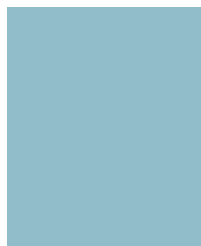


НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТАРИННЫХ ПОДХОДОВ

В копилку доказательных данных о потенциале фитоуросептиков в терапии беременных с инфекциями мочевыводящих путей



Авторы: Виктор Евсеевич Рагзинский, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; Ирина Михайловна Ордианц, докт. мед. наук, проф., проф. той же кафедры (Москва)

Копирайтинг: Надежда Маркевич, Хильда Симоновская

Современные реалии таковы: число антибактериальных препаратов, разрешённых при беременности, невелико, а микробная полирезистентность к ним стремительно развивается. Авторитетнейшие профессиональные сообщества разных стран мира призывают расходовать ресурс антибактериальной терапии более рационально и максимально экономно. С другой стороны, и сами беременные с осторожностью относятся к назначению антибиотиков, обоснованно опасаясь возможных осложнений для плода. Всё заметнее тенденция к использованию растительных лекарственных средств для профилактики и лечения — в том числе и **инфекций мочевыводящих путей**.

В период гестации предпочтение фитосредствам отдают 35–45% жительниц экономически развитых стран²⁶. Пациентки сообщают, что считают такую терапию безопасной, легкодоступной, общепризнанной. В то же время для многих растительных экстрактов доказательства эффективности и сведения о побочных эффектах, мягко говоря, неубедительны — пользуясь статусом БАДов, производители выполняют клинические тесты в критериях, не соответствующих требованиям доказательной медицины (наиболее значимая претензия — недостаточность выборки). В этой связи особенно ценны результаты **корректно выполненных** исследовательских работ по **лекарственным средствам фитониринговой*** природы. В 2013 году возможностям фитоуросептиков в лечении инфекций мочевыводящих путей уже был посвящён систематический обзор, но до его переиздания редакция SP считает своим долгом держать читателей в курсе каждого нового исследования, расширяющего доказательную базу фитотерапии для беременных.

По данным Европейского общества урологов, **каждая вторая женщина в мире** по меньшей мере 1 раз в жизни переносит эпизод инфекции мочевыводящих путей, при

этом у 25–40% в течение ближайших 6–12 мес происходит **рецидив заболевания**⁴. В России ежегодно регистрируют около 1000 эпизодов на каждые 100 тыс. населения.

* Фитониринг (от греч. *phyto* — растение, от англ. *engineering/pioneering* — инжиниринг/быть первопроходцем) — исследование активных растительных веществ и их дальнейшая разработка на основе новейших научных методов и технологий. Подразумевает стандартизацию сырья (выращивание в сельскохозяйственных регионах с максимально подходящими климатическими условиями, при высоких требованиях к экологичности и безопасности) и контроль производства для обеспечения стандартов качества на всех этапах.

Проблема: исторический контекст

Инфекции мочевыводящих путей преследовали человечество задолго до того, как бактерии были признаны возбудителями заболевания. «Насколько нам известно, не существует ни одной исторической ретроспективы на эту тему» — пишет историк медицины Джей Кёртис Никель (J. Curtis Nickel) с кафедры урологии Королевского Университета (Кингстон, штат Онтарио, Канада). Такой несправедливости исследователь не потерпел, опубликовав в 2005 году обзор методик лечения инфекций мочевыводящих путей **в древних частях**^{15,16}: материалы бережно собраны из архивов медицинских библиотек, экспозиций музеев, из подшивок старых номеров журнала «Урология» начала XX века. Данные, опубликованные позже 1969 года, индексированы поиском по ресурсу MEDLINE.

- **Древний Египет.** В знаменитом медицинском документе «папирус Эберса», датированном 1550 годом до н. э. и содержащем 900 рецептов для лечения различных заболеваний, фитопрепараты рекомендованы пациентам с задержкой мочи или учащённым мочеиспусканием.
- **Китай, Индия, Персия, Древний Рим.** В старинных медицинских трактатах этих стран распространены инструкции по приготовлению различных настоев из полыни, рисового отвара, перца, корня пиона, корицы, подорожника и иных трав для лечения мочевых инфекций¹⁵.
- **Средневековая Европа.** Труды многих восточных учёных переведены на латинский язык и получили широкую известность. Ярко и подробно описана **клиническая картина** большинства заболеваний. Больным предписывали постельный режим, диету, пластыри, наркотики, травяные клизмы и спринцевания, кровопускания, а также первые урологические операции — при камнях, абсцессах и нарушении оттока мочи.
- **Европа XIX века.** Обнаружение бактериальной природы мочевых инфекций запустило **эру экспериментов с антисептическими веществами** (большинство из тогдашних «фаворитов» ныне запрещены для применения у людей, как меркурохром, или выведены из практики как малозэффективные и неудобные, как метиленовый синий).

