

17. Kupesic S., Kurjak A., Babic M. M. Normal pelvic blood flow // *Doppler Ultrasound in Gynecology* / Ed. by Kurjak A., Fleisher A. C. N. Y.; L.: The Parthenon Publ. Gr., 1998. — P. 19—25.
18. Kupesic S., Kurjak A., Vujisic S., Petrovic Z. Luteal phase defect: comparison between Doppler velocimetry, histological and hormonal markers // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 1997. — V. 9. — P. 105—112.
19. Rai R., Bakos M., Baxter N. Recurrent miscarriage — an Aspirin a day? // *Hum. Reprod.* — 2000. — V. 15. — P. 2220—2223.
20. Schild R. L., Knobloch C., Dorn C., et al. Endometrial receptivity in an vitro fertilization program as assessed by spiral artery blood flow, endometrial thickness, endometrial volume and uterine artery blood flow // *Fertil. Steril.* — 2001. — V. 75, № 2. — P. 361—366.
21. Serafini P., Batzofin J., Nelson J., Olive D. Sonographic uterine predictors of pregnancy in women undergoing ovulation induction for assisted reproductive treatments // *Fertil. Steril.* — 1994. — V. 62, № 4. — P. 815—822.
22. Sher G., Fisch D. Vaginal sildenafil (Viagra): preliminary report of a novel method to improve uterine artery blood flow and endometrial development in patients undergoing IVF. *Hum. Reprod.* — 2000. — Vol. 15, N 4. — P. 806—809.
23. Steer C. V., Tan S. L., Mason B. A., et al. Midluteal phase vaginal color Doppler assessment of uterine artery impedance in a subfertile population // *Fertil. Steril.* — 1994. — V. 61. — P. 53—58.

Н. Ф. КРАВЧЕНКО, Л. Е. МУРАШКО

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи
(директор — академик РАМН, проф. Г. Т. Сухих), Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

С целью изучения эффективности Канефрона Н в комплексной терапии и профилактике гестоза у пациенток с патологией мочевыделительной системы препарат был использован у 109 беременных женщин. I группу составили пациентки с гестозом различной степени тяжести (31 беременная, средний возраст — $28,1 \pm 4,2$ года); II группу — 35 женщин с различной почечной патологией (средний возраст — $33 \pm 3,4$ года), беременность которых не была осложнена гестозом; III (контрольную) группу — 43 беременные (средний возраст — $29 \pm 4,1$ года) с различной степенью лейкоцитурии при отсутствии анамнестических данных и клинико-лабораторных признаков патологии мочевыделительной системы.

На фоне использования Канефрона Н все женщины отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение отеков и увеличение суточного диуреза. Увеличение суточного диуреза после 10—14-дневного приема Канефрона Н отмечено у пациенток всех групп, в большей степени — во II группе (с 1590 ± 210 мл до 1780 ± 200 мл). Диуретический эффект сопровождался снижением отеков и веса, наиболее заметным у беременных с гестозом (590 ± 60 г за неделю). Количество лейкоцитов в 1 мл средней порции мочи у пациенток I и III групп составило 1500 ± 250 и 1000 ± 300 по сравнению с исходными значениями 2700 ± 400 и 4000 ± 250 , соответственно ($p < 0,05$). Высокая степень лейкоцитурии у пациенток II группы (7100 ± 500) вследствие наличия у 14 из них (40 %) лабораторных признаков обострения воспалительного почечного заболевания, а также рост уропатогенов в моче потребовали назначения антибактериальной терапии в 17 случаях. Последующий микробиологический контроль выявил рост микроорганизмов только у 1 пациентки с аномалией развития мочевыделительной системы, послуживший основанием для повторного курса использования антибиотиков.

