

ҚҚСТ-ты есепке алғанда емдеу нәтижелерін талдау сырқаттардың негізгі тобында кешенді емдеуде Тиогамма препаратын қолданудың арқасында, стационардан шығарар кезде нейропатияның I сатысындағы пациенттер санын 12,4%-дан 19,32%-ға дейін ұлғайту есебінен нейропатияның II сатысымен ауыратындар санын 69,0%-дан 52,1%-ға дейін төмендетудің сәті түсті.

Бақылау және негізгі топта емдеу нәтижелерін салыстырмалы талдау, емдік іс-шаралар кешеніне Тиогамма препаратының диабеттік стопасы синдромын қосу 136 ауруда аяқтың тірек функциясын 80,7%-дан 88,2%-ға дейін сақтауға мүмкіндік беретін жедел араласу жиілігін ұлғайту есебінен жамбас деңгейінде ампутиациялау жиілігін 13,04.5%-дан 8,8%-ға дейін қысқартуға мүмкіндік берді.

#### SUMMARY

#### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF NEUROPATHY IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

**B.D. Babajanov, B.B. Djanabaev**  
*Republican Centre of purulent surgery  
and surgical complications of diabetes.  
Tashkent c., Uzbekistan*

Were analyzed the results of treatment 228 patients with diabetic foot syndrome.

Analysis of treatment results with the calculation of VAT shown that in the main group of patients through the use of drugs tiogammu in treatment at the time of discharge from the hospital has reduced the number of patients with stage III neuropathy in 69,0% to 52,1% due to increase in patients with stage I neuropathy with 12,4% up to 19,32%.

Comparative analysis of treatment results in the control and study group showed that the inclusion in the complex treatment of diabetic foot tiogammu drugs in 136 patients has reduced the frequency of high amputations at the hip to 13.04.5% to 8,8% by increasing the frequency of surgical interventions will help to preserve support function of the lower extremities with 80,7% to 88,2%.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ

**Р.Е. ТУЛЕУТАЕВА**

*Государственный медицинский университет, г. Семей*

**И**нфекции мочевых путей (ИМП) представляют серьезную проблему для здоровья миллионов людей: ежегодно в Западной Европе наблюдают свыше 10 млн случаев ИМП [3].

При ИМП отмечается высокий уровень рецидивов инфекции, которая принимает характер хронической с частыми обострениями [1].

В 2006 и затем в 2008 гг. Европейское урологическое общество представило руководства по лечению инфекций мочевой системы – Guidelines on the Management Urinary and Mail Genital Tract Infections (European Association of Urology – EAU). На основе этих рекомендаций, данных Кокрановской библиотеки (Cochrane Database of Systematic Reviews), а также других доказательных источников разрабатываются национальные медицинские стандарты и клинические протоколы лечения ИМП. При этом следует отметить, что рекомендации и руководства принимаются ассоциациями и, в отличие от медицинских стандартов/клинических протоколов, не имеют официального юридического статуса [4].

Использование существующих рекомендаций и доказательных источников для создания клинических протоколов позволяет значительно удешевить разработку официального документа. Одновременно решается еще одна задача – адаптация клинических рекомендаций к конкретным национальным условиям и возможностям.

Согласно последним данным National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, в США ежегодно выявляется более 7 млн случаев ИМП в амбулаторной практике, из них более 2 млн обусловлены циститом, а 100 тыс пациентов в год госпитализируются по поводу пиелонефрита [2]. ИМП в амбулаторной практике чаще встречается у женщин, при этом риск развития и рецидивов ИМП у 50% взрослых женщин имеется в течение всей жизни. В

Великобритании в течение года около 2,5 млн женщин отмечают эпизоды расстройств мочеиспускания, из них у 100 тыс диагностируется рецидивирующая ИМП [2]. Нередко ИМП наблюдается у женщин в возрасте 18-29 лет и, как правило, после первого эпизода ИМП у 25-40% из них развивается рецидивирующая неосложненная ИМП. Поэтому около 15% всех назначений антибиотиков в амбулаторной практике в США связаны с ИМП [2].

О распространенности неосложненной ИМП в Российской Федерации, Казахстане, Республике Беларусь и Кыргызстане собраны и проанализированы данные по результатам исследования СОНАР (2005-2006 гг.). Полученные результаты свидетельствуют о том, что встречаемость ИМП среди женщин 18-40 лет составляет 0,5-0,7 случая в год. К 24 годам у трети женщин развивается, по крайней мере, один подтвержденный при осмотре врача эпизод ИМП, а с возрастом подтверждена широкая распространенность рецидивирующих форм ИМП. Значимость ИМП обусловлена не только их широкой распространенностью, но и прямыми и непрямыми затратами на их лечение.

