

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

П.И. Мотин<sup>1</sup>, С.А. Пульбере<sup>2</sup>, А.В. Локтев<sup>2</sup>, М. Абуд<sup>2</sup>, Е.А. Атаманова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения, Москва

<sup>2</sup> Кафедра урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

ПИЕЛОНЕФРИТ ЗАНИМАЕТ ЛИДИРУЮЩЕЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОК НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ, ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКУЮ, НО И СОЦИАЛЬНУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. БАЗИСНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. ОДНАКО НАДЕЖДЫ, ВОЗЛАГАВШИЕСЯ НА ДАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОЛНОСТЬЮ НЕ ОПРАВДАЛИСЬ, А АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОКАЗАЛАСЬ ДАЛЕКО НЕ БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ДАЮЩИМ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ, АЛЛЕРГИИ, ПРИ ЭТОМ ИЗ-ЗА УСТОЙЧИВОСТИ МИКРОФЛОРЫ ДАЛЕКО НЕ ВСЕГДА ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ. ПРОВЕДЕННАЯ НА БАЗЕ ГКБ № 29 РАБОТА ПОКАЗАЛА, ЧТО ПРИ ОСТРОМ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОТЕРАПИИ ПОЗВОЛЯЕТ В БОЛЕЕ КОРОТКИЕ СРОКИ КУПИРОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА И УМЕНЬШИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. РАЗРАБОТАНЫ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

Ключевые слова: ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ФИТОТЕРАПИЯ, СТЕНТИРОВАНИЕ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

PYELONEPHRITIS IS A LEADER IN FREQUENCY AMONG KIDNEY DISEASE PATIENTS WITH DIFFERENT STAGES OF PREGNANCY, WHICH DETERMINES NOT ONLY MEDICAL BUT ALSO SOCIAL SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM. THE BASIC COMPONENT OF CONSERVATIVE TREATMENT OF ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITIS IS AN ANTIBACTERIAL THERAPY OF DIFFERENT GROUPS OF ANTIBACTERIAL DRUGS. HOWEVER, THE HOPES ASSIGNED TO THESE CHEMICALS ARE NOT FULLY REALIZED, AND ANTIBIOTIC THERAPY WAS FAR FROM HARMLESS METHOD OF TREATMENT, WHICH GIVES A LARGE NUMBER OF COMPLICATIONS, ADVERSE REACTIONS, ALLERGIES, HOWEVER BECAUSE OF THE STABILITY OF MICROFLORA NOT ALWAYS ENSURE THE RECOVERY. CONDUCTED ON THE BASIS OF THE CITY CLINICAL HOSPITAL №29 WORK SHOWED THAT ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITIS USE OF COMBINED ANTIBACTERIAL THERAPY USING HERBAL MEDICINE ALLOWS MORE QUICKLY TO ARREST THE CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF PYELONEPHRITIS AND TO REDUCE THE FREQUENCY OF RELAPSE INFLAMMATORY PROCESS IN POKEROOM PERIOD. RECOMMENDATIONS ON THE COMBINED TREATMENT OF ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITIS.

Ключевые слова: GESTATIONAL PYELONEPHRITIS, PHYTOTHERAPY, STENTING OF THE URINARY TRACT, ANTIBIOTIC THERAPY.

Одной из актуальных в урологии проблем остается острый пиелонефрит в связи с довольно высокой заболеваемостью, особенно среди молодых женщин, нередкими случаями повторных атак пиелонефрита, зачастую во время беременности [1, 2].

Пиелонефрит занимает первое место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных и родильниц, его частота достигает 10 % и выше; наиболее часто (около 80 %) его атаки развиваются во II триместре (22–28 недель) беременности. После родов опасность развития пиелонефрита остается высокой еще в течение 2–3 недель, пока сохраняется дилатация верхних мочевых путей и риск возникновения послеродовых заболеваний (эндометрит и др.). Послеродовый пиелонефрит часто является обострением хронического процесса, существовавшего до беременности, или продолжением заболевания, начавшегося во время беременности. Около 10 % женщин, перенесших острый пиелонефрит беременных, в последующем страдают хроническим пиелонефритом; в свою очередь у 20–30 %

женщин, перенесших в прошлом острый пиелонефрит, возможно обострение процесса во время беременности, особенно в поздние сроки.