Снижение уровня протеинурии при использовании Канефрона Н отмечено у пациенток I группы (с $0,179 \pm 0,04$ г/л до $0,057 \pm 0,03$ г/л; $p < 0,05$) и II группы ($0,054 \pm 0,05$ г/л и $0,039 \pm 0,02$ г/л; $p > 0,05$). Тенденция к регрессии концентрации сывороточного креатинина в большей степени была выражена у пациенток I группы ($70,4 \pm 3,7$ мкмоль/л и $64,3 \pm 4,2$ мкмоль/л; $p > 0,05$) по сравнению со II и III группами ($66,4 \pm 3,9$ мкмоль/л и $63,5 \pm 3,8$ мкмоль/л; $p > 0,05$), соответственно. Использование Канефрона Н приводило к уменьшению выраженности пиелозктазии у пациенток I группы в среднем с $2,0 \pm 0,9$ см до $1,8 \pm 0,8$ см ($p > 0,05$), у женщин II группы — с $2,9 \pm 0,7$ см до $2,1 \pm 0,5$ см ($p \geq 0,05$).

Таким образом, благодаря комбинации различных потенцирующих эффектов, воздействие Канефрона Н можно считать комплексным, что позволяет рекомендовать его беременным с почечной патологией для профилактики и лечения гестоза.

В структуре экстрагенитальной патологии беременных одно из ведущих мест занимают заболевания мочевыделительной системы, частота которых достигает 10—12 % [4]. Заболевания почек

оказывают негативное влияние на исход и течение беременности, родов и послеродового периода. Гестационный процесс у беременных с почечной патологией часто осложняется анемией (35—

70 %), гестозом (до 40 %), преждевременным прерыванием беременности в различные сроки (15—20 %), плацентарной недостаточностью (25—30 %), хронической внутриутробной гипоксией плода (30—40 %), задержкой внутриутробного развития плода (12—15 %) и целым рядом других серьезных состояний [2].

Одним из серьезнейших осложнений в этом перечне является гестоз.

Несмотря на использование различных средств профилактики и лечения гестоза, частота данной патологии практически не имеет тенденции к снижению. Гестоз остается одной из главных причин материнской и перинатальной смертности, составляя, по некоторым данным до 1/3 (20—33 %) всех случаев гибели женщин в связи с беременностью [5]. Потери плода и новорожденного при гестозе возрастают в 2 и более раз.

Заболевания мочевыделительной системы рассматриваются в качестве частой предпосылки для возникновения сочетанных форм гестоза. Специфические анатомо-физиологические изменения мочевыделительной системы, возникающие во время беременности — дилатация верхних отделов мочевых путей, возрастание уровней почечного кровотока и клубочковой фильтрации, физиологическая протеинурия и глюкозурия — могут явиться благоприятным фоном для развития в мочевых путях воспалительного процесса, склонного к хронизации и частым обострениям [2, 4].

Кроме того, беременность может явиться провоцирующим фактором в прогрессии скрытой и латентной почечной патологии. Так, на основании данных проведенного морфологического исследования почечных биоптатов, полученных у женщин, имевших в анамнезе гестоз, было установлено, что в 1/3 случаев развитие данного осложнения беременности было связано с клинической или субклинической манифестацией латентного почечного заболевания [1].

На сегодняшний день известно, что одним из главных патогенетических звеньев гестоза являются структурные повреждения системного эндотелия и его метаболическая дисфункция, которые сопровождаются образованием микротромбов, нарушением перфузии органов и тканей, развитием их ишемии. Гемодинамические изменения, возникающие на этом фоне, носят системный характер, но нарушения кровообращения в почках являются одним из определяющих клиническую картину патофизиологических моментов.

В связи с вышеизложенным представляется очевидным, что одним из основных путей профилактики гестоза, наряду с ранним выявлением заболеваний мочевыделительной системы, является профилактика и лечение данных состояний, в частности, профилактика инфицирования.

Профилактическое назначение антибактериальных препаратов, ранее используемое с этой целью, на сегодняшний день оставлено ввиду отсутствия достоверных данных об эффективности и целесообразности. Кроме того, профилактическое применение антибиотиков способствовало селекции устойчивых штаммов микроорганизмов и аллергизации организма [3].