Согласно руководству EAU (2008) выделяют первый эпизод и рецидивирующие ИМП, а также осложненные и неосложненные инфекции мочевого тракта. Они в свою очередь делятся на неразрешенные инфекции, бактериальную резистентность и реинфекцию. Согласно национальной классификации рекомендуется устанавливать остроту заболевания (свыше 3-х месяцев – хроническая) и топический диагноз, хотя рецидивирующие инфекции чаще отвечают диагнозу ИМС без определенной топики поражения.

Лечение хронической рецидивирующей ИМП и эффективная санация от бактерионосительства представляют большую проблему. Во внутриклеточных бактериальных сообществах резистентность к антибиотикам (АБ) обу-

словлена ограниченным проникновением антимикробных веществ в биопленки, различием в метаболической активности и скорости роста отдельных клеток бактерий, т.к. многие антибиотики не действуют на клетки, находящиеся в покое, уменьшением диффузии АБ внутрь, инактивацией АБ внутри матрикса.

Однако выяснено, что малые концентрации антибиотиков вызывают существенные изменения в морфологии и биохимии бактерий. Длительное антибактериальное лечение в суббактериостатических дозах чревато селекцией резистентных штаммов микроорганизмов.

Известно подавляющее действие фитотерапевтических препаратов на персистенцию уропатогенов [5].

Выяснено, что ингибирующее действие различается в отношении разных возбудителей инфекции: *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis* – в зависимости от механизма персистенции микроорганизмов: антиизоцимной или антиинтерфероновой их активности.

В настоящее время отмечен явный рост интереса к проблемам фитотерапии, т.е. лечению лекарственными средствами растительного происхождения. На сегодняшний день эффективность применения лекарственных растений доказана не только опытным путем, но и с помощью научно обоснованных методов: биохимических, биологических (на молекулярном и клеточном уровне), а также структурно-аналитических. Современная медицина научилась работать с растениями и использовать их потенциал, появилась возможность получения экстрактов, в состав которых входят определенные действующие вещества в точно подобранных пропорциях.

Современные растительные препараты производятся с применением высоких технологий и проходят многоступенчатый контроль качества.

Одна из задач растительных диуретиков заключается в стимуляции диуреза и улучшении механизма самоочищения мочевых путей. Сам акт мочеиспускания является естественным механизмом защиты от внедрения возбудителей мочевой инфекции, поэтому увеличение диуреза на фоне увеличенного количества выпиваемой жидкости (соответственно, при хорошей переносимости) являются обязательными мерами при лечении мочевой инфекции. Растительные диуретики больше влияют на водный диурез (акварез), чем на диурез как таковой, за счет увеличения почечного кровотока или участия в осмотических процессах [6].

Действующими веществами, ответственными за акваретический эффект растительных препаратов, обычно выступают эфирные масла, флавоноиды, сапонины, производные ксантины и гликозиды [7, 8, 9, 10].

Прием растительных препаратов, обеспечивающих как диуретический, так и комбинацию антисептического, противовоспалительного и спазмолитического эффектов, наилучшим образом подходит для лечения и профилактики рецидивов ИМП.

Одним из фитопрепаратов нового поколения, широко применяемым в нефрологии и урологии, является Канефрон Н (*Bionorica SE*, Германия) – комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaurium umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, усиливают эффект антибактериальной терапии.

Различные виды действия Канефрона Н обусловлены входящими в его состав эфирными маслами, фенолкарболовыми кислотами, фталидами, горечами. Например, диуретическое действие препарата обусловлено сочетанием

различных точек приложения его компонентов. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует улучшению кровоснабжения почечного эпителия, а также оказывают влияние на процессы обратного всасывания клетками почечных канальцев. Это проявляется главным образом в уменьшении реабсорбции ионов натрия и соответствующего количества воды. Диуретическое действие фенолкарболовых кислот объясняется осмотическим эффектом: при попадании в просвет почечных канальцев они создают высокое осмотическое давление (обратному всасыванию эти вещества не подвергаются); при этом значительно снижается реабсорбция воды и ионов натрия. Таким образом, увеличение выведения воды происходит без нарушения ионного баланса (калийсберегающий эффект). Спазмолитический эффект обусловлен флавоноидной составляющей препарата. Аналогичное действие проявляют фталиды (любисток) и розмариновое масло. Слабыми спазмолитическими свойствами обладают фенолкарболовые кислоты [11, 12].