Гестационный пиелонефрит может оказывать неблагоприятное воздействие на течение беременности и состояние плода. Установлено, что гестационный пиелонефрит ассоциирован с высокой частотой гестозов, характеризующихся ранним началом и тяжелым течением, самопроизвольным прерыванием беременности в различные сроки и преждевременными родами, которые отмечаются у 15–20 % беременных с этой патологией. Частым следствием гестационного пиелонефрита являются гипотрофия и задержка внутриутробного развития плода, выявляемые у 12–15 % новорожденных. Кроме того, у 35–42 % женщин, перенесших гестационный пиелонефрит, развивается железодефицитная анемия [2, 3].

Факторами, предрасполагающими к возникновению пиелонефрита у беременных, являются:

- снижение тонуса верхних мочевых путей вследствие нейрогуморальных сдвигов, преимущественно гормонального характера (избыток эстрогенов, прогестерона и глюкокортикоидов), отмечается уже при сроке беременности 8 недель;
- механическое давление беременной матки на мочеточники, особенно правый; местные факторы, нарушающие уродинамику (крупный плод, узкий таз, многоводие, многоплодие);
- наличие асимптоматической бактериурии у 5–10 % беременных. Последнее обстоятельство имеет исключительно

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мотин П.И. — заведующий урологическим отделением ГКБ № 29

Пульбере С.А. — ассистент кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, РУДН, к.м.н.  
E-MAIL: PULP@MAIL.RU

Локтев А.В. — аспирант кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, РУДН

Абуд М. — ординатор кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, РУДН

Атаманова Е.А. — аспирант кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, РУДН

важное значение, т.к. острый пиелонефрит возникает в среднем у 30 % беременных с асимптоматической бактериурией. У них, даже несмотря на антибактериальное лечение, острый пиелонефрит возникает чаще, чем у беременных со стерильной мочой;

- наличие интеркуррентных воспалительных заболеваний;
- перенесенные ранее урологические заболевания у беременных; латентно протекающие заболевания.

Характерно расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и мочеточников, начинающееся в I триместре, которое достигает максимума на 5–8-м месяце и сохраняется еще в течение 12–14 недель после родов. Во время беременности происходят выраженные изменения гормонального баланса (увеличение концентрации эстрогенов, прогестерона, кортикостероидов). На сроке 7–13 недель содержание эстрадиола увеличивается почти в 20 раз. Прогестерон резко возрастает с 11–13-й недели. Концентрация кортикостероидов в крови беременных увеличивается к концу II триместра. Нарушение соотношения гормонов способствует расслаблению мышц матки, происходят расширение, удлинение и изгиб мочеточников, их перегиб. Под воздействием гормонов происходит снижение амплитуды и частоты сокращений мочеточников, расширяются почечные лоханки, что приводит к нарушению оттока мочи. Эстрогены способствуют росту патогенных микроорганизмов, особенно таких, как кишечная палочка.

Более частая локализация воспалительного процесса в правой почке обусловлена анатомическими особенностями: правый мочеточник имеет общую соединительнотканную оболочку с яичниковой веной, правая яичниковая вена имеет более короткий ствол и проходит впереди мочеточника, впадая в нижнюю полую вену. Во время беременности происходит расширение и варикозное изменение правой яичниковой вены, которая сдавливает правый мочеточник, что приводит к нарушению оттока из правой почки. Кроме того, механическое давление на правый мочеточник обусловлено ротацией увеличенной матки вправо. Верхние мочевые пути слева защищены от давления увеличенной матки сигмовидной ободочной кишкой.

Наиболее значимыми возбудителями гестационного пиелонефрита являются представители семейства *Enterobacteriaceae* (грамотрицательные палочки), из которых на долю *E. coli* приходится 75–85 %, клебсиеллы и протей – 10–20 %, синегнойной палочки – 7 %, сравнительно реже встречаются грамположительные кокки – около 5 % (стрептококки группы В, энтерококки, стафилококки). За последние годы возросла роль госпитальных штаммов грамотрицательных бактерий, отличающихся высокой вирулентностью и множественной резистентностью к антимикробным препаратам, как возбудителей тяжелых форм пиелонефрита. Определенную роль могут играть хламидии, микоплазмы и уреоплазма.

