

Фитопрофилактика инфекционных осложнений гестации у женщин с хроническим пиелонефритом

А. Б. Хурасева, д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии¹
С. В. Петров, к.м.н.²

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

²ООО «Авиценна» (Медицинский центр «Авиценна»), г. Курск

Phytoprophylaxis of infectious complications of gestation in women with chronic pyelonephritis

A. B. Khuraseva, S. V. Petrov

Kursk State Medical University, Medical Center 'Avicenna'; Kursk, Russia

Резюме

В акушерской практике актуальным является поиск резервов повышения эффективности профилактики гестационных осложнений, ассоциированных с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы. Целью настоящего исследования стала оценка результатов использования фитопрепарата Канефрон® Н у беременных женщин с хроническим пиелонефритом. В исследование были включены 100 женщин, случайным образом распределенные в четыре группы, в трех из которых проводилось профилактическое применение препарата Канефрон® Н, в четвертой фитопрофилактика не назначалась. Установлено, что монотерапия препаратом Канефрон® Н снижает риск обострений хронического пиелонефрита, улучшает функциональное состояние мочевыводящих путей, уменьшает частоту бактериурии. Оптимальные результаты достигаются при использовании профилактических курсов препарата Канефрон® Н на сроках гестации 10–12, 22–24 и 34–36 недель.

Ключевые слова: инфекции мочевых путей, хронический пиелонефрит, пиелонефрит беременных, бактериурия, фитотерапия.

Summary

In obstetric practice, the search for reserves to increase the effectiveness of prevention of gestational complications associated with infectious and inflammatory diseases of the urinary system is relevant. The purpose of this study was to assess the results of using the Canephron® N herbal medicine in pregnant women with chronic pyelonephritis. The study included 100 women, randomly divided into four groups, three of which were carried out for prophylactic use of the drug Canephron® N, and were not prescribed phytoprophylaxis in the fourth. It has been established that monotherapy with Canephron® N reduces the risk of exacerbations of chronic pyelonephritis, improves the functional state of the urinary tract, reduces the incidence of bacteriuria. Optimal results are achieved with the use of prophylactic courses of Canephron® N at the gestational period of 10–12, 22–24, and 34–36 weeks.

Key words: urinary tract infections, chronic pyelonephritis, pyelonephritis in pregnant, bacteriuria, phytotherapy.

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема пиелонефрита беременных. Это обусловлено, с одной стороны, увеличением распространенности данного заболевания, которая достигает 17,4–23,2%, и, с другой стороны, повышением риска различных осложнений, связанных с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью у беременных с хроническим пиелонефритом [1–3].

Предпосылками для обострения и прогрессирования хронического пиелонефрита во время беременности являются анатомо-функциональные особенности, свойственные гестационному процессу [4]. При этом неосложненные формы пиелонефрита во время беременности протекают со скудной или атипичной симптоматикой, что обуславливает сложности диагностики и несвоевременное начало терапии. Воспалительные заболевания мочевых путей отягощают течение беременности и родов, являются одним из пусковых механизмов развития внутриутробного инфицирования,

увеличивают риск невынашивания беременности, перинатальной заболеваемости и смертности [5–7].

Сокращение числа рецидивов хронического пиелонефрита во время беременности ассоциировано со снижением количества акушерских осложнений. Однако назначение антибиотиков с целью профилактики гестационного пиелонефрита даже при наличии показаний (например, бессимптомной бактериурии) ограничивается ввиду возможного негативного влияния на плод и организм матери, а также из-за отсутствия убедительных данных о положительном соотношении пользы и риска [8–10].

В то же время для профилактики гестационного пиелонефрита возможно использование фитопрепаратов, которые применяются в комплексном лечении острого инфекционно-воспалительного заболевания почек, в том числе у беременных женщин. К таким препаратам относится Канефрон® Н, продемонстрировавший эффективность в терапии пиелонефрита беременных [11]. В клинических наблюдениях не было установлено фетотоксического действия

Канефрона Н, а частота врожденных дефектов у новорожденных была даже ниже популяционных значений [12]. В связи с этим использование данного растительного препарата с целью профилактики обострения хронического пиелонефрита во время беременности представляется логичным и обоснованным.