При беременности, в клинически выраженных условиях измененной уродинамики мочевых путей, более целесообразны и патогенетически обоснованы немедикаментозные методы профилактики инфекции — адекватный питьевой режим и использование фитотерапии. Применение фитопрепаратов, подходящих для долговременной терапии, по мнению нефрологов, способствует улучшению процессов мочеобразования и не приводит к развитию нежелательных побочных эффектов [2].

В последние годы в комплексной терапии инфекционной и неинфекционной патологии почек стал применяться комбинированный препарат растительного происхождения Канефрон Н (Бионорика, Германия). Действующими веществами Канефрона Н является целый ряд природных составляющих (эфирные масла, фенолкарбонные кислоты, флавоноиды, сапонины, горечи, фталиды, производные ксантины и гликозиды), в комплексе обуславливающих во многом универсальный характер препарата. Он обладает мочегонным, спазмолитическим, противовоспалительным и антибактериальным эффектами. Представляется, что прием препарата, обеспечивающего подобную комбинацию эффектов, наилучшим образом позволяет достичь одну из главных целей использования у беременных — увеличения оттока мочи.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности использования Канефрона Н в комплексной терапии и профилактике гестоза у пациенток с патологией мочевыделительной системы.

Материал и методы

Препарат Канефрон Н в нашей работе был использован в комплексном лечении 109 беременных женщин. I группу составили пациентки с гес-

Таблица 1

Характер почечной патологии пациенток II группы

Характер почечной патологии	Количество пациентов (n = 35)	%
Хронический пиелонефрит	31	88,5
Гломерулонефрит	3	8,5
Мочекаменная болезнь	5	14,2
Аномалии развития почек	3	8,5
Гидронефроз	2	5,7
Вторично сморщенная почка	1	2,8
Трансплантированная почка	4	11,4
Аномалии расположения почек	2	5,7

тозом различной степени тяжести — всего 31 женщина, среди которых 19 женщин имели гестоз I степени, 9 пациенток — гестоз II степени тяжести, 3 пациентки — гестоз III степени. Комплексная терапия гестоза включала использование антигипертензивных препаратов (бета-блокаторов, антагонистов кальция (дигидропиридинов), магниальной терапии, миотропных спазмолитических средств, инфузионной метаболической терапии, витаминотерапии.

Другой группой, проанализированной в нашем исследовании, явилась когорта больных с различной почечной патологией, беременность которых, в отличие от пациенток I группы, не была осложнена гестозом. В эту группу вошли 35 женщин, имевших практически весь основной спектр почечной патологии (табл. 1).

Контрольную группу составили 43 беременные (III группа), в анализах мочи у которых регистрировалось повышенное количество лейкоцитов при отсутствии анамнестических данных и клинико-лабораторных признаков патологии мочевыделительной системы.

Канефрон Н в нашем исследовании в виде драже назначался в дозе по 2 драже 3 раза в день; длительность приема препарата различалась от 21 до 175 дней.

Всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включавшее общий анализ мочи, анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому (с определением суточного диуреза), определение содержания креатинина в сыворотке крови, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое сканирование почек. Состояние плода оценивалось на основании данных ультразвуковой биометрии, доплерометрического исследования кровотока в сосудах матки, плаценты и пуповины, кардиомониторного исследования. Результаты, полученные во время исследования, были статистически обработаны с помощью программ Excel v.8.0[®] фирмы Microsoft

и Statistica for Windows v.5.1[®] фирмы Stat Soft Inc. (США) по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики.

Результаты исследования

Средний возраст пациенток I группы составил $28,1 \pm 4,2$ года. Следует отметить, что, несмотря на молодой возраст большинства женщин, у 1/3 женщин из этой группы акушерский анамнез оказался отягощенным преждевременными родами, в том числе и оперативными, предшествующей антенатальной гибелью плода, гестозом. В данной группе практически каждая пациентка имела сопутствующую акушерскую патологию: наиболее часто присутствовала угроза прерывания беременности (29 %); плацентарная недостаточность (25,8 %), анемия беременных (51,6 %). Большинство пациенток I группы (22 беременные — 71 %) имели сопутствующую патологию мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит — 17 женщин; мочекаменную болезнь — 3 пациентки; хронический цистит — 2 пациентки; хронический гломерулонефрит — 2 пациентки).