Основой лечения острого необструктивного пиелонефрита считается комбинированная антибактериальная терапия, направленная на элиминацию возбудителя из почки [2, 4]. Однако надежды, возлагавшиеся на антибиотики, полностью не оправдались, а антибиотикотерапия оказалась далеко не безобидным методом лечения, дающим большое количество осложнений, побочных реакций, аллергий, угнетение иммунитета, при этом из-за устойчивости микрофлоры далеко не всегда обеспечивающей выздоровление [5]. Это уникальный класс препаратов, активность которых по отношению к микроорганизмам снижается со временем. Скорость развития

устойчивости микрофлоры и степень выраженности этого явления связаны в первую очередь с природой возбудителя. Большинство исследований показывают, что по скорости формирования резистентности бактерии можно условно подразделить на две группы: быстро вырабатывающие устойчивость и медленно вырабатывающие устойчивость. Так, наиболее быстро устойчивость развивается у эшерихий, сальмонелл, микоплазм, протей, синегнойной палочки; менее интенсивно этот процесс протекает у гемофильной палочки, пастерелл, стрептококков. Природой возбудителя также обусловлены механизмы антибиотикоустойчивости: модификация чувствительной мишени, образование капсул, самоорганизация в биопленки, переход бактерии в метаболически слабоактивное состояние, инактивация антибиотика, активное выведение антибиотика из микробной клетки (эффлюкс), нарушение проницаемости внешних структур микробной клетки [6, 7]. Антибиотикорезистентность на сегодняшний день выходит за рамки сугубо медицинской проблемы, имеет огромное социально-экономическое значение, т.к. инфекции, вызванные резистентными штаммами патогенов, характеризуются более тяжелым течением, увеличивают продолжительность пребывания его в стационаре, требуют применения комбинированной антибиотикотерапии с использованием резервных препаратов. Все это приводит к увеличению экономических затрат на лечение, ухудшает прогноз для здоровья и жизни пациенток, а также повышает риск распространения резистентных штаммов.

Таким образом, лечение воспалительных заболеваний мочеполовых органов, несмотря на значительный арсенал антибактериальных препаратов, представляет собой трудную задачу. Инфекционно-воспалительные процессы в этой области отличаются торпидностью, склонностью к рецидивам и развитию осложнений. Антибактериальная терапия позволяет успешно справляться с инфекцией, подавлять активный воспалительный процесс, но не всегда дает полное излечение. Некоторые больные, особенно страдающие хроническими воспалительными заболеваниями, нуждаются в постоянной поддерживающей или противорецидивной терапии, в которой с успехом могут применяться лекарственные растения. При этом особого внимания заслуживают многокомпонентные сборы, оказывающие разностороннее воздействие на организм.

Использование фитотерапевтических средств, учитывая многогранность их действия, способствует усилению противовоспалительного эффекта антибиотиков, улучшению пассажа мочи, устранению болевого компонента. Для лекарственных растений характерно явление синергизма, поэтому в целях достижения максимального терапевтического действия предпочтительнее назначение сборов из нескольких растений. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают нежелательного побочного действия, их можно применять длительный период времени (при необходимости терапия продолжается в течение 1–2 лет), особенно при хронических заболеваниях, не приводят к дисбактериозу. Назначение фитопрепаратов при заболеваниях мочеполового тракта основано на их антимикробном, противовоспалительном, мочегонном, литолитическом, спазмолитическом, обезболивающим действиях, способности нормализовать иммунный статус и половую функцию. Рациональное, осмысленное их применение позволяет существенно повысить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ**

Период беременности	Основная группа (n = 81)	Контрольная группа (n = 46)
I триместр (%)	4 (5)	3 (7)
II триместр (%)	51 (63)	30 (65)
III триместр (%)	26 (32)	13 (28)

Одним из таких фитопрепаратов, которые хорошо зарекомендовали себя, является лекарственный растительный препарат Канефрон® Н (Bionogica, Германия). Канефрон® Н – комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaureum umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*).