Цель исследования: оценить эффективность растительного препарата Канефрон® Н для профилактики обострений хронического пиелонефрита у беременных женщин.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 женщин репродуктивного возраста от 20 до 36 лет, принимавших в различные сроки беременности препарат Канефрон® Н. Критерии включения: наличие в анамнезе хронического пиелонефрита, отсутствие клинических и лабораторных признаков обострения заболевания, одноплодная беременность, наблюдение с I триместра беременности и согласие пациентки



Цистит? Пиелонефрит? МКБ?

Лекарственный растительный препарат

Канефрон® Н

Рег. уд. П № 014244/02



- ✓ Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- ✓ Уменьшает количество повторных обострений
- ✓ Способствует отхождению конкрементов и препятствует их образованию

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru
www.mastopatiaforum.ru



Любисток



Золототысячник



Розмарин

РЕКЛАМА

Таблица 1
Результаты эффективности терапии в сравниваемых группах

Параметры	1-я группа, n = 26		2-я группа, n = 24		3-я группа, n = 22		4-я группа, n = 28		p
	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	
Обострение хронического пиелонефрита во время беременности	2	7,7 ± 5,2	4	16,7 ± 7,6	6	27,3 ± 9,5	16	57,1 ± 9,4	p1-4 < 0,01 p2-4 < 0,01 p3-4 < 0,05
УЗ-признаки пиелозастоя и гидрокаликоза	3	11,5 ± 6,3	6	25,0 ± 8,8	9	40,9 ± 10,5	18	64,3 ± 9,1	p1-3 < 0,05 p1-4 < 0,001

Таблица 2
Частота бессимптомной бактериурии до и после лечения в сравниваемых группах (M ± m, %)

Параметры	1-я группа, n = 26		2-я группа, n = 24		3-я группа, n = 22		4-я группа, n = 28		P
	До лечения, I триместр	Перед родами, III триместр	До лечения, I триместр	Перед родами, III триместр	До лечения, I триместр	Перед родами, III триместр	До лечения, I триместр	Перед родами, III триместр	
Бессимптомная бактериурия	n = 7 26,9 ± 8,7	n = 4 15,4 ± 7,1	n = 8 33,3 ± 9,6	n = 6 25,0 ± 8,8	n = 6 27,3 ± 9,5	n = 9 40,9 ± 10,5	n = 6 21,4 ± 7,8	n = 12 42,9 ± 9,4	p1-4 < 0,05 p1-3 < 0,05

на исследование и лечение. Критерии исключения: отсутствие хронического пиелонефрита в анамнезе, многоплодная беременность, наличие конкрементов и аномалий строения органов мочевыделительной системы.

Канефрон® Н назначали по 50 капель или по два драже три раза в сутки, продолжительность курса составляла три недели. В зависимости от сроков и кратности проводимых курсов профилактической терапии пациентки были рандомизированы в четыре группы. В первую группу вошли женщины (n = 26), получавшие три профилактических курса на 10–12-й, 22–24-й и 34–36-й неделях беременности; интервалы между проводимыми курсами составляли 10 недель. Следует отметить, что данные сроки проведения профилактической терапии были выбраны не случайно, а с учетом анатомо-физиологических особенностей, то есть изменений гормонального гомеостаза на ранних сроках гестации и нарастающей компрессии мочевых путей растущей маткой во второй половине беременности.

Вторую группу составили пациентки (n = 24), которым было проведено только два курса профилактической терапии в 10–12-ю и 22–24-ю недели беременности. Пациентки третьей группы (n = 22) получили терапию только в I триместре беременности. Женщины четвертой группы (контрольная группа) не получали профилактической терапии во время беременности.

Проведено комплексное обследование, включающее клинические, лабораторные и эхографические методы.

