

© М.А. Репина, В.А. Колчина,
С.Р. Кузьмина-Крутецкая,
О.А. Стамбулова,
Н.А. Голубенко

Медицинская академия последипломного образования: кафедра репродуктивного здоровья женщин, Санкт-Петербург

ФИТОПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

■ Исследовано влияние фитопрепарата «Канефрон® Н» на течение беременности, осложненной фоновой патологией мочевыделительной системы и/или преэклампсией, а также влияние препарата на исходы для плодов и последующее развитие детей. Всего под наблюдением находилось 115 женщин, у 112 из которых произошли роды в срок, у трех преждевременные на 32–33 и 35–36-й неделях беременности. Ростово-весовые показатели соответствовали сроку беременности к моменту ее окончания; оценка по Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения составила 7–9 баллов (лишь в одном случае шесть) и 7–10 баллов. Оценка состояния детей в возрасте от 5 месяцев до 3,5 лет не выявила отклонений в антропометрических показателях и психосоматическом развитии. Заболеваемость детей находилась в пределах популяционных данных.

■ **Ключевые слова:** осложненная беременность; заболевания мочевыделительной системы; фитопрепараты

Заболевания мочевыделительной системы оказывают неблагоприятное влияние на исходы беременности, что может быть связано как с увеличением частоты осложнений (преэклампсия и др.), так и с ухудшением течения фоновой почечной патологии. Беременность значимо увеличивает нагрузку на функцию почек, поэтому любая фоновая патология мочевыделительной системы представляет риск развития почечной недостаточности вплоть до тяжелых и необратимых форм. Поэтому актуальным является вопрос о медикаментозной поддержке функции почек при ее нарушении во время беременности. Особая сложность вопроса заключается в риске неблагоприятного воздействия тех или иных медикаментов на состояние здоровья ребенка.

В 2000 году в Российской Федерации зарегистрирован фитопрепарат «Канефрон® Н» (Бионорика АГ, Германия), который включает три растительных компонента: золототысячник, розмарин и любисток. Содержащиеся в этих растениях эфирные масла, фталиды, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты и горечи обладают спазмолитическим, сосудорасширяющим, диуретическим, антибактериальным и противовоспалительным действием.

Исследования, выполненные в середине 1970-х годов, показали, что компоненты, входящие в состав препарата, препятствуют разрушению нефронов индукторами повреждения почек и обеспечивают развитие репаративных процессов [8]. Хорошие результаты были получены при лечении канефроном воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у беременных и родильниц: быстро исчезал болевой синдром, уменьшалась степень бактериурии. Препарат не имел побочных эффектов и хорошо сочетался с другими лекарственными средствами [5, 6]. Достаточно длительное применение препарата (12 недель и более) не только способствует профилактике хронических воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у беременных женщин, но у половины из них позволяет отказаться от применения других антибактериальных средств, включая антибиотики [7]. Аналогичные результаты лечения канефроном беременных женщин и детей представлены: Орджоникидзе Н.В. и соавт., 2002; Печериной Л.В., Мозговой Е.В., 2000; Симантовской Т.П. и соавт., 2002 и др.

Обширное исследование по применению канефрона, опубликованное в 2004 году, включает 132 беременных женщины, 52 из которых имели воспалительные заболевания мочевых путей, а у 80 беременность была осложнена гестозом и/или хроническим нефротическим синдромом (гломерулосклероз, хронический гломерулонефрит и др.). В восьми случаях патология клубочкового аппарата сопровождалась хронической почечной недостаточностью. В результате применения канефрона отмечены противовоспалительный и антибактериальный эффекты, улучшение периферического кровообращения, увеличение клубочковой фильтрации и диуреза. Не

наблюдалось побочного влияния препарата на пациенток, во всех случаях исходы беременности были благополучными для беременных и их детей [3].

Таким образом, к настоящему времени фактически показана не только высокая эффективность, но и безопасность фитопрепарата канефрон для матери и плода при его использовании во время беременности, осложненной гестозом или заболеваниями мочевыделительной системы. В то же время очевидна необходимость и целесообразность оценки отдаленных результатов психофизического развития и состояния здоровья детей, матери которых получали канефрон. Данному вопросу посвящено настоящее исследование.