Срок беременности при назначении Канефрона Н в данной группе варьировал в пределах от 20 до 32 недель и в среднем составил $26 \pm 5,1$ недель.

Средний возраст пациенток II группы был несколько большим, чем в I группе, и составил $33 \pm 3,4$ года. Длительность нефрологического анамнеза этих женщин колебалась в значительных пределах — от 2 до 19 лет. Срок беременности при назначении Канефрона Н составил $22 \pm 8,6$ недель.

В III группе преобладали пациентки с различными эндокринными нарушениями и заболеваниями органов репродуктивной системы. Эту категорию пациенток мы рассматривали как угрожаемую по развитию инфекции мочевыводящих путей. Средний возраст беременных этой группы равнялся $29 \pm 4,1$ года. Анализ акушерской патологии у женщин третьей группы позволил выявить угрозу прерывания беременности (37,2 %), в том числе с развитием истмико-цервикальной недостаточности, потребовавшей проведения хирургической коррекции (11,6 %), гиперандрогению (18,6 %), анемию беременных (11,6 %). Обострение хронической вирусной инфекции во время беременности возникло у 16,2 % пациенток. Среди сопутствующей соматической патологии в III группе имела место вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу (11,6 %), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура в стадии ремиссии (2,3 %); гипотиреоз (6,9 %), в 2-х случаях диагностированный во время беременности (в

обоих случаях на фоне эктопии щитовидной железы), нарушение жирового обмена (11,6 %). Патология органов репродуктивной системы была отмечена у 14 (32,5 %) женщин. В ее перечне оказались миома матки (16,2 %), в том числе во время беременности (9,3 %), наружный генитальный эндометриоз (6,9 %), воспалительные заболевания внутренних половых органов (16,2 %), рак шейки матки (2,3 %). Предшествующие беременности оперативные вмешательства (консервативная миомэктомия, ампутация шейки матки, сальпингоовариолизис, коагуляция очагов наружного генитального эндометриоза) были выполнены у 8 (18,6 %) пациенток. Беременность у 6 (13,9 %) женщин данной группы наступила после использования вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение). Срок беременности при назначении Канефрона Н в III группе равнялся 27 ± 5 недель.

Использование Канефрона Н сопровождалось субъективным и объективным улучшением состояния беременных всех групп. Все женщины отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение отеков и увеличение суточного диуреза. Увеличение суточного диуреза отмечено нами уже после 10—14-дневного приема Канефрона. На этом этапе, еще в отсутствие достоверного увеличения, данный параметр у пациенток I группы возрастал в среднем на 150—180 мл в сутки (с 1340 ± 180 мл до 1480 ± 210 мл; $p > 0,05$), но в большей степени он увеличивался во II группе — с 1590 ± 210 мл до 1780 ± 200 мл. Возрастание суточного диуреза у женщин III группы также не было достоверно значимым (1650 мл и 1720 мл, соответственно) несмотря на субъективные ощущения пациенток, однако при более длительном использовании Канефрона Н имело место уменьшение отеков.

Наметившийся диуретический эффект сочетался со снижением избыточного веса, более заметным у беременных с гестозом — в среднем на 590 ± 60 г за неделю.

После 15—20-дневного использования Канефрона Н значительно снижалось количество лейкоцитов в 1 мл мочи. Отчетливая динамика снижения лейкоцитурии была зарегистрирована нами у пациенток I и III групп (в среднем, соответственно, с 2700 ± 400 до 1500 ± 250 , $p < 0,05$ и с 4000 ± 250 до 1000 ± 300 , $p < 0,05$). При этом выявленное в начале обследования повышенное количество лейкоцитов у большинства пациенток этих двух групп не сопровождалось ростом микроорганизмов в посевах мочи. Лишь у 5-ти беременных (у 3-х женщин I и 2-х пациенток III груп-