До изобретения антибиотиков лечение ИМП было в значительной степени паллиативным, поскольку бактериальная этиология заболевания не была известна, а **единственным** эмпирически подобранным лечением с условно этиотропным действием были **фитосредства** с мочегонным, противомикробным, противовоспалительным эффектом. Именно поэтому появление антибактериальных средств в первой половине XX века способствовало прогрессу в лечении инфекционных заболеваний куда больше, чем научные изыскания за предыдущие пять столетий¹⁶. К сожалению, колесо истории повернулось слишком быстро: эволюция микроорганизмов идёт несопоставимо быстрее, чем развитие науки, поэтому найденный «золотой ключ» перестал подходить к своей микробиологической «скважине» на протяжении жизни всего одного-двух поколений.

Растущая антибиотикорезистентность бактерий вынуждает медицину сделать шаг назад, и хотя в арсенале современного врача всё ещё присутствуют бактериофаги и антисептические средства, их использование имеет ряд известных ограничений. Тем самым история **возвращает врачей и пациентов** к веками испытанному методу — фитотерапии.

Востребованность средств, проверенных временем и успешно прошедших клинические испытания в критериях доказательности, возрастает, а задокументированная история изучения современных фитоуросептиков составляет 74 года. Речь идёт об исторической публикации, посвящённой 35-летнему опыту использования комбинированного фитонирингового средства «Канефрон Н», датированной 1977 годом²⁷.

Наиболее частые возбудители — бактерии кишечной группы: *Escherichia coli* (на долю этого патогена приходится более 80% случаев¹⁸), *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Enterococcus faecalis* и т.д. Инфекции мочевыводящих путей более характерны для женщин — в силу анатомических особенностей строения мочеполовой системы: широкого и короткого мочеиспускательного канала, а также близости «густонаселённых» влагалища и прямой кишки. Характерно, что монокультуру возбудителя выделяют довольно редко, в большинстве случаев речь идёт о микст-инфекции; возросла роль протопластов и L-форм патогенов — они более устойчивы к антибактериальной терапии и трудноидентифицируемы (не растут на обычных питательных средах)²¹. Таким образом, сам пейзаж микроорганизмов-возбудителей красноречиво свидетельствует о пути инфицирования: снижение местной резистентности, вызванное физиологическими изменениями гестационного периода, дают условным патогенам возможность «пойти на бордаж» локуса, в обычное время способного противостоять колонизации.

Гестационное повышение концентрации прогестерона в крови, глюкозурия (по данным разных авторов, формирующаяся у 26–50% беременных^{22,23}) благоприятствуют размножению бактерий в моче¹⁹. Снижение тонуса гладкой мускулатуры толстой кишки, мочеточников и мочевого пузыря замедляет пассаж мочи, обуславливая высокую восприимчивость беременных к мочевой инфекции разной степени выраженности — от бессимптомной бактериурии до манифестных инфекций нижних (острый цистит, рецидивирующий цистит) и верхних мочевых путей (острый и гестационный пиелонефрит).

Враг в фас

Гестационный пиелонефрит диагностируют у 2–10% женщин во время беременности (чаще всего 80% при первой), в родах или в пуэрперии. У первобеременных заболевание обычно приходится на 4–5-й месяц гестации, у повторобеременных — на 6–8-й. При этом клиническая картина несколько различается¹⁹:

- в I триместре могут возникать выраженные боли в поясничной области, иррадиирующие в нижние отделы живота, наружные половые органы (боль напоминает почечную колику);
- во II–III триместре боли обычно менее интенсивные, иногда преобладают явления дизурии¹⁹.