Материал и методы

В обследование включены дети из раннего исследования [3] за исключением 83 случаев, где беременность была индуцирована с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО+ПЭ; ЭКО+ПЭ+ИЦИС; ЭКО+ПЭ+ИЦИС+ТЕСА), и дети, матерям которых назначали канефрон по той же схеме лечения и по тем же показаниям, родившиеся в 2004–2005 годах от естественного зачатия (всего 115 родов).

Оценку состояния проводили с помощью разработанной анкеты, в которую были заложены нормативные параметры психофизического развития детей в соответствующих возрастных группах. В каждом 8–9 случае дополнительно изучали медицинские карты детей, где помимо динамических данных педиатров о состоянии ребенка с момента рождения содержались результаты осмотров невропатолога, окулиста и других специалистов (по показаниям).

Средний возраст матерей составил $28,5 \pm 0,4$ года. У 26 из них ($22,6 \pm 3,9$ %) во время беременности были выявлены и пролечены инфекции, передающиеся половым путем, у 18 — миома или аномалии развития матки ($15,6 \pm 3,4$ %). Фоновая патология мочевыделительной системы отмечена у 72 беременных женщин ($62,6 \pm 4,5$ %), в том числе хронический пиелонефрит у 56 из них ($48,7 \pm 4,7$ %), нефротический синдром у 16 ($13,9 \pm 3,2$ %). Кроме того, у семи беременных имелись заболевания сердечно-сосудистой системы ($6,1 \pm 2,2$ %), у шести — варикозная болезнь ($5,2 \pm 2,1$ %), прочие заболевания — еще у 19 женщин ($16,5 \pm 4,1$ %). Таким образом, 104 пациентки ($90,4 \pm 2,7$ %) имели ту или иную соматическую патологию. Течение беременности у 95 беременных женщин ($82,6 \pm 3,5$ %) осложнилось преэклампсией, чаще легкой или средней степени тяжести. Еще у 37 беременных ($32,2 \pm 4,3$ %) отмечены маточно-плацентарная недостаточность, многоводие, маловодие или преждевременное из-

литие околоплодных вод, у 42 женщин — железодефицитная анемия ($36,5 \pm 4,5$ %).

В связи с заболеваниями мочевыделительной системы и/или преэклампсией всем пациенткам в разные сроки беременности (за исключением первых 16 недель) назначали канефрон по 50 капель или по 2 драже три раза в сутки в течение 4–8 недель. При необходимости курс лечения повторяли. По показаниям применение канефрона комбинировали с железосодержащими, спазмолитическими, антибактериальными и другими препаратами. Во всех случаях отмечена хорошая переносимость канефрона.

Результаты

У подавляющего большинства пациенток (72) роды были первыми ($62,5 \pm 4,5$ %), реже — вторыми (37 или $32,2 \pm 4,3$ %) и лишь в шести случаях — третьими ($5,2 \pm 2,1$ %). Несмотря на фоновую соматическую патологию и отмеченные выше осложнения беременности, проведенное лечение позволило пролонгировать беременность до срока родов в 112 случаях (в том числе у одной пациентки роды произошли при переносенной беременности). Лишь трое родов были преждевременными, на 35–36 (два случая) и 32–33 неделях беременности (один случай). Роды через естественные родовые пути произошли у 82 женщин ($71,3 \pm 4,2$ %) и в 29 случаях ($25,2 \pm 4,0$ %) сопровождались дополнительными пособиями и операциями (перинеотомия, ручное обследование полости матки, наложение швов на раны влагалища, промежности). У 33 беременных ($28,7 \pm 4,2$ %) выполнена операция кесарева сечения в плановом или экстренном порядке по различным, преимущественно акушерским, показаниям (тяжелая преэклампсия, тазовое предлежание, многоплодная беременность, слабость родовой деятельности и др.).

Всего родилось 117 детей (две двойни), в том числе 65 девочек ($55,6 \pm 4,6$ %) и 52 мальчика. Масса при рождении менее 2500 г отмечена в одном случае (роды в 32–33 недели, масса 1670 г, длина 43 см). Масса 2500–2999 г была у 18 детей ($15,4 \pm 3,3$ %), масса 3000–3999 г — у 85 новорожденных ($72,6 \pm 4,1$ %), масса 4000 г и более (до 4600 г) имелась у 11 детей ($11,1 \pm 2,9$ %). Соответственно этому длина плода при рождении 46–47 см в четырех случаях ($3,4 \pm 1,7$ см), у остальных детей длина колебалась от 48–49 см (в восьми случаях, $6,8 \pm 2,3$ %) до 50–57 см (103 ребенка, $88,0 \pm 3,0$ %).