пы) при бактериологическом исследовании мочи был обнаружен рост микроорганизмов (в 2-х случаях — кишечной палочки, в 2-х — энтерококков и в одном случае — протей). При этом в трех случаях имела место истинная бактериурия, в 2-х других — количество бактерий в культуре мочи не превышало 103 КОЕ/мл. Истинная бактериурия явилась показанием для назначения антибактериальной терапии. Обнаружение бактериурии, по степени не превышающую истинную, послужило основанием для вовлечения пациенток в исследование и назначения Канефрона Н. Последующий микробиологический контроль за эффективностью проведенного лечения роста микроорганизмов не выявил. В дальнейшем на фоне регулярного приема Канефрона Н бактериурия не возобновилась ни у одной из этих женщин.

Намного более высокий уровень первоначальной лейкоцитурии был отмечен нами у беременных II группы. До назначения Канефрона количество лейкоцитов составляло в среднем более 7000 в 1 мл мочи (7100 ± 500). Более высокий уровень лейкоцитурии у пациенток II группы объяснялся тем фактом, что у 14 из них (40 %) присутствовали лабораторные признаки обострения почечного заболевания (главным образом, пиелонефрита) — умеренный лейкоцитоз (до 11—13 тыс. лейкоцитов в крови), умеренный нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (9—11 % палочкоядерных лейкоцитов), гипохромная анемия. В 31,4 % случаев в посевах мочи обнаруживался рост различных уропатогенов: как и у женщин I группы, преобладала кишечная палочка (87 %), реже высевались энтерококк, клебсиелла, протей. Следует отметить, что клинические признаки обострения воспалительного процесса в почках (боли в поясничной области, положительный симптом поколачивания и др.) присутствовали только у 2 из 14 пациенток. Вместе с тем, у 13 из них имели место явления угрозы прерывания беременности и, как часто бывает в подобных случаях, именно поиск причины угрожающего выкидыша или угрожающих преждевременных родов привел к обнаружению неблагоприятия со стороны почек.

Наличие указанных симптомов послужило основанием для проведения курса антибактериальной терапии. Следует отметить, что длительность антибактериальной терапии в большинстве случаев (у 13 пациенток) на фоне использования Канефрона не превысила 7 дней, кратность курсов — 1. Только у 1 пациентки с аномалией развития мочевыделительной системы потребовался повтор-

ный курс использования антибиотиков, длительность которого составила 12 дней.

На фоне проводимого комплексного лечения гестоза с использованием Канефрона Н происходило достоверное снижение уровня протеинурии у пациенток I группы (с $0,179 \pm 0,04$ г/л до $0,057 \pm 0,03$ г/л; $p < 0,05$). Уровень протеинурии у женщин II группы в нашем исследовании не был высоким (не превышал $0,054 \pm 0,05$ г/л) и в процессе лечения также имел тенденцию к снижению ($0,039 \pm 0,02$ г/л; $p > 0,05$).

Содержание сывороточного креатинина имело более выраженную тенденцию к снижению у пациенток I группы (с $70,4 \pm 3,7$ мкмоль/л до $64,3 \pm 4,2$ мкмоль/л; $p > 0,05$) по сравнению со II и III группами ($66,4 \pm 3,9$ мкмоль/л до $63,5 \pm 3,8$ мкмоль/л; $p > 0,05$). Параллельно со снижением уровня сывороточного креатинина нами отмечена положительная динамика возрастания скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Использование Канефрона в составе комплексной терапии гестоза и обострения хронического воспалительного процесса ткани почки приводило к уменьшению выраженности пиелэктазии. По данным динамического ультразвукового сканирования размеры почечных лоханок постепенно уменьшались (у пациенток I группы в среднем с $2,0 \pm 0,9$ см до $1,8 \pm 0,8$ см, $p > 0,05$), причем более отчетливая тенденция к снижению прослеживалась у женщин II группы — с $2,9 \pm 0,7$ см до $2,1 \pm 0,5$ см ($p \geq 0,05$).

