>, а также не влияет на развитие детей до 4 лет<sup>22</sup>.

масло любистока содержит терпены и фталиды, которые расширяют почечные сосуды, улучшая кровоток, и мягко увеличивают диурез. Любисток оказывает диуретическое, спазмолитическое, антимикробное, сосудорасширяющее действие.

**Золототысячник** растёт в умеренной зоне Европы, европейской части России. Его латинское название — *Centaurium umbellatum*, которое скорее всего образовано от латинских слов *centum* — «сотня» и *aurum* — «золото». Словари В.И. Даля и В.Н. Тришина приводят множество синонимов названия растения: «малый василёк», «золотник», «сердушник», «тысячник», «золотникова трава», «златотысячник» и «чаёк». Как и любисток, золототысячник содержит терпены и фталиды. В его состав также входят фенолкарбоновые кислоты, которые, попадая в просвет почечных канальцев, создают высокое осмотическое давление (не подвергаются обратному всасыванию); при этом снижается реабсорбция воды и ионов натрия, высвобождается избыток воды при отёках. Золототысячник ценен флавоноидными соединениями, феноловыми кислотами, гликозидами, алкалоидами. Вместе с биофлавоноидами розмарина они **блокируют бактериальную гиалуронидазу**, а значит, и инвазию микроорганизма в ткани<sup>17,18</sup>, оказывают слабительное, антисептическое, десенсибилизирующее действие.

Одно драже препарата «Канефрон Н» включает в себя ровно по 18 мг каждого ингредиента: травы золототысячника, корня любистока лекарственного и листьев розмарина.

Официальная документация (монографии НМРС\* по применению лекарственных растений, входящих в состав «Канефрона Н») Европейского агентства по лекарственным средствам (ЕМА\*\*) не содержит прямых противопоказаний по применению препарата во время беременности.

\* НМРС — Committee on Herbal Medicinal Products.

\*\* ЕМА — European Medicines Agency.



## Дорога к новым возможностям

Национальное руководство по акушерству (2015)<sup>23</sup> рекомендует учитывать и использовать свойства комбинированных растительных препаратов (в частности, содержащих экстракты розмарина, любистока и золототысячника), благоприятные для функций почек и мочевыводящих путей:

- мочегонное (результат активности эфирных масел);
- противовоспалительное (связано с присутствием танинов и арбутина, розмариновой кислоты);
- антисептическое (обусловлено фитонцидами, в частности фенолкарбоновой кислотой и флавоноидами);
- антиадгезивное (эффект биофлавоноидов).

В соответствии с приказом №572н пациенткам, нуждающимся в антибактериальной санации мочевыводящих путей при бессимптомной бактериурии, также имеет смысл подключать в схему лечения фиторесурс. Под эгидой Российского общества акушеров-гинекологов в 2013 году было проведено интересное **ретроспективное наблюдательное исследование**: 480 беременных с циститом (острым или обострением хронического) или пиелонефритом (в том числе гестационным) получали, помимо антибиотикотерапии, комбинированное средство растительного происхождения («Канефрон Н»). Группу сравнения составили 70 женщин: они принимали лишь антибиотики. Результаты показали, что выраженность дизурических расстройств оказалась значительно ниже в группе пациенток, которым назначили оба препарата<sup>24</sup>.

Годом ранее был проведён систематический обзор оценки безопасности фитопрепарата с розмарином, любистоком и золототысячником. Он охватил 19 исследований, где общее количество пациентов составило 3327, включая 2270 беременных, принимавших обсуждаемое средство. По итогам работы был заслуженно постулирован **высокий профиль безопасности** такого лечения<sup>25</sup>.

## Полноправный участник лечебного процесса

На кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН было проведено ретроспективное исследование, призванное дать оценку результативности фитотерапии препаратом «Канефрон Н» у беременных при инфекциях мочевыводящих путей. Из них:

- 26% — с хроническим пиелонефритом;
- 39% — с гестационным пиелонефритом;
- 8% — с выраженной атонией мочевых путей;
- 9% — с хроническим циститом;
- 5% — с нейрогенным мочевым пузырём;
- 13% — с длительной бессимптомной бактериурией.

