

## ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

© Р.Э. Амдий<sup>1</sup>, С.Х. Аль-Шукри<sup>1</sup>, И.В. Кузьмин<sup>1</sup>, Н.В. Сорокин<sup>2</sup>, Е.А. Чаплицкий<sup>2</sup>, М.В. Скворцов<sup>2</sup>, А.С. Алексеев<sup>3</sup>, А.Ш. Окунчаев<sup>3</sup>, А.А. Турбин<sup>4</sup>, Г.Р. Тимаева<sup>5</sup>, Д.В. Булаев<sup>6</sup>, Ю.С. Москалева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> Центр амбулаторной урологии и андрологии (г. Санкт-Петербург);

<sup>3</sup> СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107, поликлиническое отделение № 103» (г. Санкт-Петербург);

<sup>4</sup> СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 17, поликлиническое отделение № 10» (г. Санкт-Петербург);

<sup>5</sup> СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 11» (г. Санкт-Петербург);

<sup>6</sup> СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 99» (г. Санкт-Петербург)

Неосложненные инфекции мочевых путей относятся к числу наиболее распространенных заболеваний как в амбулаторной, так и в госпитальной практике. Неосложненный характер течения заболевания наблюдают у 80 % пациенток. Стандартным рекомендованным методом лечения неосложненных инфекций мочевых путей является антибиотикотерапия. В то же время S.A. Ferru и др. (2004) описывают спонтанное улучшение симптоматики и лабораторных показателей в отсутствие какого-либо лечения в течение 1 недели у 28 % женщин и у 37 % — в течение 5–7 недель. Д. Иванов (2015) в мультицентровом исследовании показал эффективность монотерапии неосложненной инфекции мочевых путей у 125 женщин растительным препаратом Канефроном Н — комбинированным фитопрепаратом растительного происхождения, содержащим траву золототысячника, корень любистока и листья розмарина

**Цель работы.** Оценка эффективности и безопасности применения Канефрона Н при неосложненных инфекциях нижних мочевыводящих путей у женщин в амбулаторной практике.

**Пациенты и методы.** Проспективному анализу были подвергнуты 22 пациентки с диагнозом острый неосложненный цистит. Средний возраст составил  $29,0 \pm 1,8$  года (от 19 до 51 года), частота рецидивов заболевания составила  $1,46 \pm 0,5$  случая в год. Длительность симптомов перед началом исследования была  $3,33 \pm 1,3$  дня. Критериями эффективности являлись улучшение симптоматики, нормали-

зация показателей общего анализа мочи и отрицательный результат посева мочи. Исследование включало в себя прием Канефрона Н по 50 капель 3 раза в день в течение 14 дней. Длительность исследования составила 37 дней с 4 визитами. В ходе каждого визита оценивали выраженность боли, императивных позывов и учащения мочеиспускания, а также результаты общего анализа и посева мочи.

**Результаты.** При лечении Канефроном наблюдали выраженное улучшение симптомов острого цистита. Перед началом лечения средний общий балл симптоматики составил  $8,05 \pm 0,7$  балла, на 3-й день лечения балл достоверно снизился до  $5,1 \pm 1,0$  балла ( $p < 0,05$ ), на 7-й день лечения — до  $2,9 \pm 1,0$  балла. На 37-й день наблюдали почти полное уменьшение симптомов. Частота лейкоцитурии на 7-й день лечения по данным исследования мочи методом микроскопии составила 83,3 %, а к 37-му дню после начала приема Канефрона (фаза наблюдения) достоверно снизилась до 37,5 % ( $p < 0,05$ ). Канефрон показал статистически значимую антибактериальную активность при остром цистите. До начала терапии рост микроорганизмов в титре более 100 000 единиц был обнаружен у 72,7 % больных, после 2 недель лечения (на 37-й день наблюдения) — у 28,6 % пациенток ( $p < 0,05$ ). По данным нашей работы Канефрон имеет весьма хороший профиль безопасности. При наблюдении за пациентками было зарегистрировано 2 нежелательных явления у двух разных пациенток: 1) боль в эпигастрии на 4-е сутки

терапии, выраженность слабая, связь с приемом Канефрона сомнительна; 2) аллергическая реакция на 7-е сутки терапии, выраженность слабая, связь с приемом Канефрона сомнительна. Серьезных нежелательных явлений не было.

**Выводы.** Результаты нашей работы дают основание полагать, что Канефрон может быть

эффективным и хорошо переносимым альтернативным лечением неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин, позволяя сократить использование антибиотиков. Назначение препарата Канефрон как средства монотерапии острого цистита и длительность лечения требуют дальнейшего изучения и обсуждения.

## ЭКСКРЕЦИЯ КАМНЕОБРАЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ И ФОРМИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА МОЧЕВОГО КАМНЯ

© Н.В. Анохин, С.А. Голованов, А.В. Сивков, В.В. Дрожжева, М.Ю. Просяников

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва)

**Актуальность.** Известно, что мочевые камни являются результатом воздействия различных метаболических факторов, которые проявляют себя в виде нарушенной экскреции с мочой различных веществ и ионов. Представляет интерес изучение влияния некоторых метаболических факторов риска у пациентов с МКБ на частоту формирования мочевых камней того или иного метаболического типа.

**Материалы и методы.** Для оценки влияния величины изучаемого метаболического фактора (кальциурии, урикурии, фосфатурии и магнийурии) на частоту формирования конкрементов определенного минерального состава использовали метод квартильного анализа данных, который позволяет сравнивать груп-

пы с высокими (4-й квартиль) и низкими (1-й квартиль) значениями каждого показателя.

Обследовано 437 больных мочекаменной болезнью (200 мужчин, 237 женщин). Для количественной оценки влияния изучаемого фактора риска на частоту образования того или иного типа мочевых камней рассчитывали *отношение рисков* (относительный риск, related risk — RR).

**Результаты.** При повышенной экскреции кальция (> 6,6 мМоль/сут) по сравнению со сниженной его экскрецией (< 2,6 мМоль/сут) риск формирования оксалатных камней повышен в 1,76 раза, уратных камней уменьшен почти в 2 раза, струвитных камней снижен более чем в 5 раз. Степень кальциурии не влияла на риск образования фосфатных камней (табл. 1).

Таблица 1

Кальциурия и риск формирования камней различных типов

Степень кальциурии	Мочевые камни			
	оксалатные	уратные	карбонат-апатитные	струвитные
> 6,6 мМоль/сут (n = 114)	55	13	39	3
< 2,6 мМоль/сут (n = 113)	31	28	37	15
Относительный риск (RR)	1,76	0,46	1,04	0,19
Показатель P	0,0018	0,0118	0,8149	0,0081

При высокой экскреции мочевой кислоты (> 4,2 мМоль/сут) по сравнению с гипоурикурией (< 2,6 мМоль/сут) риск формирования оксалатных камней повышен в 1,35 раза, фосфатных

(неинфекционных) камней снижен в 1,69 раза. Наблюдались тенденции к повышению риска развития уратных камней и снижению риска образования струвитных камней (табл. 2).