Статистическая обработка результатов исследования включала: вы-

числение абсолютных, относительных и средних величин, их ошибок; коэффициент корреляции и их ошибок, оценку достоверности различий по критерию Стьюдента на персональном компьютере с использованием программ Statgrafics и Microsoft Excel. За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Включенные в исследование пациентки были сравнимы по демографическим показателям, возрасту, преморбидному фону, особенностям течения хронического пиелонефрита до беременности и гинекологическому анамнезу. Оценка различных режимов профилактического назначения препарата Канефрон® Н выявила существенную разницу по характеристикам течения хронического пиелонефрита во время беременности у женщин, получающих и не получающих фитопрофилактику.

У каждой второй женщины в четвертой группе, где не проводилось профилактической фитотерапии, имело место обострение хронического пиелонефрита, что было достоверно чаще по сравнению с другими группами (табл. 1). Частота рецидивов была сопоставима с указанными в литературе данными о частоте рецидивов заболевания среди беременных женщин [12].

У пациенток, которые получали Канефрон® Н только на сроке 10–12 недель, рецидив пиелонефрита во время беременности наблюдался в два раза реже ($p < 0,05$) по сравнению с женщинами группы контроля. Оптимальный результат был достигнут

у пациенток первой группы, принимавших Канефрон® Н трижды за беременность, — случаи пиелонефрита были зафиксированы только у двух женщин, что в восемь раз реже по сравнению с группой контроля.

Ультразвуковые признаки пиелозастоя (10–15 мм при норме до 10 мм) и гидрокаликоза (7–12 мм при норме до 5 мм) в III триместре беременности диагностировались в четвертой группе достоверно чаще по сравнению с группами, получавшими Канефрон® Н (табл. 1), однако одного курса терапии в I триместре оказалось недостаточно для предотвращения эхографических симптомов прогрессии заболевания. Наибольшая разница по частоте обнаружения данных маркеров была получена между группой трехкратного приема и группой контроля ($p < 0,001$). Хотя достоверная разница была отмечена уже при сравнении первой и третьей групп ($p < 0,05$).

Были также проанализированы данные о частоте бессимптомной бактериурии у пациенток до начала терапии в I триместре беременности и перед родами (табл. 2). Исходно доля пациенток с бессимптомной бактериурией в группах статистически не отличалась. На фоне применения препарата Канефрон® Н у пациенток, получивших три профилактических курса, частота бессимптомной бактериурии снизилась в 1,7 раза. В противоположность этому в четвертой группе, где профилактическая терапия не использовалась, доля бессимптомной бактериурии возросла в два раза. Перед родами частота бессимптомной бактериурии была достоверно меньше в первой группе

в сравнении с третьей и четвертой группами: $15,4 \pm 7,1\%$ против $40,9 \pm 10,5\%$ и $42,9 \pm 9,4\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Вопрос о необходимости назначения антибиотикотерапии при бессимптомной бактериурии дискутируется [10]. В настоящее время признано, что вне беременности этот вариант инфекции мочевых путей не нуждается в терапии. Отношение к бессимптомной бактериурии во время беременности до сих пор не сформировано: разница во мнениях обусловлена рисками инфекционного заболевания почек и его негативных последствий, с одной стороны и, с другой стороны, рисками повторной антибиотикотерапии для беременной и плода. В этой связи применение препарата Канефрон® Н представляет разумное решение проблемы, поскольку позволяет эффективно уменьшить частоту бактериурии и, таким образом, обеспечить двойную безопасность как с позиций снижения риска острого пиелонефрита и его гестационных осложнений, так и в отношении отсутствия побочных реакций со стороны организма беременной женщины и плода.

Важно отметить, что в нашем исследовании не было выявлено отрицательных побочных эффектов при использовании препарата Канефрон® Н. Аналогичный профиль безопасности применения препарата демонстрируют другие авторы [11].