Под наблюдением находились 100 женщин с бессимптомной бактериурией, хроническим циститом и хроническим пиелонефритом **вне обострения** на гестационном сроке 12–34 нед. Из них 55 получали **монотерапию** «Канефроном Н» по два драже 3 раза в день в течение 4 нед (I группа), 29 — **комбинированное** лечение «Канефроном Н» и цефалоспорины (II группа), 16 (с острым пие-

лонефритом, обострением хронического пиелонефрита или цистита) — стандартную терапию (III группа).

В трёх группах к моменту родов удалось достичь **санации мочевых путей**. Все пациентки отмечали улучшение общего самочувствия, сокращение отёков и повышение суточного диуреза; у всех была ликвидирована бактериурия. Частота дизурических явлений снизилась 85,5% до 12,7% в I группе, с 96,6% до 6,9% — во II группе и с 93,8% до 12,5% — в III группе. Обострения инфекции ни у кого не возникло, индивидуальной непереносимости или аллергических реакций не отмечено.

Любопытно, что если в начале лечения **бактериальный вагиноз или вагинит** отмечали у 40% больных против 14% в контрольной группе, то к моменту завершения исследования оказалось, что терапия благотворно повлияла на состояние вагинальной микробиоты — удалось **купировать симптомы сопутствующего вульвовагинита**: уменьшение количества выделений отметили 56,4% пациенток I группы, 62,1% — II группы и 62,5% — III группы. Неприятный запах из влагалища исчез у 14,3% участниц I группы, у 17,2% — II группы и у 18,8% — III группы. Мазки у пролеченных женщин показывали нормализацию микрофлоры: в умеренном количестве определялись лактобациллы, исчезали грамотрицательные бактерии, отсутствовали споры и мицелий дрожжевых грибов рода *Candida*. Слизь в отделяемом из половых путей не было, или же она присутствовала в небольшом количестве без патологических включений.

[ После лечения все пациентки отмечали улучшение общего самочувствия, сокращение отёков и количества выделений, повышение суточного диуреза, у всех была ликвидирована бактериурия. Обострения инфекции и дизурических расстройств ни у кого не возникло, индивидуальной непереносимости или аллергических реакций не отмечено. ]

Существенный показатель нормализации микрофлоры гениталий и излеченности инфекции — **снижение числа лейкоцитов** в отделяемом из половых путей обследованных. Контрольное исследование мазков из цервикального канала и влагалища продемонстрировало не более 5 лейкоцитов в поле зрения у 78,2% пролеченных пациенток I группы, 86,2% — II группы и 62,5% — III группы, а более 20 лейкоцитов обнаружено лишь у 21,8% в I группе, 13,8% — во II группе и 37,5% — в III группе. Ключевые клетки после лечения выявили только у 5,5% пациенток I группы и ни у одной пролеченной беременной в I и II группах не выявлены споры и мицелии грибов, а в III — у 43,8%. Если на старте исследования у женщин с урогенитальными воспалительными заболеваниями почти полностью отсутствовали лактобациллы, то после лечения их наблюдали уже у 70%. Тем не менее количество этих симбионтов даже после лечения было меньше, чем в группе контроля, — вероятно, из-за конкурентных взаимоотношений в экологической нише с условно-патогенной микрофлорой.

Беременность завершилась родами у 94 женщин: у 89 (94,7%) они были своевременными, у двух — преждевременными вследствие истмико-цервикаль-

## ХОРОШИЕ ОЦЕНКИ!

### ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ



В исследовании участвовало

# 100 ЖЕНЩИН

#### БАКТЕРИУРИЯ И МОЧЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

55

принимали «Канефрон Н» в течение 4 нед. Женщины получали фосфомицин однократно — явления дизурии, бактериурия и изменения в анализах мочи повторялись; всем пациенткам этой группы назначали «Канефрон Н» длительно в виде монотерапии. В итоге удалось снизить частоту дизурических расстройств и предотвратить рецидивы мочевых инфекций