Согласно многочисленным наблюдениям Канефрон Н оказывает достаточно выраженное и разнонаправленное действие. Прежде всего Канефрон Н обладает противовоспалительным действием (розмариновая кислота тормозит выделение как простагландинов, так и лейкотриенов [8]). Кроме того, растительный лекарственный препарат препятствует адгезии уропатогенной *E. Coli* к клеткам мочевого пузыря человека [9]. Канефрон Н оказывает как прямое, так и косвенное антибактериальное действие, фенолкарбоновые кислоты, фталиды, флавоноиды действуют против широкого спектра бактерий, влияя на бактериальный белок, повреждая клеточные мембраны бактерий и угнетая аэробное дыхание этих микроорганизмов. Также Канефрон Н препятствует образованию биопленок, улучшает элиминацию микроорганизмов. К другим не менее важным фармакологическим эффектам Канефрона Н относят спазмолитическое действие (эфирные масла устраняют рефлекторный спазм мочевых путей, улучшается пассаж мочи, уменьшается выраженность боли); вазодилаторное (эфирные масла расширяют почечные артериолы, улучшают кровоснабжение тканей почек) и диуретическое действия (эфирные масла опосредованно через улучшение кровоснабжения и функции эпителия почечных канальцев, фенолкарбоновые кислоты прямо за счет повышения осмотического давления в просвете почечных канальцев). Кроме того, Канефрон Н повышает pH мочи, поддерживая ее при систематическом применении на уровне 6,2–6,8. Это обстоятельство, а также то, что благодаря улучшению кровоснабжения антибиотики лучше проникают в ткани почек и мочу, обуславливают потенцирование препарата эффекта антибактериальной терапии.

**Целью работы** явилось улучшение результатов лечения острого гестационного пиелонефрита обструктивного и необструктивного типов и профилактика рецидивов в послеродовом периоде.

**Материал и методы.** Для выполнения поставленных задач проведен анализ результатов лечения 127 пациенток с острым пиелонефритом, которые находились на стационарном лече-

нии в ГКБ № 29 с 2012 по 2014 г. Критериями включения в исследование были отсутствие в анамнезе заболеваний почек, наличие объективных признаков острого пиелонефрита. Критериями исключения: наличие изначально признаков деструкции в почке, отказ пациенток от динамического обследования в послеродовом периоде, наличие конкрементов в мочевыводящих путях.

Все больные распределены на две группы: основную и контрольную. В основную группу вошла 81 пациентка с диагнозом «острый гестационный пиелонефрит», которой наряду с антибактериальной, спазмолитической терапией проводилась фитотерапия препаратом Канефрон Н в дозе 2 драже x 3 р/день в течение 21 дня каждые 2 месяца до родов. В контрольную группу вошли 46 пациенток, лечение которых не включало фитотерапию.

Результаты обрабатывались общепринятыми статистическими методами (Т-критерий Манна–Уитни и др.) с использованием компьютерной программы «Statistica 10 лечение лечение».

Возраст пациенток составил от 17 до 42 лет, средний возраст –  $27,4 \pm 3,1$  года. Анамнез больных острым пиелонефритом составил от 2 до 120 часов, в среднем  $26,4 \pm 2,3$  часа. У 79 (62,2 %) пациенток беременность первая, у 39 (30,7 %) – беременность вторая и у 9 (7,1 %) пациенток – третья.

Сравниваемые группы были сопоставимыми по основным характеристикам. Распределение больных по сроку беременности представлено в *табл. 1*.

Как показывают приведенные в *табл. 1* данные, у 65 % пациенток гестационный пиелонефрит возник во II триместре беременности, у 30 % больных – в III и у 5 % – в I триместре.

**Результаты и обсуждение.** Наиболее частыми клиническими проявлениями пиелонефрита были боли в поясничной области различной степени выраженности и повышение температуры тела с ознобом, по этим характеристикам группы также идентичны (*табл. 2*).

Всем больным при поступлении в стационар проведено комплексное обследование, включившее общий клинический анализ крови (381 исследование) и мочи (254 исследования), биохимический анализ крови с обязательным определением креатинина и мочевины, уровня глюкозы и общего белка (254 исследования), производился количественный анализ мочи по Нечипоренко (381 исследование), посев мочи при поступлении, на 7-е и 10-е сутки пребывания в стационаре с ускоренным (в

**ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

Симптомы	Основная группа, n = 81	Контрольная группа, n = 46
Боли в пояснице (%)	81 (100)	46 (100)
Лихорадка (%)	80 (98)	46 (100)
Озноб (%)	67 (83)	39 (85)
Дизурия (%)	35 (43)	25 (54)
Общая слабость (%)	31 (38)	15 (32)
Лейкоцитурия, 10/3 *	$75,12 \pm 2,8^*$	$81,34 \pm 3,7^*$
Лейкоцитоз, 10/9 *	$16,5 \pm 2,3^*$	$16,2 \pm 1,9^*$
Выявленные микроорганизмы в посевах мочи, более $10^4$ (%)	49 (60)	26 (56)

\* изменения достоверны –  $p < 0,05$ .

