

ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ПИЕЛОНЕФРИТ)

Сафронова Е.С.¹, Соколова Я.С.², Лишик И.А.³, Пульман А.В.⁴, Мельник П.А.⁵

¹Сафронова Екатерина Сергеевна - кандидат медицинских наук, ассистент,
кафедра фармакологии;

²Соколова Яна Сергеевна – студент;

³Лишик Ирина Антоновна – студент;

⁴Пульман Анастасия Владимировна – студент;

⁵Мельник Полина Александровна – студент,
педиатрический факультет,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита

Аннотация: в статье представлен анализ индивидуальных карт беременных, имеющих в анамнезе хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Курсовое назначение Канефрона способствует профилактике обострения пиелонефрита на фоне беременности даже в критический срок (22 - 28 недель).

Ключевые слова: пиелонефрит, беременность, канефрон.

Традиционно в народной медицине при лечении заболеваний почек широко используются растительные средства, которые принято именовать «почечными травами». К самым известным из них относятся толокнянка, спорыш, брусника, зверобой, золототысячник, розмарин и др., применяемые по отдельности либо в виде сборов [1, с. 48]. К препаратам, созданным на основе указанного подхода, относится Канефрон, в состав которого входят любисток, розмарин, золототысячник, чьи фармакологические эффекты направлены на основные патогенетические механизмы нефропатий [2, с. 39-42]. Следует подчеркнуть такую важную в педиатрии характеристику препарата, как подтвержденная многолетним опытом применения и результатами клинических исследований его безопасность, в т.ч. тератогенная – в случае применения у беременных женщин [3, с. 41-43, 4, с. 50-56].

Основные области его применения касаются инфекций мочевой системы различной локализации. Зачастую доминирующим принципом лечения инфекции мочевыделительной системы (ИМС) является этиотропный подход без должного учета возможностей влияния на патогенетические механизмы воспаления почек и нижних отделов мочевыводящих путей [5, с. 102-132].

Данное положение само по себе носит ущербный характер ввиду однобокости подобной доктрины, а кроме того, усугубляется быстрым развитием полирезистентности микроорганизмов, темпы которого значительно опережают создание новых антибиотиков и создают угрозу полной потери эффективности антибактериальной терапии в самое ближайшее время. В связи с возрастающими трудностями антимикробной терапии все большую актуальность приобретает поиск альтернативных мероприятий, оказывающих комплексное влияние на этиопатогенез ИМС. В этом плане заслуживает внимания лекарственный растительный препарат Канефрон Н, обладающий антимикробным, противовоспалительным, антиадгезивным, спазмолитическим и мягким мочегонным эффектами и, как следствие, разнонаправленным воздействием на микробно-воспалительный процесс в органах мочевой системы [6, с. 655-660, 7, с. 736-740, 8, с. 111].

Пиелонефрит встречается у 8–12 % беременных и является распространенным экстрагенитальным заболеванием [9, с.2231-2236]. Его обострению в процессе гестации способствует комплекс гормональных, водно-электролитных, иммунных и механических факторов, неразрывно связанных с беременностью [10, с.10-13]. Начиная с ранних сроков беременности, у 80 % здоровых женщин возникают функциональные изменения мочевых путей, проявляющиеся снижением тонуса и гипокинезией мочеточников [11, с.4-12]. На этом фоне развиваются пузырно-мочеточниковые рефлюксы, повышается внутрилоханочное давление, возникают лоханочно-почечные рефлюксы, приводящие к проникновению мочи, микробов, токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого или обострению хронического пиелонефрита [12, с. 78-84]. Поэтому поиск и разработка комплексной терапии направленной на профилактику обострения и развития ИМС при беременности является актуальной на сегодняшний день.

Целью исследования явилось анализ индивидуальных карт беременных с диагнозом хронический пиелонефрит, стадия ремиссия при беременности получавшие препарат Канефрон.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 индивидуальных карт пациенток имеющих в анамнезе хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне беременности. Выполняли анализ индивидуальных карт женщин наблюдавшихся по поводу беременности, где анализировали

анамнез заболевания, наличие обострения во время беременности, клинический анализ крови, общий анализ мочи, назначенную фармакотерапию.