#### Частота дизурических расстройств

85,5%

До лечения



12,7%

После лечения



#### ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИЛИ ЦИСТИТА

29

принимали «Канефрон Н» совместно с антибиотиками в течение 1 нед, а затем «Канефрон Н» в течение 3 нед

16

принимали стандартную терапию (антибиотики) — в течение недели

#### ЧАСТОТА ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

До лечения

96,6%



93,8%



После лечения

6,9%



12,5%



#### РЕЦИДИВЫ ДИЗУРИИ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

После лечения

20,7%



31,3%



### Бактериурия

87,3%

До лечения



12,7%

После  
лечения



### Рецидивы дизурии в течение месяца

7,3%

После  
лечения



### Нормализация показателей анализа мочи

89,1%

После  
лечения



### Уменьшение количества выделений из влагалища

56,4%

После  
лечения



### БАКТЕРИУРИЯ

До лечения

86,2%



87,5%



После лечения

17,2%



18,8%



### НОРМАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНАЛИЗА МОЧИ

После лечения

75,9%



75%



### ИСЧЕЗНОВЕНИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ВЛАГАЛИЩА

После лечения

17,2%



18,8%



### УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

После лечения

62,1%



62,5%



## ВЫВОД:

Использование комплексного фитопрепарата («Канефрон Н») в составе комбинированного лечения с антибиотиками у беременных с обострениями заболеваний почек и мочевых путей позволяет в 2 раза быстрее добиться сокращения явлений дизурий (6,9 и 12,5% соответственно) и уменьшить количество последующих рецидивов по сравнению с контрольной группой, получавшей только антибиотики.

ной недостаточности (акушерский анамнез у них был отягощён привычным невынашиванием). Кесарево сечение выполнили четырём женщинам (4,3%); показаниями послужили клинически узкий таз и слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции. У двух женщин были плановые показания для операции (анатомически узкий таз).

Хориоамнионита, гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде не выявлено. Контрольный анализ мочи в послеродовом периоде у всех пациенток подтвердил достигнутую санацию. Некоторым роженицам было рекомендовано продолжить приём фитопрепарата.

Родились 94 ребёнка, в том числе двое недоношенных (масса 2380 и 2200 г), которые нуждались в обследовании и специальных условиях выхаживания. Средняя масса тела новорождённых составила 3125 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов отмечена у 84 (89,4%), 6–7 баллов — у 10 детей (10,6%). Адаптационный период протекал нормально у 77 новорождённых (81,9%). У шестерых (6,4%) выявлена гипотрофия I степени. Асфиксии средней и тяжёлой степени не было, хотя четыре ребёнка требовали особого наблюдения вследствие лёгкой асфиксии. К моменту выписки все новорождённые находились на естественном вскармливании при достаточной лактации и в дальнейшем были вы-

## Словарь фитониринга

- **Фитониринг** (*phyto* — растение и *engineering/pioneering* — инжиниринг/ быть первопроходцем) — исследование активных растительных веществ и их дальнейшая разработка на основе новейших научных методов и технологий. Подразумевает стандартизацию сырья (выращивание в сельскохозяйственных регионах с максимально подходящими климатическими условиями, при высоких требованиях к экологичности и безопасности) и контроль производства для обеспечения стандартов качества на всех этапах.
- **Подготовка премиксов** — предварительное смешивание сухих компонентов сложных препаратов; повышает биодоступность субстанций сырья.
- **Фитосомирование** — процесс, формирующий транспортную форму лекарства. Микрокапля препарата встраивается в липидный бислой клеточных мембран, что обеспечивает пролонгированное высвобождение активного вещества.
- **Микроинкапсулирование** — покрытие сухого продукта защитной полимерной капсулой; обеспечивает сохранение биологической активности препарата, повышает его стойкость к условиям внешней среды, увеличивает срок годности<sup>26</sup>.

[ Фитотерапия весьма результативна для профилактики и лечения неосложнённых форм инфекций мочевых путей как в моноварианте, так и в составе комбинированного лечения. Исследованиями подтверждены её хорошая переносимость и профилактирование инфекционных осложнений послеродового периода. ]

писаны домой вместе с матерями. Переводов детей на II этап выхаживания не было.

