

chomonades) and opportunistic (mycoplasma, ureaplasma, fungi) flora underlies development of LV. Morphogenesis of LV is characterized by hyperplastic reactions of urothelium and its metaplasia in laminated squamous keratotic epithelium, often with para- and dyskeratosis, developing in the presence of inflammatory reactions in the lamina in the presence of persisting infection. In LV, specific infection agents are often found in the urogenital tract. The spectrum of these agents is identical for samples from the cervical canal and vesical mucosa from leucoplakia foci. Vesical mucosa is

most frequently contaminated with *Mycoplasma hominis* (57.2%), *Candida albicans* (51.4%), *Ureaplasma urealyticum* (37.1%) and *Trichomonas vaginalis* (22.9%). Associations of the infection agents are detected in 70% of LV patients. Persistent dysuria is a basic clinical symptom of leucoplakia. The following therapeutic measures should be taken: transurethral coagulation of the vesical mucosa, intravesical therapy, immunocorrection, antibacterial treatment by standard schemes or according to the isolated flora sensitivity.

© Л. А. СИНЯКОВА, И. В. КОСОВА, 2009
УДК 616.62-002-022-055.2-084

Л. А. Синякова, И. В. Косова

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кафедра урологии и хирургической андрологии (зав. — член-корр. РАМН, проф. О. Б. Лоран) РМАПО, Москва

Введение. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из актуальных проблем урологии в связи с их высокой распространенностью, частыми рецидивами и влиянием не только на физическое здоровье женщины, но и на эмоциональную сферу. Для неосложненных ИМП характерно рецидивирование, которое, как правило (90%), связано с reinфекцией. Установлено, что у 50% женщин после эпизода цистита в течение года развивается рецидив [1], у 27% молодых женщин рецидив развивается в течение 6 мес после первого эпизода цистита [2], причем у 50% больных рецидивы отмечаются более 3 раз в год [3].

Необоснованность и нерациональность антибактериальной терапии являются факторами, приводящими к хронизации процесса и нарушениям иммунорегуляторных механизмов. Повторное назначение антибиотиков одной группы ведет к возникновению резистентных штаммов. Кроме того, длительное применение антибактериальных препаратов приводит к нарушению влагалищной микрофлоры и флоры кишечника с развитием тяжелых дисбиозов влагалища и кишечника. Не следует забывать и о той категории больных, у которых рецидивирующий характер циститов обусловлен наличием инфекций, передающихся половым путем (ИППП), такие больные требуют особого внимания и совершенно отличной от традиционной тактики лечения [4].

В связи с вышеизложенным возрастает актуальность применения растительных препаратов в качестве метода профилактики рецидивов ИМП и на этапе амбулаторного долечивания при поражении верхних мочевых путей.

Материалы и методы. В нашей клинике мы применяли препарат канефрон® Н для лечения 2 групп больных — острым пиелонефритом на этапе амбулаторного долечивания (30 больных) и хроническим циститом на фоне ИППП (60 больных).

Было обследовано 90 женщин: 30 пациенток, поступивших по скорой помощи с диагнозом острого необструктивного пиелонефрита, 60 женщин с хроническим рецидивирующим циститом на фоне ИППП. Длительность заболевания циститом варьировала от 1 года до 8 лет. Проводили микробиологическое исследование клинического материала уретры, цервикального канала, влагалища, которое включало идентификацию возбудителей ИППП методом полимеразной цепной реакции в качестве скрининга, с последующим культуральным исследованием, бактериологический анализ

мочи, общий анализ мочи, УЗИ почек с применением цветного доплеровского картирования (ЦДК) и эходоплерографии (ЭД) мочевого пузыря, цистоскопию по показаниям, обзорную экскреторную урографию по показаниям.

Канефрон Н производства компании "Bionorica" (Германия) является комбинированным растительным препаратом, в состав которого входят золототысячник (*Gentianaceae*), любисток (*Ariaceae*), розмарин (*Labiaceae*).