Острый цистит и **острый пиелонефрит** возникают несколько реже: первый — у 1–3% беременных, второй — у 0,5–1,5%²⁴. Примерно у трети больных с **хроническим пиелонефритом**, во время гестации происходит обострение. При этом клинические признаки хронического пиелонефрита у беременных могут **наслаиваться** на симптомы, связанные с осложнениями беременности, спровоцированные данным заболеванием либо возникшие независимо от него. В частности, боли в поясничной области с иррадиацией в нижние отделы живота и пах могут быть связаны с повышением тонуса матки. Обострение хронического пиелонефрита во время беременности требует особенно тщательного сбора анамнеза и дифференциальной диагностики, поскольку клиническая картина часто стёртая²⁰.

Бактерии в моче: скрытая угроза

Отдельного упоминания заслуживает **бессимптомная бактериурия**, регистрируемая в среднем у 2–10% женщин по результатам обязательного гестационного скрининга¹³ (что, впрочем, сопоставимо с частотой этого патологического состояния вне беременности).

У небеременных пациенток факторами риска считают:

- сахарный диабет;
- возраст (чем старше, тем выше риск);
- высокую сексуальную активность (более трёх половых контактов в неделю);
- эпизоды мочевых инфекций в анамнезе;
- анатомические или функциональные аномалии мочеполовой системы^{13,17}.

У беременных с низким социально-экономическим статусом вероятность обнаружения бессимптомной бактериурии повышена^{13,17}.

Согласно международным рекомендациям²⁵, всем беременным в ранний срок гестации проводят скрининг — бактериологическое исследование мочи на бактериурию. При двукратном положительном результате (10^5 КОЕ/мл и более) врач вправе назначить адекватное антибактериальное лечение по сумме факторов риска, даже если пациентка не предъявляет жалоб.

До недавнего времени такую тактику оправдывали данными о том, что у 20–40% беременных с бессимптомной бактериурией, не получивших антибактериальной санации, со значительной вероятностью разовьётся пиелонефрит^{2,3}. Однако в 2015 году исследователи из Нидерландов, проведя многоцентровое проспективное исследование, **опровергли** эту информацию: заболевание возникает **лишь у 2,4% женщин** с упомянутым состоянием⁹. Наиболее подвержены заболеванию беременные с серповидноклеточной анемией, сахарным диабетом или мочевыми инфекциями в анамнезе¹¹.

Фото

[Согласно международным рекомендациям, всем беременным в ранний срок гестации проводят скрининг — бактериологическое исследование мочи на бактериурию. При двукратном положительном результате врач вправе назначить антибактериальное лечение по сумме факторов риска.]

Есть смысл **пересмотреть** и другие постулаты: если риск пиелонефрита невелик, но высока вероятность нарушения биоценоза влагалища, следует отдать предпочтение фитоуросептикам. Кроме того, стоит по возможности учесть и пожелания самой беременной. Согласно опросу компании Online Market Intelligence, 62,8% женщин **предпочитают фитотерапию** синтетическим препаратам¹⁰. Такая тенденция существует во всем мире, но если европейский рынок натуральных лекарств растёт — на его долю приходится 10%, в России фитопрепараты представлены удручающе скудно — всего 1,5% в общем объёме **лекарственных средств**¹².

Оправданные опасения

Специалист, ведущий беременную с мочевой инфекцией, очень **ограничен** в выборе препаратов: подавляющее большинство антибактериальных средств проникают через плаценту, многие из них оказывают тератогенный эффект. Так, хорошие результаты достигают при терапии беременных с бессимптомной бактериурией нитрофурантоином, однако его приём связан с **риском** гемолиза у пациентки или плода с дефицитом глюкоза-6-фосфат дегидрогеназы. Использование сульфонида или препа-

ратов, его содержащих, в III триместре беременности ассоциировано с повышенной вероятностью гипербилирубинемии у плода.

Специалисты ведущей экспертной организации — Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) — рекомендуют производные **пенициллина** и **цефалоспорины**, относящиеся к категории В (исследования на животных не выявили рисков отрицательного воздействия на плод, при этом надлежащих исследований у человека не было)¹¹, однако их приём тоже может быть небезопасен⁶.

В 2001 году в исследовании ORACLE II оценивали эффективность применения эритромицина и/или амоксициллина с клавулановой кислотой в профилактике преждевременных родов при целом плодном пузыре у женщин без клинических признаков инфекции. Работа не показала существенного преимущества антибиотикотерапии перед плацебо у здоровых пациенток⁷.