Оценка состояния детей по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения представлена в таблице 1. Как видно из табл., на 1-й минуте оценку в 6 баллов получил лишь один новорожденный (пре-

Таблица 1

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар (n = 117)

Оценка на 1-й минуте			Оценка на 5-й минуте		
баллы	число детей	%	баллы	число детей	%
6	1	0,9 ± 0,8	7	2	1,7 ± 1,2
7	24	20,5 ± 3,7	8	49	41,9 ± 4,6
8	86	73,5 ± 4,1	9	63	53,8 ± 4,6
9	6	5,1 ± 2,0	10	3	2,6 ± 1,5
Итого	117	100	Итого	117	100

ждевременные роды в 32–33 недели). На 5-й минуте минимальной была оценка в 7 баллов (два случая).

После рождения состояние всех детей расценивали как удовлетворительное, на 2-й этап выхаживания был переведен один недоношенный ребенок (масса 1670 г, длина 43 см), остальные выписаны домой.

К моменту оценки состояния детей в связи с настоящим исследованием пяти из них было менее 6 месяцев, 26-ти — от 6 до 12 месяцев (22,2 ± 3,8 %). Возраст детей более 12 до 18 месяцев зарегистрирован в 24 случаях (20,5 ± 3,7 %), возраст от полутора и до двух лет — в 18 случаях (15,4 ± 3,3 %). Наибольшее число детей находилось в возрасте 24–30 месяцев (31 или 26,5 ± 4,1 %) или старше: от 30 до 36 месяцев и более 36 месяцев (всего 13 детей или 11,1 ± 2,2 %). Росто-весовые показатели всех без исключения детей на момент обследования соответствовали нормативным параметрам (табл. 2).

Как известно, появление молочных зубов отличается у детей одних и тех же возрастных групп и не всегда соответствует тем нормативам, которые определены следующим образом: после 6 и до 12 месяцев максимально появляются восемь резцов (верхних и нижних), после 12 и до 18 месяцев к ним добавляется прорезывание 8 премоляров, от 18 месяцев и до 2-х лет появляются четыре клыка

(2 верхних и 2 нижних), а после 2-х и до 3-х лет добавляются 12 моляров (по 6 верхних и нижних). У обследованных детей к году наблюдалось прорезывание 2–6 резцов, к 1,5 годам — еще 8–16 зубов (резцов и премоляров, всего по 10–18 зубов). К двум годам у большинства детей имелось по 20 зубов. Это же число зубов отмечено и у детей более старшего возраста.

Психофизическое развитие фактически всех 117 детей также соответствовало возрасту: до 12 месяцев — активное общение со взрослыми, к году — лепетная речь или отдельные слоги, соответствующая двигательная активность, включая ходьбу к одному году жизни, адекватный интерес к игрушкам, окружающим предметам и др. У части детей более старших возрастных групп (до 2,5 лет) отмечено небольшое отставание в развитии речи, то есть неумение разговаривать фразами, предложениями, которое устранялось в более старшем возрасте. Наибольшее число замечаний касалось навыков самообслуживания (с учетом возраста), то есть умения пользоваться ложкой, что-либо надеть, завязать и т. д. Те же замечания касались приученности к горшку (табл. 3). В то же время представляется, что эти замечания скорее могут быть отнесены к дефектам обучения и воспитания ребенка, чем к влиянию пренатальных факторов.

Таблица 2

Антропометрические показатели детей с учетом возраста

Возраст, мес.	Масса, г		Длина, см	
	М ± m	соответствие нормативам	М ± m	соответствие нормативам
< 6	6828 ± 403 (5900–7900)	Да	64,0 ± 1,7 (61–70)	Да
6–12	9598 ± 275 (7500–12900)	Да	73,1 ± 0,8 (68–83)	Да
> 12–18	11421 ± 261 (9000–13200)	Да	82,1 ± 1,0 (76–92)	Да
> 18–24	13000 ± 441 (10700–16000)	Да	87,2 ± 1,0 (82–95)	Да
> 24–30	13740 ± 312 (11000–18000)	Да	92,3 ± 0,7 (85–102)	Да
> 30–36	15850 ± 806 (14500–19500)	Да	97,5 ± 1,4 (90–101)	Да
> 36	15700 ± 413 (14300–17200)	Да	99,0 ± 0,6 (97–101)	Да