Цель работы – изучить клиническую эффективность растительного препарата Канефрон Н в качестве метода профилактики рецидивов инфекции мочевых путей в комплексной терапии у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом.

#### Материал и методы

Исследование проведено на базе консультативно-диагностического центра г. Семей. Обследованы 60 больных в возрасте 16-72 лет с диагнозом: Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, получавших в составе комплексной терапии препарат Канефрон Н. Терапию проводили в амбулаторных условиях, под контролем обследования через 1 и 2 месяца. Клинико-лабораторные, биохимические исследования включали: осмотр нефролога; общеклинический анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, ПЦР на заболевания, передаваемые половым путем (микоплазмы, вирус простого герпеса, хламидии). Всем больным проводилось УЗИ-исследование, и по показаниям у 21% больных – экскреторная урография.

Диагноз: Хронический рецидивирующий пиелонефрит на фоне кристаллурии (у 6 – оксалатурия, у 4 – уратурия) был верифицирован по общепринятым критериям. Клинико-диагностические критерии пиелонефрита были следующие: обострение болезни 3-4 раза в год, фебрильная температура, интоксикация, лейкоцитурия более 10 в поле зрения, бактериурия  $10^4$  КОЕ/мл, pH мочи, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево; микропротеинурия и положительный СРБ. Число курсов антибактериальных препаратов составило в среднем 3-4. Длительность приема Канефрона Н составляла 2 мес, курсами 2 раза в год. Оценка эффективности комплексной терапии проводили на основании анализа клинических и лабораторных показателей (интоксикация, болевой синдром, дизурические явления, мочевой синдром и др.). Контрольную группу составили 60 больных, получавших медикаментозную терапию, без применения Канефрона Н. Им проводилась стандартная антибактериальная терапия при обострении, отвар почечного сбора, клюквенный морс. По полу, возрасту и длительности заболевания обе группы были сопоставимы.

#### Результаты и обсуждение

В обеих группах бактериурия выявлена только в 44,1% (n=53), а *E. coli* выявлена в 60% (n=72) случаев. Грампозитивная флора (энтерококк, стафилококк) встречался у 9,1% (n=11) пациентов. Отсутствие бактериурии у некоторых больных, возможно, объясняется длительным применением различных антибактериальных препаратов и постоянным приемом уроантисептиков. В качестве эмпирической терапии больные с хроническим рецидивирующим пиело-

**Динамика показателей мочевого осадка и суточного диуреза у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом**

Показатели анализа мочи	Основная группа (с Канефроном Н), n= 60			Контрольная группа, n=60		
	до лечения, абс.ч. (%)	через 1 мес, абс.ч. (%)	через 2 мес, абс.ч. (%)	до лечения, абс.ч. (%)	через 1 мес, абс.ч. (%)	через 2 мес, абс.ч. (%)
Бактериурия	28 (46,6)	14 (23,3)	8 (13,3)	25 (41,6)	23 (38,3)	21 (35)
Лейкоцитурия	37 (63,3)	34 (56,6)	20 (33,3)	46 (76,6)	40 (66,6)	38 (63,3)
pH мочи	5,7	5,4	5,5	5,7	5,9	5,4
Суточный диурез, л	1,3	2,0	2,3	1,3	1,6	1,8

нефритом получали фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, защищенные пенициллины. Препарат Канефрон Н в основной группе назначался с первых дней лечения по 2 драже 3 раза в день в течение 2 мес.

Лейкоцитурия была выявлена у 37 больных основной группы (62%) и у 46 больных в контрольной группе (76,6%). Значение pH мочи в основной и контрольной группе в среднем составляло 5,5-5,7, суточный диурез – 1300 мл.

В результате проведенной терапии у больных, получавших Канефрон Н, симптомы интоксикации полностью исчезали на 2-3 дня раньше, дизурические расстройства на 5 дней раньше, быстро купировался болевой синдром, а нормализация анализов мочи через 3-4 недели была полной, в отличие от анализов больных контрольной группы, у которых эти же признаки удерживались дольше. Кроме того, у них наблюдалась рецидивирующая лейкоцитурия.

Бактериурия была выявлена у 46,6% пациентов из группы наблюдения (Канефрон Н) до лечения и лишь у 13,3% после лечения. У пациентов из контрольной группы (n=60) бактериурия имела у 41,6% пациентов до лечения и у 35% через 2 мес после лечения – различия были статистически достоверны (p<0,05). В группе пациентов, получавших Канефрон Н, статистически достоверно снизился процент бактериурии после лечения: разница составила 33,3%, а в контрольной группе лишь 6,6% (табл. 1).