течение 48 часов) определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам по стрипам до идентификации ее и последующим стандартным посевом на твердые питательные среды, выделением возбудителя и уточнением чувствительности к антибактериальным препаратам по дискам (381 исследование), исследование свертывающей системы крови (127 исследований), ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря (254 исследования), ультразвуковое исследование матки и плода (127 исследований) (табл. 2).

Основной микробной флорой в посевах мочи, вызвавшей пиелонефрит, была кишечная палочка с одинаковой частотой в основной и контрольной группах.

С целью дообследования уродинамики по верхним мочевыводящим путям и определения показаний к дренированию путем стентирования всем пациенткам при поступлении в стационар произведена хромоцистоскопия. По данным хромоцистоскопии и УЗИ почек, в зависимости от наличия обструкции верхних мочевыводящих путей распределение больных гестационным пиелонефритом основной и контрольной групп было следующим. В основной группе у пациенток в I триместре беременности обструкции верхних мочевыводящих путей не выявлено, во II триместре у 32 (63 %) пациенток и III триместре у 22 (86 %) пациенток нарушен пассаж по верхним мочевыводящим путям. В контрольной группе у 3 пациенток в I триместре беременности обструкции мочевыводящих путей не выявлено, во II триместре у 18 (60 %) пациенток и III триместре у 11 (85 %) пациенток нарушен пассаж по верхним мочевыводящим путям. Таким образом, из 127 больных гестационным пиелонефритом у 89 (65,3 %) имел место обструктивный характер воспалительного процесса, причем в 75 % случаев нарушение пассажа мочи наблюдалось справа, а в 1 % имела место двусторонняя обструкция верхних мочевыводящих путей.

Всем пациенткам основной и контрольной групп с гестационным пиелонефритом обструктивного типа произведено стентирование верхних мочевыводящих путей. В остальном комплекс лечебных мероприятий в группах был идентичным и включал антибактериальную терапию, обильное питье, инфузионную, дезинтоксикационную терапию, жаропонижающие при гипертермии.

Проблема выбора антибиотика при беременности заключается в необходимости объединить в одном препарате такие свойства, как хорошая переносимость, установленная безвредность для матери и плода с низким уровнем резистентности вероятных возбудителей.

Антибактериальная терапия острого пиелонефрита у беременных включала амоксициллин/клавуланат – 1,2 г 3 раза в сутки у 119 (94 %) пациенток; цефуроксим натрия – по 1,0 г 3 раза в сутки – при аллергических реакциях на препараты группы ампициллина – у 8 (6 %) пациенток.

Результаты лечения оценивались по клиническому, лабораторным, ультразвуковым данным перед выпиской из стационара, затем через 1, 3, 6 и 12 месяцев при амбулаторном наблюдении.

Изучение результатов стационарного этапа лечения показало, что средняя длительность пребывания в стационаре в основной группе пациенток с гестационным пиелонефритом обструктивного типа составила  $9,67 \pm 0,41$  койко-дня, необструктивного типа –  $7,81 \pm 0,29$  койко-дня. В контрольной группе средняя длительность пребывания в стационаре у

ТАБЛИЦА 3. ВОЗБУДИТЕЛИ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Микроорганизмы	Процент выявляемости
<i>Escherichia coli</i>	88
<i>Proteus</i> spp.	6
<i>Klebsiella/Enterobacter</i> spp.	< 1
<i>Enterococcus</i> spp.	< 1
<i>Staphylococcus</i> spp.	< 1
<i>Streptococcus</i> spp.	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	< 1
Другие грамотрицательные бактерии	2

пациенток с гестационным пиелонефритом обструктивного типа –  $10,21 \pm 0,34$  койко-дня, необструктивного типа –  $8,72 \pm 0,52$  койко-дня.