Результаты и обсуждения. Средний возраст исследуемых женщин составил 28-30 лет. Акушерско-гинекологический анамнез показал, что из 30 пациенток у 10 была первая беременность, 11 - вторая беременность, 6 - третья беременность и три женщины, у которых была 4, 5 и 6 беременность. У 12 женщин был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У трех пациенток отмечался 1 аборт, а у двух по 2 аборта. Четыре женщины имели по 1 выкидышу, а у двух пациенток предыдущие беременности закончились 2 выкидышами. Одна женщина в анамнезе имела внематочную(трубную) беременность (рис. 1 и 2).

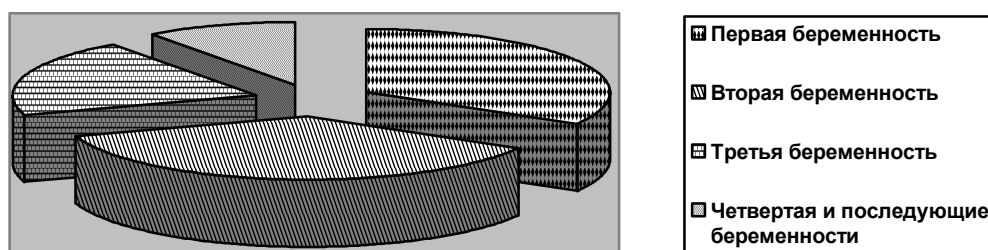


Рис. 1. Показатели акушерско-гинекологического анамнеза

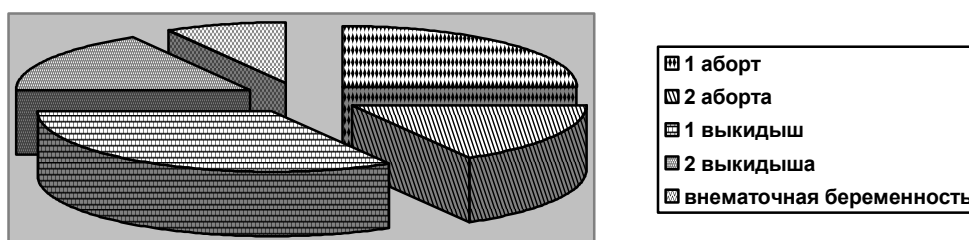


Рис. 2. Показатели акушерско-гинекологического анамнеза

Оценка наличия экстрагенитальной патологии со стороны мочевыделительной системы, показал наличие у всех женщин хронического пиелонефрита в стадию ремиссии. Согласно литературным данным наличие предшествующих заболеваний почек могут существенно осложнять течение беременности и способствовать развитию тяжелой преэклампсии, маточно-плацентарной недостаточности и другим осложнениям [13, с. 48-53].

В последние годы возрос интерес исследователей и практических врачей к целебным свойствам растений и созданных на их основе фитопрепаратов. Важным преимуществом лекарственных средств растительного происхождения является их безопасность. Фитотерапия назначается в фазе активного воспаления в комбинации с антибактериальными препаратами, в фазе ремиссии для пролонгирования терапевтического эффекта, а также с целью профилактики развития инфекций мочевыводящих путей и отсутствие отрицательного влияния на состояние плода и здоровье будущего ребенка. [14, с. 1-10, 15, с. 27-29, 16, с. 105-112, 17, с. 115-119, 18, с. 13-16, 19].

Анализируя фармакотерапию назначенную женщинам с хроническим пиелонефритом в стадию ремиссии, все пациентки получали Канефрон в дозе 50 капель или по 2 драже 3 раза в день. Препарат назначался курсами с перерывом в 2-3 недели после 12 недель беременности. Курсовое назначение препарата показало отсутствие обострения пиелонефрита в исследуемой группе, даже в критический период для беременных (срок 22-28 недель) [19], что подтверждается данными лабораторного исследования крови и мочи (табл.1).