Таким образом, фитотерапия оказалась весьма результативной для профилактики и лечения неосложнённых форм инфекций мочевыводящих путей как в моноварианте, так и в составе комбинированного лечения. Удалось подтвердить её хорошую переносимость и отсутствие инфекционных осложнений в послеродовом периоде.



Конечно, лучшая война — та, которая не состоялась, а лучшее лечение — то, которое не было назначено за ненадобностью, особенно во время столь деликатного периода гестации. И если в периконцепционный период возможно избежать потенциальных пагубных последствий для женщины и плода, то лучше провести лечение ещё до зачатия. Тем не менее в мире накапливается всё больше опыта в пользу фитотерапии, которая в случае необходимости может быть применена на любом сроке беременности при инфекциях мочевых путей, а также при наличии факторов их риска.

Как бы то ни было, основу тактики врача, ведущего беременную с инфекцией мочевыделительной системы, должны составлять следующие цели:

- профилактика почечной недостаточности;
- восстановление зубиоза кишечника и влагалища;
- улучшение пассажа мочи, ликвидация её застоя;
- интенсивное выведение микробов и их токсинов, санация мочевых путей.

Современные женщины при беременности склонны отдавать предпочтение мягким, «природным» лекарственным средствам. И на пути к хорошему результату лечения, когда врач действует заодно с пациенткой против болезни, фитотерапия оказывается как никогда кстати. Лишь бы помогла и не навредила — она действительно и помогает, и не вредит<sup>4</sup>. **SP**

## Литература

1. URL: <http://re-port.ru/research/90852>.
2. Минасян А.М., Дубровская М.В. Беременность на фоне хронического пиелонефрита (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — №4. — С. 920–925.
3. Никонов А.П. и др. Современные аспекты безопасности применения азитромицина и других макролидов во время беременности // Гинекология. — 2011. — №4. — С. 19–24.
4. Wullt B., Wagenlehner F., Tenke P. Recurrent urinary tract infections: can immunoactive prophylaxis improve disease management in healthy women? // EMJ Urol. — 2014. — Vol. 1 (2). — P. 22–28.
5. Фофанова И.Ю., Ледина А.В. Особенности инфекционных процессов мочевыводящих путей в акушерско-гинекологической практике // Гинекология. — 2011. — Т. 13. — №2. — С. 38–41.
6. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц // Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 784 с.
7. Апресян С.В. Гестационные осложнения и пути их профилактики у женщин с экстрагениральными заболеваниями // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2012. — 43 с.
8. Апресян С.В., Аракелян В.Ф., Абашидзе А.А. Роль бактериального вагиноза в структуре преждевременных родов // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2013. — Т. 7. — №1. — С. 6–7.
9. Об итогах реализации программы «Родовой сертификат» в Российской Федерации в 2006–2008 гг.: Методическое письмо. Минздравсоцразвития РФ, 23 сентября 2009 г. №154/2328-07.
10. Суханова Л.П., Леонов С.А. Родовспоможение в России: состояние, тенденции развития, пути совершенствования // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». — 2010. — №2. — С. 11–16.
11. Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Состояние здоровья женщин и основные направления развития службы родовспоможения в Российской Федерации // Здоровоохранение. — 2009. — №11. — С. 25–31.
12. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н (ред. от 17.01.2014) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 №27960).
13. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Лечение рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей. — Медицинское информационное агентство. — 2008. — 32 с.
14. Kazemier B.M. et al. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial // Lancet. Infect. Dis. — 2015. — Vol. 15 (11). — P. 1324–1333. [PMID: 26255208.]
15. Schleicher K., Schleicher B. Clinical experience with Canephron in gynecology, particularly during pregnancy // Therapiewoche. — 1977. — Vol. 27. — P. 9411–9413.
16. Community herbal monograph on Rosmarinus officinalis L., folium. — London: European Medicines Agency, 2008. — 7 p. — URL: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_Community\\_herbal\\_monograph/2011/01/WC500101494.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_Community_herbal_monograph/2011/01/WC500101494.pdf).
17. Pintore G., Marchetti M., Chessa M. et al. Rosmarinus officinalis L.: chemical modifications of the essential oil and evaluation of antioxidant and antimicrobial activity // Nat. Prod. Commun. — 2009. — Vol. 4 (12). — P. 1685–1690. [PMID: 20120107.]
18. Meng X., Munishkina L.A., Fink A.L. et al. Effects of Various Flavonoids on the  $\alpha$ -Synuclein Fibrillation Process // Parkinsons Dis. — 2010. — Vol. 2010. — P. 650794. [PMID: 20976092.]
19. Ильина Т.А. Большая иллюстрированная энциклопедия лекарственных растений. — М.: Эксмо, 2015. — 304 с.
20. Репина М.А., Крапивина Е.Г., Колчина В.А. и др. Современные подходы к коррекции нарушений функций почек у беременных женщин // Журн. акуш. и жен. бол. — 2004. — Т. 53. — №2. — С. 48–53.
21. Репина М.А., Колчина В.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р. и др. Фитопрепараты в лечении заболеваний почек у беременных и отдалённые результаты состояния здоровья детей // Журн. акуш. и жен. бол. — 2005. — №1 (LV). — С. 50–56.
22. Елохина Т.Б., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Пустотина О.А. Опыт применения современных растительных уросептиков в профилактике обострений гестационного и хронического пиелонефрита у беременных //