Основные составляющие компоненты препарата канефрона Н

Раствор для приема внутрь

100 г раствора (капель) канефрона Н содержат 29 г водно-спиртового экстракта:

- травы золототысячника (*Herba Centaurii*) 0,6 г (активные вещества — эфирные масла, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты);
- корня любистока (*Radix Levistici*) 0,6 г (активные вещества — горечи, фенолкарбоновые кислоты);
- листьев розмарина (*Folia Rosmarini*) 0,6 г (активные вещества — розмариновая кислота, эфирные масла, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты).

Драже

1 драже содержит измельченное лекарственное растительное сырье:

- травы золототысячника (*Herba Centaurii*) 18 мг,
- корня любистока (*Radix Levistici*) 18 мг,
- листьев розмарина (*Folia Rosmarini*) 18 мг.

Препарат оказывает комплексное действие: диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное и антиоксидантное, антимикробное, нефропротективное. Наиболее активными компонентами являются фенольные гликозиды и фенолкарбоновые кислоты (розмарин, любисток, золототысячник), флавоноиды (любисток), секоиридоиды (золототысячник), эфирные масла (розмарин, любисток), флавоноиды (розмарин, золототысячник) [5].

Диуретический эффект препарата обусловлен в основном сочетанным действием эфирных масел и фенолкарбоновых кислот. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует увеличению кровоснабжения почечного эпителия. Фенолкар-

Фармакологическое действие отдельных компонентов препарата

Действие препарата	Золототысячник	Любисток	Розмарин
	наиболее активные вещества		
	горечи, фенолкарбоновые кислоты	эфирные масла, фенолкарбоновые кислоты	розмариновая кислота, эфирные масла, флавоноиды
Диуретическое	+	+	+
Противовоспалительное	+		+
Спазмолитическое	+	+	+
Антимикробное	+	+	+
Вазодилаторное	+	+	+
Нефропротективное	+		+
Антиоксидантное	+		+

боновые кислоты создают высокое осмотическое давление в просвете канальцев. Увеличение выведения воды происходит без нарушения ионного баланса (калийсберегающий эффект).

Антимикробный эффект достигается за счет фенолкарбоновых кислот, оказывающих влияние на бактериальный белок, флавонов, флавоноидов, флавонолов, способных связываться с белками клеточной стенки бактерии и разрушать клеточные мембраны, эфирных масел, способных разрушать цитоплазматическую мембрану бактерий и уменьшать аэробное дыхание, при этом к названным производным не развивается устойчивость микроорганизмов. Комплексное действие всех компонентов заключается в улучшении элиминации микроорганизмов, восстановлении естественных защитных свойств мочи, препятствии образованию бактериальных пленок.

Спазмолитический эффект обусловлен флавоноидной составляющей препарата, фенолкарбоновыми кислотами, розмариновым маслом. Флавоноидные компоненты препарата оказывают не только спазмолитическое, но и ангиопротективное, противовоспалительное действие. Обнаружена высокая эффективность флавоноидной составляющей в уменьшении протеинурии (влияние на проницаемость мембран), кроме того, канефрон Н усиливает выведение солей мочевой кислоты и подщелачивает мочу [6]. Благодаря антиоксидантным свойствам флавоноиды способствуют защите ткани почек от повреждения свободными радикалами [7, 8].

Противовоспалительный эффект главным образом обусловлен розмариновой кислотой, механизм действия связан с блокированием неспецифической активации комплемента и липооксигеназы и последующим угнетением синтеза лейкотриенов. Фармакологическое действие отдельных компонентов препарата представлено в таблице [5].

Одним из важных достоинств препарата является его безопасность, подтвержденная экспериментальными и клиническими данными, в том числе и во время беременности.

Препарат применялся разными авторами как в целях метафилактики камнеобразования, так и после проведения сеанса дистанционной ударно-волновой литотрипсии и оперативного лечения мочекаменной болезни с целью профилактики осложнений и литокинеза фрагментов [9, 12]. Накоплен

опыт применения препарата в лечении хронического цистита [10, 11].

Результаты. Бактериурия в обеих группах больных выявлена у 55,8% (62 больных), *E. coli* — у 58% (36 больных). Отсутствие бактериурии (в основном в группе больных хроническим циститом) обусловлено бесконтрольным применением антибактериальных препаратов, постоянным приемом уроантисептиков.