На второй стадии исследования (ORACLE II Children Study) спустя 7 лет специалисты оценили долгосрочное воздействие антибиотиков, которые принимали женщины во время гестации, на их потомство. Родителей попросили заполнить типовые отчёты о состоянии здоровья и успеваемости их детей. В исследовании приняли участие 3190 человек. Оказалось, что дети, чьи матери во время беременности принимали эритромицин, значительно чаще страдали различными функциональными нарушениями нервной системы и церебральным параличом по сравнению с плацебо (ОР=1,42; 95% ДИ 0,68–2,98, и ОР=1,22; 95% ДИ 0,57–2,62 соответственно). Причина упомянутой неврологической дисфункции неясна. По мнению исследователей, виновником может быть как субклиническая перинатальная инфекция, так и прямое влияние антибиотика на мозг плода. После приёма амоксициллина подобный эффект не наблюдали⁶.

Согласно приказу № 572н, врач **не вправе проигнорировать** бессимптомную бактериурию. При этом он должен назначить пациентке терапию, от которой та **не откажется**²⁵.

Золотое трио

В препарате «Канефрон Н» присутствуют трава золототысячника, корень любистка и листья розмарина; одно драже включает в себя по 18 мг каждого ингредиента.

- Любисток (фталиды, терпены и фенолкарбоновые кислоты) обладает диуретическим, спазмолитическим, антимикробным, сосудорасширяющим эффектами. Фитотерапевтическое употребление экстракта наземных частей растения способствуют уменьшению количества выводимого с мочой белка при заболеваниях почек. Масло любистка расширяет почечные сосуды, улучшает кровоток и увеличивает диурез. Чаще используют чайную травяную смесь, а не только сам корень.
- Золототысячник (флавоноидные соединения, феноловые кислоты, гликозиды, алкалоиды) — слабительное, антисептическое, десенсибилизирующее. Входящие в его состав фенолкарбоновые кислоты, попадая в просвет почечных канальцев, создают высокое осмотическое давление, при этом снижается реабсорбция воды и ионов натрия, благодаря чему отёки уменьшаются.
- Розмарин (розмарицин, урсоловая и розмариновая кислоты, дубильные вещества, розмариновое масло) обладает антибактериальным, диуретическим, противовоспалительным и спазмолитическим действием. Его масло расширяет почечные сосуды, улучшает снабжение кровью почек, замедляет процесс всасывания воды и солей натрия, увеличивает количество выделяемой мочи без потерь калия и нарушения водно-солевого баланса.

Комплексное применение перечисленных фитоуросептических компонентов **снижает адгезивные способности** бактерий. В совокупности с диуретическим эффектом это значимо повышает шансы «смыть» патогенов с эпителия уретры вместе с током мочи.

Согласно монографиям, подготовленным независимым Европейским научным рабочим комитетом по фитотерапии (European Scientific Cooperative on Phytotherapy), данных о негативных эффектах при приёме беременными листьев розмарина и травы золототысячника нет. Тем не менее, беременным и кормящим препараты следует использовать **по назначению врача**. У Европейского комитета нет монографии в отношении безопасности корня любистка, однако в работе, изданной Комиссией Е (немецкий аналог FDA), противопоказания к его применению во время беременности и лактации отсутствуют.

ХОРОШИЕ ОЦЕНКИ!

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ



В исследовании участвовали 100 женщин

БАКТЕРИУРИЯ И МОЧЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

55

принимали «Канефрон Н» в течение 4 нед. Женщины получали фосфомицин однократно — явления дизурии, бактериурия и изменения в анализах мочи повторялись; всем пациенткам этой группы назначали «Канефрон Н» длительно в виде монотерапии. В итоге удалось снизить частоту дизурических расстройств и предотвратить рецидивы мочевых инфекций

ЧАСТОТА ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

85,5%

До лечения



12,7%

После лечения



БАКТЕРИУРИЯ

87,3%

До лечения



12,7%

После лечения



РЕЦИДИВЫ ДИЗУРИИ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА

7,3%

После лечения



НОРМАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНАЛИЗА МОЧИ

89,1%

После лечения



УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

56,4%

После лечения



Вывод: Комплексный фитопрепарат («Канефрон Н») в составе комбинированного лечения с антибиотиками у беременных с обострениями заболеваний почек и мочевых путей позволяет в 2 раза быстрее добиться сокращения дизурии (6,9 и 12,5% соответственно) и уменьшить количество рецидивов по сравнению с группой, получавшей только антибиотики.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИЛИ ЦИСТИТА