Исход беременности оказался благоприятным у всех пациенток в исследовании.

Ни у одной из пациенток на фоне использования Канефрона Н не отмечено побочных эффектов и/или аллергических реакций.

Обсуждение

Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным преморбидным фоном развития беременности, на котором существенно ограничиваются возможности адаптационных механизмов и усугубляются различные патологические процессы. Среди экстрагенитальных заболеваний инфекционно-воспалительная патология мочевыделительной системы занимает одно из первых мест, способствуя развитию различных гестационных осложнений. Развиваясь на фоне специфических для беременности анатомо-физиологических изменений мочевыделительной системы, воспалительный процесс сопровождается нарушением уродинамики и гемодинамическими изменениями в мочевыводящих путях. Как известно, нарушение кровообращения в почках являет-

ся одним из ведущих патогенетических звеньев серьезного осложнения беременности — гестоза. В связи с этим, профилактика инфицирования МВП во время беременности имеет особое значение в профилактике гестоза.

Отсутствие достоверных данных об эффективности и целесообразности использования антибактериальных средств для профилактики инфицирования мочевыводящих послужило основанием для поиска новых, хорошо переносимых, не вызывающих побочных эффектов лекарственных препаратов. На сегодняшний день для предупреждения рецидивов и развития мочевой инфекции целесообразным считается использование фитотерапии [3]. Ее благоприятное влияние на почечную функцию связано с различными свойствами лекарственных растений — мочегонным, противовоспалительным, антисептическим и др. Попытка сочетания указанных свойств привела к созданию комплексного препарата Канефрон Н. Благодаря составляющим компонентам — золототысячнику, любистоку, розмарину — Канефрон Н оказывает комплексное действие: диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное и антиоксидантное, антимикробное, нефропротективное, а также обладает способностью снижать протеинурию и повышенные концентрации креатинина и мочевины в крови.

В нашем исследовании показана эффективность применения препарата Канефрон Н в комплексной терапии гестоза, а также состояний, угрожаемых по развитию данного осложнения.

Наиболее быстро достигался диуретический эффект препарата, обусловленный сочетанным действием эфирных масел и фенолкарбоновых кислот. При этом увеличение выведения жидкости происходит без нарушения ионного баланса (калий-сберегающий эффект). Возрастание суточного диуреза отмечено нами уже после двухнедельного курса приема Канефрона Н. В пользу данного эффекта свидетельствовало и снижение избыточного веса, особенно заметное у пациенток с гестозом.

Противовоспалительным и антибактериальным эффектами Канефрона Н объяснялось его положительное влияние на степень лейкоцитурии. У пациенток с гестозом и риском развития данного осложнения лейкоцитурия не была высокой и чаще проявлялась в отсутствие бактериурии. Возможно, она могла объясняться изменениями кровообращения в почках, способствующими развитию гестоза и определяющими его клиническую картину. Естественно, бактерицид-

ный эффект Канефрона Н невозможно сравнивать с воздействием антибактериальных препаратов. Однако при возникшей необходимости использования последних параллельное назначение Канефрона приводило к стойкому положительному клинико-микробиологическому эффекту, особенно заметному у пациенток с хронической воспалительной почечной патологией.

Регрессия лейкоцитурии при приеме Канефрона Н, возможно, обеспечивалась и за счет спазмолитического эффекта препарата, способствующего постепенному улучшению уродинамических параметров. В пользу данного объяснения может свидетельствовать и уменьшение степени выраженности пиелоэктазии у различных групп пациенток.

Представляется, что комбинация различных свойств Канефрона Н — спазмолитического, диуретического, противовоспалительного — может оказывать положительное влияние не только на уродинамические, но также и внутривисочечные гемодинамические показатели. Среди фармакологических особенностей Канефрона Н — его сосудорасширяющий эффект, обусловленный входя-

щими в его состав горечами золототысячника. В пользу улучшения внутривисочечного кровотока свидетельствовали данные о снижении уровня сывороточного креатинина параллельно с возрастанием скорости клубочковой фильтрации. Последнему параметру мы придавали особое значение, поскольку одним из факторов, определяющих объем клубочковой фильтрации в почке, является количество функционирующих клубочков. Устранение спазма внутривисочечных сосудов также может явиться основой ангиопротективного эффекта Канефрона, на который косвенно указывала положительная динамика уровня протеинурии.