У больных гестационным пиелонефритом купирование основных клинических проявлений воспалительного процесса происходило несколько быстрее в основной группе. Так, нормализация температуры тела в группах наступала в одинаковые сроки. Боли в области почки у пациенток с гестационным пиелонефритом необструктивного типа в основной группе в среднем прошли через  $3,21 \pm 0,22$  дня, в контрольной – через  $3,71 \pm 0,15$  дня, дизурия в основной группе исчезла через  $2,67 \pm 0,11$  дня лечения, в контрольной – через  $3,04 \pm 0,14$ . Среди пациенток с гестационным пиелонефритом обструктивного типа тянущие боли в проекции почки, дизурия сохранялись у 45 (83 %) основной группы и 25 (86 %) контрольной группы, которые являлись стентассоциированными симптомами. Однако улучшение самочувствия, уменьшение симптомов интоксикации в основной группе в среднем наступило через  $3,57 \pm 0,19$  дня, в контрольной – через  $4,11 \pm 0,17$  дня.

Изучение динамики лабораторных показателей при лечении гестационного пиелонефрита выявило, что существенной разницы в снижении лейкоцитоза крови в группах не было: средние значения его в основной группе при поступлении –  $16,5 \pm 2,3 \times 10^9$ /л, при выписке –  $6,58 \pm 0,31$ ; в контрольной –  $16,2 \pm 1,9$  и  $5,6 \pm 0,14$  соответственно. Снижение величины СОЭ было одинаковым в группах – в среднем на 5 мм/ч за стационарный период лечения.

Установлено, что бактериурия в основной группе у 28 (57 %) пациенток при поступлении была  $10^6$  КОЭ и более, у 14 (29 %) –  $10^5$  КОЭ и у 7 (14 %) –  $10^4$  КОЭ; к выписке у 4 (8,2 %) больных бактериурия констатирована на уровне  $10^5$  КОЭ, у 45 (91,8 %) – менее  $10^4$  КОЭ. В контрольной группе у 14 (53 %) больных при поступлении бактериурия была  $10^6$  КОЭ и более, у 8 (31 %) –  $10^5$  КОЭ и у 4 (15 %) –  $10^4$  КОЭ; к выписке выявлена у 5 (19 %) на уровне  $10^5$  КОЭ, у 21 (81 %) – менее  $10^4$  КОЭ. Следует отметить, что бактериурия в посевах мочи в 82 % случаев наблюдалась у пациенток с обструкцией мочевыводящих путей, которым проводилось последующее стентирование верхних мочевыводящих путей.

Лейкоцитурия при поступлении установлена в основной группе в среднем на уровне 75,12 тыс., в контрольной – 81,34 тыс. в 1 мл и при выписке – 3,7 и 4,3 тыс. в 1 мл осадка мочи соответственно. У большинства пациенток обеих групп перед выпиской лейкоцитурия отсутствовала как в общем анализе мочи, так и при количественной оценке лейкоцитурии.

Но в 9 (11,1 %) наблюдениях основной группы и 6 (13 %) контрольной к выписке сохранялась лейкоцитурия до 5000 в

1 мл, причем из них у 13 (87 %) пациенток выявлен обструктивный тип гестационного пиелонефрита.

Всем пациенткам после выписки из стационара рекомендован прием антибактериальных препаратов (Амоксициллин клавулат 1000 мг x 2 р/д или Цефалоспорины 400 мг x 1 р/д) в течение 10 суток.

В зависимости от срока беременности пациенткам основной группы рекомендован прием фитопрепарата Канефрон Н в течение 21 дня каждые 2 месяца до родов.

В послеродовом периоде в сроке от 2 до 4 недель пациентки основной и контрольной групп госпитализированы в урологическое отделение, где после комплексного обследования и исключения конкрементов в мочевыводящих путях, наличие которых являлось критерием исключения из исследования, произведена цистоскопия и удаление внутреннего стента. На протяжении 12 месяцев каждый 21-й день каждые 2 месяца пациенткам основной группы рекомендовано продолжать монотерапию фитопрепаратом Канефрон Н.

Пациенткам с необструктивным типом пиелонефрита основной группы по схожей схеме на протяжении 12 месяцев рекомендовано продолжать прием фитопрепарата Канефрон Н в качестве монотерапии.