Таблица 1. Результаты анализов крови и мочи на разных сроках беременности на фоне приема Канефрона

№ п/п	ОАК		ОАМ	
	после 12 недель	22-28 недель	после 12 недель	22-28 недель

	СОЭ мм/ч	L*10 ⁹	СОЭ мм/ч	L*10 ⁹	Уд. вес	Лейко- циты	Белок	Уд. вес	Лейко- циты	Белок
1	21	7,0	25	8,0	1015	2-3	-	1015	2-3	-
2	13	7,4	18	10,0	1030	1-3	-	1030	2-3	-
3	16	7,3	20	10,0	1030	1-2	-	1030	0-1	-
4	18	7,1	22	8,9	1005	2-4	-	1010	3-4	-
5	20	6,8	21	7,1	1015	3-5	-	1015	0-1	-
6	20	7,2	18	8,2	1010	0-3	-	1015	0-1	-
7	19	6,9	21	10,0	1020	0-2	-	1020	0-2	-
8	19	7,4	22	8,7	1015	1-3	-	1015	1-2	-
9	19	7,0	18	8,0	1010	1-3	-	1010	0-1	-
10	13	7,4	19	8,2	1010	0-1	-	1010	0-1	-
11	17	7,1	17	8,5	1010	1-2	-	1010	0-1	-
12	15	6,9	18	8,0	1020	1-2	-	1020	1-2	-
13	20	7,2	21	7,9	1030	2-3	-	1030	1-3	-
14	20	6,8	22	8,0	1030	2-4	-	1030	0-1	-
15	18	7,4	25	7,6	1005	3-5	-	1010	0-1	-
16	19	7,2	24	8,9	1030	2-3	-	1030	0-1	-
17	17	6,8	18	8,7	1015	2-3	-	1015	2-3	-
18	18	7,1	19	8,9	1015	1-3	-	1015	2-3	-
19	20	6,9	17	7,6	1015	2-3	-	1020	2-3	-
20	19	6,6	15	10,0	1025	0-1	-	1015	2-3	-
21	20	7,3	16	8,9	1015	1-3	-	1020	1-3	-
22	13	6,8	20	9,2	1020	1-3	-	1030	2-3	-
23	13	7,4	21	8,9	1022	1-2	-	1020	1-2	-
24	14	6,9	22	8,2	1030	0-1	-	1015	1-2	-
25	15	7,3	23	10,0	1020	0-1	-	1020	1-3	-
26	18	6,6	19	7,7	1015	0-1	-	1030	1-3	-
27	19	7,1	18	8,2	1015	1-3	-	1022	1-2	-
28	13	7,2	19	8,7	1025	2-3	-	1020	0-3	-
29	17	6,8	22	9,5	1020	0-2	-	1015	2-3	-
30	16	7,4	23	10,0	1020	0-1	-	1020	2-3	-
Среднее значение	17,3 ± 0,4	7,0 ± 0,04	20,1 ± 0,4	8,6 ± 0,15	1019 ± 1,4	-	-	1019 ± 1,2	-	-

Высокая эффективность препарата подтверждается способностью многофакторного действия препарата, за счет комбинированного содержания фиторастений таких как золототысячника, любистока и розмарина. Данная комбинация фитосредств способствует предупреждению обострения воспалительных заболеваний мочевыделительной системы, благодаря комплексному воздействию на основные патофизиологические процессы, лежащие в основе данных заболеваний (табл. 2) [14, с. 1-10, 15, с. 27-29, 16, с. 105-112, 17. с. 115-119, 18, с. 13-16].

Таблица 2. Состав и эффекты препарата Канефрона Н

Действие	Травы / активные вещества		
	золототысячник (фенолкарбо-новые кислоты/горечи)	любисток (фенолкарбо-новые кислоты/ эфирные масла/ фталиды)	розмарин (фенолкарбоновые кислоты/эфирные масла/флавоноиды)
Диуретическое	+	+	+
Спазмолитическое	+	+	+
Антибактериальное	+	+	+
Противовоспалительное	+		+
Антиоксидантное	+	+	+
Антиадгезивное	+	+	+
Сосудорасширяющие	+		+
Нефропротекторное	+		+
Предотвращение возникновения камней	+	+	+
Снижение протеинурии	+		+

Выводы.