29

принимали «Канефрон Н» совместно с антибиотиками в течение 1 нед, а затем «Канефрон Н» в течение 3 нед

16

принимали стандартную терапию (антибиотики) — в течение 1 нед

ЧАСТОТА ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

До лечения

96,6%

93,8%

После лечения

6,9%

12,5%

РЕЦИДИВЫ ДИЗУРИИ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА

После лечения

20,7%

31,3%

БАКТЕРИУРИЯ

До лечения

86,2%

87,5%

После лечения

17,2%

18,8%

НОРМАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНАЛИЗА МОЧИ

После лечения

75,9%

75%

ИСЧЕЗНОВЕНИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ВЛАГАЛИЩА

После лечения

17,2%

18,8%

УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА

После лечения

62,1%

62,5%

Эффективно и натурально: российское исследование

На базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН выполнена **оценка эффективности фитотурсе́птика** в лечении беременных с заболеваниями почек и мочевыми инфекциями. Всего в исследовании приняли участие 100 женщин с гестационным сроком 12–34 нед. В зависимости от тяжести их состояния пациенток разделили на три группы:

- 55 беременных с бессимптомной бактериурией, хроническим циститом и хроническим пиелонефритом вне обострения получали «Канефрон Н» по два драже 3 раза в день в течение 4 нед (I группа);
- 29 участниц с теми же клиническими параметрами, что и в предыдущей группе, получали комбинированное лечение, включавшее «Канефрон Н» и цефалоспорины (II группа);

ФОТО

[**Коррекция микробиоценоза половых путей и кишечника беременной важна в свете смены парадигмы относительно внутриутробной стерильности плода.**]

- 16 женщин с острым пиелонефритом, обострением хронического пиелонефрита или цистита принимали стандартную антибактериальную терапию цефалоспоринами (III группа).

Антибиотики были выбраны согласно рекомендациям FDA. Основной целью проводимой терапии было не только купирование симптомов, санация мочевыводящих путей, профилактика рецидивов, но и **восстановление эубиоза** и улучшение исходов беременности.

Курс длился от 12 до 34 нед. На фоне лечения **все пациентки** отметили снижение выраженности симптомов: уменьшение болей внизу живота, исчезновение резей при мочеиспускании. Частота дизурических явлений снизилась с 85,5% до 12,7% в I группе, с 96,6% до 6,9% — во II-й и с 93,8% до 12,5% — в III-й. Частота бактериурии в I группе уменьшилась с 87,3% до 12,7%, во II-й — с 86,2% до 17,2% и в III-й — с 87,5% до 18,8%; возросла **продолжительность** безрецидивного периода, последующие обострения хронических заболеваний протекали в менее тяжёлой форме. Контрольный анализ мочи в послеродовом периоде показал, что **у всех женщин**, участвующих в исследовании, была достигнута санация мочевых путей.

Перед началом лечения у 40% женщин обнаружили бактериальный вагиноз или вагинит, развившийся вследствие нарушения состава вагинальной микробиоты. Благодаря терапии удалось частично купировать симптомы и этих **сопутствующих заболеваний**: неприятный запах из влагалища исчез у 14,5% пациенток I группы, 17,2% — II-й и 18,8% — III-й, уменьшение количества выделений отмечали 56,4% пациенток I группы, 62,1% — II-й и 62,5% — III-й. Напомним, что бактериальный вагиноз сам по себе более чем вдвое повышает риск преждевременных родов, а риск спонтанного аборта у женщин с периодом гестации менее 16 нед возрастает в семь с половиной раз⁸. Эти данные подтверждают максимальную целесообразность **прегравидарной санации** мочевыводящих путей с применением уросептических средств растительного происхождения — для наиболее эффективного снижения риска акушерских осложнений.

Важный показатель нормализации микробиоценоза влагалища — снижение количества **лейкоцитов** в отделяемом из половых путей у всех женщин. По данным контрольного исследования, количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала и влагалища не превышало пяти в поле зрения у 78,2% пролеченных пациенток I группы, 86,2% — II-й и 62,5% — III-й. Более 20 лейкоцитов в поле зрения обнаружено лишь у 21,8% в I группе, 13,8% — во II-й и 37,5% — в III-й.