Возбудители урогенитальных инфекций, включая герпес-вирус и вирус папилломы человека (HPV), в группе больных пиелонефритом выявлены у 73,3% (22 пациентки), в группе больных циститом — у 78,3% (47 пациенток).

По данным обследования очаговых изменений в почках выявлено не было. В качестве эмпирической терапии больным острым необструктивным пиелонефритом назначалось парентеральное введение фторхинолонов до нормализации температуры, лабораторных показателей и исчезновения клинических симптомов с последующим переводом на пероральный режим. Больным с выявленными атипичными возбудителями проводили курс специфической терапии. На амбулаторном этапе все пациентки получали канефрон Н по 50 капель 3 раза в день или по 2 драже 3 раза в сутки в течение 1 мес. При контрольном обследовании через 1 мес после окончания терапии лейкоцитурии, бактериурии не было выявлено ни у одной пациентки. Учитывая ангио- и нефропротективный эффект канефрона Н, мы выполнили ЦДК и ЭД почек по окончании терапии, при этом кровоток и перфузия почек были в пределах нормы.

Больным хроническим циститом и ИППП после проведения курса специфической терапии выполнялась цистоскопия, при которой наиболее частым изменением слизистой шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника была лейкоплакия — в 83,3% случаев (50 больных), в остальных случаях имела место гиперемия, гранулезные высыпания в области шейки. При наличии плоскоклеточной метаплазии (лейкоплакии) нарушается мукополисахаридный слой эпителия мочевого пузыря, терапия была направлена на восстановление слоя гликозаминогликанов: 3 курса по 10 внутривульварных инстилляций гепарина с интервалом 1 мес либо 2—3 инстилляций в неделю в течение 3 мес. На время внутривульварной терапии и до следующего курса больным назначался канефрон Н по 50 капель 3 раза в день или по 2 драже 3 раза в сутки в течение 1 мес. За время лечения ни у одной пациентки не было обострения цистита, больные хорошо перенесли курс внутривульварной терапии, при контрольном обследовании через 30 дней у 90% больных бактериологический анализ мочи бактериурию не выявил.

Длительность всего периода лечения и последующего наблюдения пациенток обеих групп составила 1 год.

Заключение. Таким образом, у подавляющего большинства пациенток (91%/81) после адекватно проведенного этиологического и патогенетического лечения инфекций мочевыводящих путей на фоне профилактического применения Канефрона® Н не было рецидивов в течение года.

Препарат обеспечивает дополнительные противовоспалительные и симптоматические эффекты,

которые сохраняются и после прекращения активной антибактериальной терапии. Канефрон Н обеспечивает надежную "антибактериальную защиту" при выполнении таких инвазивных манипуляций, как внутрипузырные инстилляции. Длительный прием канефрона Н обеспечивает устойчивый противорецидивный эффект (отсутствие клинических и лабораторных проявлений цистита через 30 дней лечения). Ни в одном наблюдении не было зарегистрировано побочных эффектов или непереносимости препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hooton T. M., Stamm W. E. Infect. Dis. Clin. N. Am. 1997; 11: 551—581.
2. Foxman B. Am. J. Publ. Hlth 1990; 80: 331.
3. Naber K. G. Adv. Clin. Exp. Med. 1998; 7: 41—46.
4. Лоран О. Б., Синякова Л. А., Косова И. В. Лечение и профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин. Consilium Medicum 2004; 6 (7): 460—466.
5. Канефрон Н. Лечение и профилактика болезней почек и мочевыводящих путей. Бионорика АГ. Брошюра по препарату. М.; 2005.
6. Пытель Ю. А., Амосов А. В. Растительный препарат Канефрон® Н в урологической практике. Лечащий врач 1999; 6: 38—39.
7. Калинина С. Н., Тиктинский О. Л., Александров В. П. и др.

Клиническая эффективность препарата Канефрон® Н в лечении больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств. В кн.: Тезисы докладов VI Российского нац. конгресса "Человек и лекарство" 19—23 апр. 1999 г., Москва. М.: 1999. 298.