За время лечения ни у одного пациента из основной группы не было рецидива пиелонефрита, больные хорошо перенесли курс терапии, ни в одном случае не было отмечено побочных реакций или непереносимости препарата, что говорит о хорошей безопасности и переносимости препарата. Таким образом, длительный прием Канефрона Н оказал устойчивое противорецидивное действие.

Канефрон Н значительно увеличивал диурез, что является одним из ключевых моментов при лечении больных с мочевой инфекцией (антиадгезивное действие). Снижение бактериурии способствует снижению персистенции микроорганизмов в мочевых путях, что приводит к увеличению безрецидивного периода. Удобство применения (пероральная форма) обеспечивает комплаентность пациентов с рецидивирующей ИМП, также способствуя повышению эффективности лечения.

**Выводы**

1. Применение препарата Канефрон Н у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом позволяет купировать основные клинико-лабораторные показатели обострения хронической ИМП значительно раньше, чем в контрольной группе, и способствует профилактике рецидивов.

2. Составляющие Канефрона Н обеспечивают противовоспалительный, противомикробный, мягкий мочегонный и спазмолитический эффекты препарата, что позволяет рекомендовать Канефрон Н как в период

активных проявлений ИМС, так и в качестве профилактической терапии у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом.

3. Возможность использования у больных с хроническим рецидивирующим пиелонефритом препарата Канефрон Н по схеме 2 драже 3 раза в день в течение 2 месяцев определяется сочетанием его эффективности и высокой степени безопасности.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон Н в урологической практике // Врач, 2000;6:36; 2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity and economic costs. Am J Med 2002; 113 (Suppl 1A): 5S-13S.; 3. Naber KG et al. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. Euro Urol. 2008.54 (5): 1164-75; 4. Guidelines on the Management Urinary and Mail Genital Tract Infections (European Association of Urology, // March, 2008. – 116 p.; 5. Челпаченко О.Е. Экспериментальное обоснование рациональной терапии пиелонефрита у детей под контролем маркеров персистенции возбудителя // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1993. – 23 с.; 6. Schilcher H, May P, Sokeland Z, 1988. Phytotherapie in der Urologie. Urologe [B]28:265–271; 7. Schilcher H. 1984 Pflanzliche Urologika. Dtsch Apoth Ztg 124:2429–2436; 8. Schilcher H. 1987 Pflanzliche Diuretika. Urologe [B] 27:215–222; 9. Schilcher H. 1992 Phytotherapie in der Urologie. Aquaretika Durchspulungstherapeutika, Hamwegsdesinfizienzien. Hippokrates Verlag. 13–35, 41–45; 10. Kartnig T. 1983. Pflanzliche Drogen mit Wirkung auf Nieren und Hamwege. Osterreich Apotheker-Zeitung 37:353–358; 11. Садыкова В.Б., Мырзабекова Г.Т., Сагимбекова А.К., Аманбаева Л.А. Комплексная терапия и профилактика дизметаболических нефропатий и пиелонефритов у детей // Алматы, 2009. – 36 с.; 12. Shiager T. Urinary tract infections in infants and children // Infect. Dis.Clin. – 2003. – №17. – P. 353-365.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**ӨСІМДІК ПРЕПАРАТЫ КАНЕФРОН Н-НІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАНАТЫН АҒЫМДЫ ПИЕЛОНЕФРИТІ БАР НАУҚАСТАРҒА ҚОЛДАНУ СЫНАҒЫ**

**Р.Е. Тулеутаева**

*Семей мемлекеттік медицина университеті*

16 – 72 жастағы, қайталанатын ағымды созылмалы пиелонефрит диагнозымен, комплексті емінде 2 драже 3 рет күніне Канефрон® Н препаратын қолданған 60 науқас зерттелді. Емді амбулаторлы жағдайда бастап, 1 және 2 ай уақыттан кейін зерттеулердің байқауымен жалғастырды.

Жүргізілген емнің нәтижесінде Канефрон Н алған науқастарда интоксикация симптомдары толықтай 2-3 күн бұрын, дизуриялық бұзылыстар 5 күн бұрын, ауырсыну синдромы тез жойылды ал қер анализдерінің қалпына келуі 3-4 аптадан кейін қалпына келді, бақылау топтағы

науқастардың анализдеріне қарағанда, оларда тура осы белгілер ұзақ сақталды. Сонымен қоса оларда қайталанушы лейкоцитурия байқалды.

Канефрон® Н препаратын қабылдаған балалардың ешқайсысында препараттың жанама әсерлері байқалған жоқ.