Таким образом, использование фитопрепарата Канефрон® Н во время беременности значительно снижает частоту рецидивов хронического пиелонефрита и случаев бессимптомной бактериурии, а также улучшает функциональное состояние мочевыводящих путей, способствуя уменьшению размеров чашечно-лоханочной системы. Наиболее эффективным является профилактический прием на сроках 10–12, 22–24 и 34–36 недель, наиболее уязвимых для функционирования мочевыделительной системы во время беременности.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита. Урология. 2008; (1): 3–6.
2. Власюк М.Е. и др. Клиническая эффективность консервативной и эндоурологической тактики

лечения беременных с острым пиелонефритом при ретенционно-обструктивных осложнениях. РМЖ 2010; 2: 1–9.

3. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD. Acute pyelonephritis in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2005; 105 (1): 18–23.
4. Шехтман ММ. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: Трида Х, 2005.
5. Иремашвили ВВ. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему. *Русский медицинский журнал.* 2007; 15 (29): 2231–2236.
6. Капительный ВА. Современные подходы к диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей во время беременности. *Врач.* 2007; (11): 74–75.
7. Sharma P, Thapa L. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective study. *Aust. NZ J. Obstet. Gynec.* 2007; 47 (4): 313–5.
8. Pazos Otero N, Fuentes Rico Y, Ferrandez PB et al. Pyelonephritis and pregnancy. Our experience in a general hospital. *An. Med. Interna.* 2007; 24 (12): 585–587.
9. Shea K, Hilburger E, Baroco A., Oldfield E. Successful treatment of vancomycin-resistant enterococcus faecium pyelonephritis with daptomycin during pregnancy. *Ann. Pharmacother.* 2008; (18): 211–218.
10. Kang CI, Kim J, Park DW, et al. Clinical Practice Guidelines for the Antibiotic Treatment of Community-Acquired Urinary Tract Infections. *Infect. Chemother.* 2018; 50(1): 67–100.
11. Мотин П.И., Пульбере С.Д., Локтев А.В., Абуд М., Атаманова Е.А. Применение препарата Канефрон Н в комплексном лечении больных с острым гестационным пиелонефритом. *Клиническая нефрология.* 2014; 4: 38–42.
12. Медведь ВИ, Исламова ЕВ. К вопросу о безопасности препарата Канефрон® Н в акушерской практике. *Здоровье женщины.* 2009; 4 (40): 94–96.

Для цитирования. Хурасева А.Б., Петров С.В. Фитопрофилактика инфекционных осложнений гестации у женщин с хроническим пиелонефритом // Медицинский алфавит. Серия «Современная гинекология». — 2019. — Т. 1. — 1 (376). — С. 76–79.



XIX

ПЛАТИНОВАЯ
УНЦИЯ

ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС
ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

ВСЕ ПОДРОБНОСТИ НА САЙТЕ
WWW.UNCIA.RU

18 АПРЕЛЯ

ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2018

ГОЛОСОВАНИЕ ВТОРОГО ЭТАПА ПРОЙДЕТ В ПЕРИОД С 25 ФЕВРАЛЯ 2019 ПО 29 МАРТА 2019 ГОДА

КОНТРОЛЬ СООТВЕТСТВИЯ ПРОЦЕДУРЫ
ПРОВЕДЕНИЯ ГОЛОСОВАНИЯ РЕГЛАМЕНТУ
КОНКУРСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

ЕУ
Совместимость бизнес,
улучшение мира.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР

bionika media

Медицинский алфавит

АПТЕКАРЬ

МБ МЕДВЕСТИК

ВЕСТИ. МЕДИЦИНА

Да Сигна

Аптека

ФАРМВЕСТНИК

PRO vita

NEO ФАРМАЦИЯ

Исполнительная
дирекция
конкурса

Организационный комитет

Организатор
церемонии
награждения

125317, МОСКВА, ПРЕСНЕНСКАЯ НАБЕРЕЖНАЯ 6/2 БАШНЯ «ИМПЕРИЯ»

+7(495) 775-73-65 ДОБ. 33645 +7(495) 786-25-43 ДОБ. 667

ФАКС: +7(495) 334-22-35 E-MAIL: INFO@UNCIA.RU