Таким образом, благодаря комбинации различных эффектов, нередко потенцирующих друг друга, воздействие Канефрона Н можно считать комплексным, что позволяет рекомендовать его беременным с почечной патологией для профилактики и лечения гестоза. Существенным моментом является возможность длительного использования данного препарата, отсутствие необходимости его отмены перед родами или в период лактации.

SUMMARY

N. F. Kravchenko, L. E. Murashko

CANEPHRON N USING IN COMPLEX GESTOSIS TREATMENT AND PROPHYLAXIS IN URINARY TRACT PATHOLOGY

With the aim to evaluate the efficacy of Canephron N in complex therapy and prophylaxis of gestosis we used this medication in 109 pregnant patients with urinary tract pathology. I-st group was consisted of 31 pregnant women with gestosis of different degree of severity (mean age — 28,1 ± 4,2 years); II-nd group — 35 women with different urinary tract pathology (mean age — 33 ± 3,4 years) without gestosis; III (control) group — 43 pregnant patients with leucocyturia without clinical symptoms or/and history of urinary tract pathology (mean age — 29 ± 4,1 years).

It was noted increased urine excretion after a 10–14-day period of Canephron N using in all patients presumably in II group (from 1590 ± 210 ml to 1780 ± 200 ml). Diuretic effect was accompanied with edema and weight decreasing especially in gestosis patients (590 ± 60 g per a week). Urine leucocyte per 1 ml in the Ist and IIIrd group patients was 1500 ± 250 and 1000 ± 300 compared with the initial data 2700 ± 400 and 4000 ± 250, respectively (p < 0,05). High level of leucocyturia in the II group (7100 ± 500) due to laboratory signs of urinary tract inflammatory pathology in 40 % patients as well as bacteriuria demanded antibacterial therapy in 17 cases. Subsequent microbiological control did not reveal bacteria presence in all treated patients excepted 1 woman with urinary tract anomalies.

The tendency to proteinuria decreasing was observed in the Ist (0,179 ± 0,04 g/l and 0,057 ± 0,03 g/l; p < 0,05) and IInd group (0,054 ± 0,05 g/l and 0,039 ± 0,02 g/l; p > 0,05). Serum creatinine decreasing was noted to be more intensive in the Ist group (70,4 ± 3,7 μmol/l and 64,3 ± 4,2 μmol/l; p > 0,05) comparing with the IInd and IIIrd groups (66,4 ± 3,9 μmol/l and 63,5 ± 3,8 μmol/l; p > 0,05). Canephron N using was also accompanied by diminishing of the intensity of pyeloectasia in the Ist (20 ± 9 mm and 18 ± 8 mm (p > 0,05) and IInd group (29 ± 7 mm and 21 ± 5 mm (p 1 0,05).

Thus, due to unique combination of anti-inflammatory, diuretic, spasmodic and nephroprotective effects Canephron N can be recommended for complex gestosis treatment and prophylaxis in pregnant women with urinary tract pathology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мурашко Л. Е., Мойсюк Я. Г., Кандидова И. Е., Сергейко И. В. Беременность у женщин с трансплантационной почкой // Акуш. и гинек., 1999, № 4.
2. Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. Тареевой И. Е. — М.: Медицина, 2000. С. 464–484.
3. Рациональная антимикробная терапия: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. Яковлева В. П., Яковлева С. В. — М.: Литера, 2003. С. 276–279.
4. Шехтман М. М. Акушерская нефрология. — М.: Триада-Х, 2000. С. 40–103.
5. Kincaid-Smith P., Fairley K., Packham D. Pregnancy in membranous glomerulonephritis // Nephrol. Dial. Transplant. — 1992, N 1 (Suppl.). P. 60–63.