### SUMMARY

#### APPLYING OF HERBAL DRUGS CANEPHRON N AT PATIENT WITH CHRONIC RECIDIVE PYELONEPHRITIS

R. Ye. Tuleutayeva  
Semey State Medical University

Examined 60 adults in the age of 16-72 years, with diagnosis chronic pyelonephritis, receiving in the complex therapy Canephron N by 2 dragee 3times per day. Treatment has been started at ambulatory, under control of examination after 1 and 2 months.

As a result of treatment at adults received Canephron N intoxication signs disappear on 2-3 day earlier, dysuria on 5 days earlier, fast disappearing of pain and full normalization of urine analysis after 3-4 weeks in comparison with control group. In control group has been established recidive leucocyturia.

At any one adults, receiving Canephron N, side-effects not observed.

### УРОЛОГИЯ

## ЧТО ТАКОЕ АДЕНОМА ПРОСТАТЫ

А.Ж. ЕЩИГАНОВ

Кордайская центральная районная больница

**А**денома предстательной железы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ДГПЖ) – это самая частая доброкачественная опухоль у мужчин старше 40-50 лет.

Заболевание представляет собой разрастание ткани предстательной железы и возникновение в ней доброкачественных новообразований (опухолей, «узлов»). Поскольку предстательная железа охватывает собой часть мочеиспускательного канала, при разрастании она сдавливает его, и мочеиспускание затрудняется.

#### Симптомы аденомы простаты:

- учащенное мочеиспускание;
- позывы на мочеиспускание в ночные часы, что приводит к прерыванию сна;
- ослабление напора струи и замедление мочеиспускания (слабая, тонкая, прерывистая струя мочи);
- необходимость немедленно помочиться после позыва;
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание в два приема с интервалом 5-10 минут;
- необходимость натуживания при мочеиспускании;
- при переполненном мочевом пузыре может иметь место недержание мочи.

#### Течение заболевания

Аденома предстательной железы развивается постепенно, проходя три стадии.

**На первой стадии** болезни нарушения мочеиспускания минимальны. Отмечаются небольшое учащение мочеиспускания (особенно ночью) и вялость струи мочи. Продолжительность первой стадии индивидуальна – от 1 года до 10-12 лет.

**На второй стадии** заболевания нарушения мочеиспускания более выражены: струя мочи становится прерывистой, появляется необходимость натуживания при мочеиспускании и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. В мочевом пузыре после мочеиспускания начинает оставаться моча, что ведет к ее задержке в мочевыводящих путях и воспалению их слизистой. Это проявляется болезненностью, чувством «жжения» при мочеиспускании, болями в надлобковой области и пояснице. Вторая стадия практически всегда переходит в третью.

**В третьей стадии** болезни часто встречается острая задержка мочеиспускания (невозможность самостоятельного мочеиспускания)

#### Осложнения аденомы простаты

1. Острая задержка мочеиспускания. Провоцирующие факторы (ОЗМ)

- злоупотребление алкоголем,
- часто воспалительные заболевания мочеполовой системы.
- переохлаждение,
- сидячий образ жизни,
- гормональные факторы.

**В этом случае необходимо экстренно обратиться в хирургический стационар!**

2. Воспаление мочевыводящих путей (уретрит, цистит, пиелонефрит) возникает из-за застаивания мочи в мочевыводящих путях, что создает благоприятную среду для развития инфекции.

3. Нарушение оттока мочи из мочевого пузыря и воспалительные изменения приводят к таким заболеваниям мочевого пузыря, в первую очередь, как мочекаменная болезнь.

4. Серьезные нарушения оттока мочи из почек ведут к гидронефрозу и почечной недостаточности.

#### Прогноз

На ранней стадии болезнь можно остановить. Если своевременно обратиться к врачу, то простата не будет увеличиваться в объеме и нарушения мочеиспускания не возникнут.

На поздних стадиях болезни существенно снижается качество жизни и повышается риск развития осложнений.

#### Причины заболевания

Причина развития аденомы простаты – гормональные перестройки, происходящие в организме мужчины с возрастом: снижение уровня мужских половых гормонов (тестостерона) при одновременном увеличении женских (эстрогенов).

Риск заболеть аденомой простаты повышается после 40-50 лет. У молодых мужчин это заболевание встречается крайне редко.

#### Профилактика аденомы простаты

- контролировать массу тела (чем больше масса тела, тем больше простата);
- соблюдать диету – ограничить употребление красного мяса, животных жиров (сливочное масло, маргарин, молоко), легкоусвояемых углеводов (муч-