Изучение отдаленных результатов лечения острого пиелонефрита показало, что через 3 месяца после выписки латентный пиелонефрит выявлен у 5 (6,2 %) пациенток основной группы и у 7 (15,2 %) контрольной, что говорит о лучшем достижении ремиссии пиелонефрита при профилактическом приеме препарата Канефрон Н. Через 6 месяцев признаки латентного пиелонефрита при обследовании в основной группе выявлены у 3 (3,7 %) больных, в контрольной у 6 (13,0 %), а

1 (2,2 %) больная контрольной группы перенесла повторную атаку пиелонефрита со стационарным лечением. Всего в контрольной группе через 6 месяцев проявления пиелонефрита констатированы в 7 (15,2 %) наблюдениях, что почти в 4 раза превышает показатель основной группы.

Через год в основной группе у 2 (2,5 %) больных была повторная атака пиелонефрита с той же стороны, еще в 2 (2,5 %) наблюдениях выявлен латентный хронический пиелонефрит; остальные пациентки на фоне профилактического приема фитопрепарата Канефрон Н имели нормальные показатели анализов крови и мочи, сохранную структуру и функцию почек, отсутствие клинических признаков пиелонефрита. В контрольной группе повторные атаки пиелонефрита на протяжении года наблюдения отмечены у 3 (6,5 %) пациенток, а у 4 (8,7 %) больных контрольной группы выявлен латентный хронический пиелонефрит.

Из представленных данных можно сделать следующие выводы: большим острым гестационным пиелонефритом проведение комплексной терапии, включающей антибактериальную и фитотерапию растительным препаратом Канефрон Н, позволяет купировать воспалительный процесс в 92 % случаев и предотвращать переход заболевания в хроническую форму. Кроме того, использование в комплексном лечении препарата Канефрон Н позволяет сокращать сроки пребывания в стационаре с 10,21 до 9,67 койко-дня при обструктивном типе пиелонефрита и с 8,72 до 7,81 койко-дня – при необструктивном типе пиелонефрита, рационально использовать лекарственные препараты, увеличивать частоту ремиссий через год после выписки из стационара в 2,5 раза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. – 2008. – № 1. – С. 3–6.
2. Довлатян А.А. Интенсивная терапия при осложненных формах гнойного пиелонефрита беременных // Урология. – 2008. – № 2. – С. 10–14.
3. Орджоникидзе Н.В. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов – М. – 2009. – 432 с.
4. Синякова Л.А., Косова И.В. Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2008. – № 1. – С. 11–13.
5. Herranz M.A. Urinary tract infection in pregnancy // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* – 2005. – Vol. 23, N 4. – P. 40–64.
6. Hill J.B. Acute pyelonephritis in pregnancy // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 105, N 1. – P. 18–23.
7. Delzell J.E.Jr., Leferre M.L. Urinary tract infections during pregnancy // *Am. Fam. Physician.* – 2000. – Vol. 61, N 3. – P. 713–721.
8. Scheckel et al. Rosmarinic acid antagonizes activator protein-1-dependent activation of cyclooxygenase-2 expression in human cancer and nonmalignant cell lines // *J.Nutr.* – 2013.
9. 13 th International Congress of the Society for Ethnopharmacology, Graz, Austria, September 2-6, 2012, Efficacy of Canephron N against bacterial adhesion, inflammation and bladder hyperactivity, poster 671

# К Л И Н И Ч Е С К А Я НЕФРОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

4/2014

**«КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ»**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:**  
ООО «Бионика Медиа»

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-51558 от 26.10.12

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ:**  
Красивская И.Г.

**ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР:** Дроздов А.И.

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ПО МЕДИЦИНСКИМ ИЗДАНИЯМ:** Власова А.В.

**ИЗДАТЕЛЬ**  
ООО «Бионика Медиа»

**bionika media**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ, УЧРЕДИТЕЛЯ:**

117420 Москва, ул. Профсоюзная, 57, под. 3  
Тел. (факс): (495) 334-43-88,  
E-mail: [sp@bionika-media.ru](mailto:sp@bionika-media.ru)  
Координатор: Полякова Е.В.  
Выпускающий редактор: Головина Ю.П.  
Секретарь редакции: Оганезова Л.Г.  
E-mail: [lapaogap@gmail.ru](mailto:lapaogap@gmail.ru)  
Корректор: Андреева Л.Ю.