Также у пациенток I и II групп исчезала **грамотрицательная микрофлора**, отсутствовали споры и мицелий дрожжевых грибов рода *Candida*. Слизь в отделяемом из половых путей после лечения не определялась или присутствовала в небольшом количестве без патологических вclusions. **«Ключевые клетки»** были обнаружены при микроскопическом исследовании только у 3 (5,5%) пациенток I группы. Споры и мицелии грибов были выявлены у семи женщин (43,8%) в III группе и ни у одной пролеченной беременной в I и II группах.

По данным контрольного бактериологического исследования после проведённого лечения произошло **качественное и количественное** улучшение микробного пейзажа влагалища. После терапии наблюдали остаточные колонии патогенных микроорганизмов, но в существенно меньших концентрациях, а также восстановление **лакто- и бифидофлоры** у всех обследованных пациенток. *Lactobacillus spp.* присутствовали в цервикальном канале у 67,3% беременных I группы, 24,1% — II-й и всего у 6,3% — III-й. Аналогичная ситуация сложилась с бифидобактериями: после завершения терапии *Bifidobacterium spp.* обнаруживали у 70,9% пациенток I группы, 31% — II-й и 12,5% — III-й. Третья группа, полу-

чавшая исключительно антибактериальную терапию, «отставала» от двух других по скорости восстановления нормальной микрофлоры. Очевидно, это можно объяснить образованием **незанятого биотопа**, повторно колонизируемого патогенами со скоростью, превышающей период восстановления лактобациллярного пула. Также у всех женщин вне зависимости от назначенной терапии з рН влагалища фиксировали нормализацию рН влагалища — с 7,5 до 4,5.

Адекватная коррекция микробиоценоза половых путей и толстой кишки беременной особенно важна в свете недавней смены парадигмы относительно внутриутробной стерильности плода. Презентация условно-патогенной микрофлоры плоду происходит по **транслокационному механизму**: дендритные иммунокомпетентные клетки организма матери обеспечивают активную миграцию бактерий из просвета толстой кишки в мезентериальные лимфоузлы, а оттуда — в амниотическую жидкость. При заглатывании околоплодных вод плодом отдельные «пробники» нормальной микрофлоры (целые клетки и антигенсодержащие фрагменты клеточной стенки) взаимодействуют с лимфоцитами кишечника плода, тренируя формирующуюся иммунную систему к предстоящей внеутробной жизни.

Беременность завершилась родами у 94 женщин. У 89 пациенток они были своевременными, у двух женщин — раньше срока (по причине истмико-цервикальной недостаточности). Кесарево сечение было выполнено четырёх пациенткам, причём у двоих беременных операция была плановой. Ещё у двоих обнаружили показания к экстренному оперативному родоразрешению (клинически узкий таз и слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции). На свет появились 94 ребёнка, в том числе двое недоношенных с массой тела при рождении 2380 и 2200 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов отмечена у 89,4% детей, 6–7 баллов — у 10,6%. К моменту выписки все новорождённые находились на естественном вскармливании при достаточной лактации и в дальнейшем были выписаны домой вместе с матерями.



Эволюция вопроса фитотерапии в урологии и акушерстве активно продолжается — на наших глазах происходит накопление доказательств того, что при определённых условиях современные фитоуросептики прекрасно справляются с задачами, ранее считавшимися безусловной сферой влияния антибактериальной профилактики. Врач, оценивая клиническую ситуацию, взвешивая все «за» и «против», имеет право при бессимптомной бактериурии назначить эффективную и максимально безопасную фитотерапию с учётом желаний пациентки. При прочих мочевых инфекциях — цистите и пиелонефрите — фитоуросептик ценен в комбинированном лечении — такое дополнение уменьшит вероятность рецидива и поспособствует восстановлению микробиоценоза, что положительно скажется как на самочувствии беременной, так и на здоровье будущего ребёнка. **SP**

Библиографию см. на с. 124–127.



Цистит? Пиелонефрит? МКБ?

Лекарственный растительный препарат

Канефрон® Н



Рег. уд. П № 014244/01;
П № 014244/02

Природа. Наука. Здоровье.

- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- Уменьшает количество повторных обострений
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Способствует отхождению конкрементов и препятствует их образованию

РЕКЛАМА



www.bionorica.ru