1. Курсовое назначение Канефрона в дозе 50 капель или по 2 драже 3 раза в день предупреждает обострение хронического пиелонефрита на протяжении всей беременности, особенно в критические сроки 22-28 недель.

2. Профилактика обострения экстрагенитальных заболеваний мочевыделительной системы на фоне беременности в частности пиелонефрита способствует предупреждению развития таких осложнений как тяжелой преэклампсии, маточно-плацентарной недостаточности и других.

Список литературы

1. *Летифов Г.М.* Фитотерапия заболеваний мочевой системы у детей. Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ГМУ, 2011. 48 с.
2. *Борисов В.П., Гордовская Н.Б., Шилов Е.М.* Фитотерапия препаратом Канефрон Н в нефрологической практике: настоящее и перспективы (клиническая лекция) // Клиническая нефрология, 2010. № 6. С. 39–42.
3. *Гуменюк Е.Г.* Современные подходы к профилактике и лечению инфекций мочевыводящих путей во время беременности // Журнал акушерства и женских болезней, 2005. Т. LIV. № 4. С. 41–43.
4. *Репина М.А., Колчина В.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р.* Фитотерапия в лечении заболеваний почек у беременных женщин и отдаленные результаты состояния здоровья детей // Журнал акушерства и женских болезней, 2006. Т. LV. № 1. С. 50–56.
5. *Кириллов В.И., Дина В.В., Османова И.М., Чугунова О.Л.* Иммунологические нарушения при инфекции мочевой системы и методы их коррекции // Инфекция мочевой системы у детей под ред. М.: ООО «М-Арт», 2011. С. 102–132.
6. *Вагенлехнер Ф.М.Е., Набер К.Г.* Лечение инфекций мочеполовой системы: настоящее и будущее // РМЖ, 2009. № 17 (9). С. 655–660.
7. *Cheng C.H., Tsau Y.R., Kuo C.Y.* Comparison of extended virulence genotypes for bacteria isolated from pediatric patients with urosepsis, acute pyelonephritis and acute lobar nephronia // *Pediatr Infect Dis J.*, 2010. Vol. 29 (8). P. 736–740.
8. *Tapiainen T., Hanni A.M., Salo J.* Escherichia coli biofilm formation and recurrences of urinary tract infection in children // *Eur. J Clin Microbiol Infect Dis.*, 2013. Vol. 33 (1). P. 111–115.
9. *Иремашвили В.В.* Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему // Русский медицинский журнал, 2007. Т. 15. № 29. С. 2231–2236.
10. *Серов В.Н., Тютюнник В.Л.* Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение, 2008. Т. 16. № 1. С.10-13.
11. *Захарова Е.В.* Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз) // Гинекология, 2008. Т. 10. № 6. С. 4-12.
12. *Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капительный В.А.* Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология, 2007. Т. 9. № 1. С. 78-84.
13. *Репина М.А., Крапивина Е.Г., Колчина В.А., Стамбулова О.А.* Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин // Журнал Акушерства и женских болезней. Том LIII. № 2, 2004. С. 48-53.
14. *Никольская И.Г.* Инфекции мочевыводящих путей при беременности. Часть 1. Цистит // Акушерство и гинекология, 2014. № 35. С. 1-10.
15. *Медведь В.И., Исламова Е.В.* Применение препаратов растительного происхождения при беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2010. Т. 9. № 2. С. 27-29.
16. *Серов В.Н.* Оценка опыта применения комбинированного растительного лекарственного препарата у беременных (многоцентровое ретроспективное наблюдательное исследование) // Акушерство и гинекология, 2013. № 9. С. 105-112.
17. *Хилькевич Е.Г.* Возможности фитотерапии при инфекции мочевыводящих путей в акушерской практике // Акушерство и гинекология, 2011. № 5. С. 115-119.
18. *Сафронова Е.С.* Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей при беременности. Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции «Научный диалог: Вопросы медицины», 2016. Самара. С. 13-16.
19. *Сафронова Л.А.* Пиелонефрит и беременность // Независимое издание для практикующих врачей. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=39&query/> (дата обращения: 20.03.2019).