**АРТ-ДИРЕКТОР:** Лындина М.А.

**Отдел дизайна и верстки:**  
Дорошина Ю.В., Панова И.А.,  
Полякова М.И., Смирнов А.И.

**РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:**

ООО «Бионика Медиа»  
Тел. (495) 786-25-57  
Директор по рекламе: Корепанова Д.П.  
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе: Крекшина О.Н.  
Департамент по рекламе в медицинской прессе:  
Дивлекеева Н.И., Кочеткова И.Л., Донских А.В.,  
Соболева Ю.В., Туманова О.А., Петрова М.Н.  
Директор по корпоративным продажам: Шуленгина И.С.

**ПОДПИСКА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ:**

Тел.: (495) 332-02-63; 332-02-68  
E-mail: [subscription@bionika.ru](mailto:subscription@bionika.ru)

**Подписные индексы**

32692 для индивидуальных подписчиков  
32694 для организаций

Дата выхода в свет – 29.08.2014 г.

Цена свободная

Формат 60x90 1/8. Усл. печ. л. 10.25.

Отпечатано в ОАО «ИПК «Чувашия».

428019, г. Чебоксары, просп. И. Яковлева, 13.

Тираж 5 000 экз.

**Бионика**

Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций в печатном или электронном виде из журнала «Клиническая нефрология» допускается только с письменного разрешения издателя ООО «Бионика Медиа»

ISSN 2075-3594



9 772075 359772 >

При поддержке  
Научного общества нефрологов России  
РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ  
РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
ТВОРЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

Н.А. МУХИН

**ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Г.П. Арутюнов,  
В.В. Фомин

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Ю.Г. Аляев (Москва)	Ю.В. Наточин (Санкт-Петербург)
С.А. Бойцов (Москва)	С.Н. Наконечников (Москва)
И.А. Борисов (Москва)	С.В. Недогода (Волгоград)
В.И. Бурцев (Москва)	Р. Palatini (Падова, Италия)
В.А. Варшавский (Москва)	Э.К. Петросян (Москва)
С.Р. Гиляревский (Москва)	Л.Т. Пименов (Ижевск)
В.В. Длин (Москва)	Е. Ритз (Гейдельберг, Германия)
Г.Е. Гендлин (Москва)	А.П. Ребров (Саратов)
В.А. Добронравов (Санкт-Петербург)	А.В. Смирнов (Санкт-Петербург)
В.М. Ермоленко (Москва)	D. Sica (Ричмонд, США)
Ю.М. Захаров (Челябинск)	Б.З. Сиротин (Хабаровск)
J.E. Hall (Джексон, США)	В.П. Терентьев (Ростов-на-Дону)
Л.В. Козловская (Москва)	Н.А. Томилина (Москва)
Н.Л. Козловская (Москва)	В.Н. Хирманов (Санкт-Петербург)
О.Н. Котенко (Москва)	А.Н. Цыгин (Москва)
P.W. de Leeuw (Маастрихт, Нидерланды)	И.Е. Чазова (Москва)
А.И. Мартынов (Москва)	С.В. Шалаев (Тюмень)
В.С. Моисеев (Москва)	М.В. Шестакова (Москва)
С.В. Моисеев (Москва)	Е.М. Шилов (Москва)
С.Е. Mogensen (Аархус, Дания)	Е.В. Шутов (Москва)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

М.В. Архипов (Екатеринбург)	Я.Г. Мойсюк (Москва)
М.М. Батюшин (Ростов-на-Дону)	Т.Л. Настаушева (Воронеж)
И.Н. Бобкова (Москва)	Н.Б. Перепеч (Санкт-Петербург)
Н.Н. Боровков (Нижний Новгород)	Л.С. Приходина (Москва)
В.И. Бурцев (Москва)	А.В. Туев (Пермь)
Н.В. Воронина (Хабаровск)	С.К. Туганбекова (Астана, Казахстан)
А.А. Демин (Новосибирск)	Р.М. Фазлыева (Уфа)
М.С. Игнатов (Москва)	Н.Н. Хасабов (Москва)
И.М. Кутырина (Москва)	Н.М. Чихладзе (Москва)
Ю.М. Лопатин (Волгоград)	В.Ю. Шило (Москва)
И.В. Медведева (Тюмень)	А.М. Шутов (Ульяновск)

ИМПАКТ фактор 0,402

Журнал «Клиническая нефрология» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук (решение Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки № 6/6 от 19 февраля 2010 года)