8. Kopp H. The treatment of renal disorders with Canephron. Phys. Med. Rehab. 1975; 16: 78.
9. Шаплыгин Л. В., Монаков Д. М. Канефрон® Н в лечении и профилактике мочекаменной болезни. Врач. сословие 2004; 7: 22—24.
10. Аляев Ю. Г., Амосов А. В., Григорян В. А. и др. Применение растительного препарата Канефрон® Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью. Урология 2005; 4: 29—33.
11. Перепанова Т. С., Хазан П. Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей. Врач. сословие 2005; 4—5: 44—46.

Поступила 20.11.09

PROPHYLAXIS OF RECURRENCES OF URINARY TRACT INFECTION

L.A. Sinyakova, I.V. Kosova

Canephron® N, a medicine of plant origin, was tested in outpatient aftertreatment for prophylaxis of recurrent infection of the upper urinary tract, in intravesical therapy for prophylaxis of lower urinary tract infections in sexually transmitted diseases. Canephron® N provides an additional anti-inflammatory and symptomatic effect which lasts after active antibacterial therapy, and effective antibacterial protection in invasive manipulations, intravesical instillations, in particular. The drug showed good tolerance.

ЭНДОУРОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.617-001:617-089]-073.75-072.1

А. Г. Мартов, Ш. Ш. Гурбанов, В. С. Степанов, С. И. Корниенко

РЕНТГЕНОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Городская клиническая урологическая больница № 47 (главный врач — канд. мед. наук В. А. Максимов), ФГУ НИИ урологии (дир. — доктор мед. наук О. И. Аполихин) Росмедтехнологий, Москва

Введение. Интраоперационная травма мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) является одним из наиболее серьезных осложнений различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Довольно частое повреждение мочеточника и ЛМС во время оперативных вмешательств связано прежде всего с их топографоанатомическим положением. Расширение показаний к радикальным операциям по поводу злокачественных новообразований в хирургии, гинекологии и урологии, введение в практику эндоскопических оперативных методов лечения повлекла за собой увеличение количества больных с ятрогенными стриктурами (облитерациями) верхних мочевыводящих путей (ВМП) и мочевыми свищами [1]. Характер встречающихся травм мочеточника довольно разнообразен. Его перевязывают, прокалывают иглой и перфорируют инструментом, раздавливают клеммой, коагулируют, частично или полностью рассекают и даже резецируют. Повреждение внутренней слизистой мочеточника наряду с массивным повреждением периуретеральной клетчатки и скелетирова-

ние мочеточника также относятся к его повреждениям [2].

Как правило, следствием ятрогенных повреждений ВМП является образование стриктур, облитераций мочеточника и ЛМС и различного вида мочеточниковых свищей.

Стандартным методом диагностики повреждения ВМП является рентгенологическое обследование, объем которого зависит от локализации участка повреждения мочеточника и ЛМС и включает в себя выполнение экскреторной урографии, ретроградной уретеропиелогграфии, антеградной пиелоуретерографии или сочетание этих исследований [3, 4]. Однако, как показывает практика, не всегда рентгенологические методы исследования позволяют точно определить локализацию и протяженность поврежденного участка ВМП, а также выявить наличие мочеточниковых свищей.

В течение многих лет открытые реконструктивно-пластические операции оставались и остаются до сегодняшнего дня основными и наиболее эффективными способами оперативного лечения ятрогенных повреждений мочеточника и ЛМС [5—7]. Однако подобные операции требуют интубацион-

ГАРМОНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Канефрон® Н

- Обладает оптимальным сочетанием фармакологических эффектов:
противовоспалительным
мягким мочегонным
спазмолитическим
вазодилаторным
антимикробным
нефропротекторным
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество рецидивов заболевания
- Удобен для длительного лечения взрослых и детей в любом возрасте



МЗ РФ П N 014244/01-2006, П N 014244/02-2006



**Базисная терапия
и профилактика
воспалительных
заболеваний почек
и мочевых путей**

ISSN 1728-2985



9 771728 298000

УРОЛОГИЯ

2

•МОСКВА• МЕДИЦИНА •

2009