Проблемы беременных. — 2004. — №8. — С. 23–28.

23. Гинекология: Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.

24. Серов В.Н., Баранов И.И., Ткаченко Л.В. и др. Оценка опыта применения комбинированного растительного препарата у беременных (многоцентровое ретроспективное наблюдательное исследование) // Акушерство и гинекология. — 2013. — №9. — С. 105–112.

25. Набер К.Г., Перепанова Т.С. Обзор эффективности и безопасности препарата «Канефрон Н» при лечении и профилактике урогенитальных и гестационных заболеваний // РМЖ. — 2012. — №18. — С. 922–927.

26. Фитотерапия в акушерстве и гинекологии. Новый век — новая идеология. Концепция фитотонирования как этап развития фитотерапии. Информационный бюллетень / В.Е. Радзинский, Х.Ю. Симоновская. — Изд. 2-е, испр. и доп. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.



*Научно-практическое издание*

**Радзинский** Виктор Евсеевич, **Ордянец** Ирина Михайловна,  
**Рябинкина** Татьяна Сергеевна

**МОЧЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ:  
НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНА ФИТОТЕРАПИЯ?**

**Фитоуросептические средства при гестационном пиелонефрите и других мочевых  
инфекциях у беременных**

*Медицинский директор:* Светлана Александровна Маклецова

*Креативный директор:* Виталий Кристал

*Исполнительный арт-директор:* Лина Разгулина

*Ответственные редакторы:* Хильда Симоновская, Мила Мартынова

*Выпускающий редактор:* Марина Зайкова

*Вёрстка:* Юлия Скуточкина

*Корректоры:* Елена Соседова, Анастасия Валентей

*Художник:* Вадим Ильин

Подписано в печать 05.04.2016. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60х90 1/16. Объём 1 п.л. Тираж 15 400 экз.

Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс».

105082, Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26в, стр. 2.

Бизнес-центр Post-Plaza, оф. 613. Тел.: +7 (499) 346 3902.

Е-mail: [info@praesens.ru](mailto:info@praesens.ru), [www.praesens.ru](http://www.praesens.ru).

Мы ВКонтакте: [vk.com/praesens](https://vk.com/praesens).

Мы в Фейсбуке: [facebook.com/Stpraesens](https://facebook.com/Stpraesens).

Отпечатано в типографии ООО «А2».

107076, Москва, пер. Колодезный, д. 14.



9 785905 179684 5



Bionorica®

Цистит? Пиелонефрит? МКБ?

Лекарственный растительный препарат

# Канефрон® Н

Рег. уд. П № 01.4244/02



- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- Уменьшает количество повторных обострений
- Повышает эффективность антибактериальной терапии

Природа. Наука. Здоровье.

[www.bionorica.ru](http://www.bionorica.ru)  
[www.mastopatiaforum.ru](http://www.mastopatiaforum.ru)



РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.