Таблица 3

Психофизическое развитие детей

Возраст, мес.	Двигательная активность	Речь, %	Самообслуживание, %	Приученность к горшку, %	Игры
< 6–12	*	* 69 ** 31	—	—	*
> 12–18	*	* 50 ** 50	* 58 ** 33 *** 9	** 58 *** 42	*
> 18–24	*	* 55 ** 45	*33 ** 77	* 33 ** 67	*
> 24–30	*	* 74 ** 26	*42 **58	* 39 ** 61	*
> 30–36	*	* 100	* 83 ** 17	* 67 ** 33	*
> 36	*	* 100	* 100	* 100	*

* — соответствие возрасту;
** — незначительное отставание от возрастных нормативов;
*** — значительное отставание от возрастных нормативов.

Общая заболеваемость детей ни по частоте, ни по нозологическим формам также не отличалась от популяционной (табл. 4). На первом году жизни у 7 детей был диагностирован дисбактериоз кишечника, у пяти детей в разные годы (2–3) диагностированы и пролечены аденоиды. Двое детей находятся под наблюдением у кардиолога, несмотря на снятый диагноз порока сердца. Зарегистрированные в 4-х случаях аллергические заболевания (поллиноз, реакция на некоторые пищевые продукты) фактически у всех имели наследственную природу. Еще у пяти детей, преимущественно на 1-м году жизни, диагностированы нетяжелые формы нейродермита, дерматитов. Данное обстоятельство также сложно связать с приемом канефрона, так как матери этих детей получали во время беременности многие другие лекарственные средства.

Таким образом, проведенное исследование позволяет подтвердить ранее полученные данные относительно положительного влияния канефрона на течение и исходы беременности: прием препарата позволяет пролонгировать беременность, способствуя улучшению клинического течения

основного заболевания или осложнения. Об этом свидетельствуют высокий процент срочных родов, рождение детей с хорошими росто-весовыми параметрами и высокой оценкой по шкале Апгар. Постнатальное развитие детей соответствует нормативным показателям для разных возрастных групп, а общая заболеваемость не превышает таковую в детской популяции Санкт-Петербурга.

Обсуждение

Беременность оказывает значимое воздействие на функциональное состояние почек: за счет увеличения общего объема циркулирующей крови (на 1200–1300 мл и более) повышается наполнение региональной сосудистой сети, включая мочевыделительную систему, на 40–50 % и более увеличивается почечный плазмоток и скорость клубочковой фильтрации. Гормональная перестройка с усилением влияния прогестерона способствует расширению и снижению тонуса чашечно-лоханочной системы, мочеточников, мочевого пузыря.

Потребности плодово-плацентарного комплекса в азоте, необходимом для биосинтеза белка, приво-

Таблица 4

Общая заболеваемость детей от рождения до времени контрольной оценки состояния

Заболевания	Число детей	M ± m %
Дисбактериоз кишечника	7	5,98 ± 2,2
Аденоиды	5	4,3 ± 1,8
Аллергия (алиментарная, поллиноз)	4	3,4 ± 1,7
Дерматиты, нейродермит	5	4,3 ± 1,8
Удвоение почки	1	0,9 ± 0,8
Подозрение на порок сердца	2	1,7 ± 1,2
Прочие*	7	5,98 ± 2,2
Всего**	31	26,5 ± 4,4

* — артрит, отит, обструктивный бронхит и др.;
** — без «простудных» заболеваний.

дят к снижению концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови беременных женщин.

Изменения в мочевыделительной системе, происходящие во время беременности, с одной стороны, предрасполагают к развитию или обострению, ухудшению течения патологического процесса в почках, а с другой — индуцируют возникновение осложнений беременности, если имеется фоновая патология почек. Так, расширение мочевых коллекторов, увеличение остаточного объема мочи в сочетании с бактериурией и свойственными беременности изменениями в иммунной системе, облегчает развитие (обострение) пиелонефрита. Помимо пиелонефрита у беременных женщин нередко наблюдается фоновая патология клубочков (мембранозный, мезангиопротеративный гломерулонефрит, очаговый гломерулосклероз и др.), которая также может быть следствием системного заболевания (системная красная волчанка, другие болезни иммунных комплексов, диабетический гломерулосклероз) или следствием осложнения беременности (преэклампсия). Дополнительная нагрузка в виде увеличения почечного кровотока на ранее поврежденный фильтрационный барьер в сочетании со снижением осмоляльности плазмы, снижением периферического сосудистого сопротивления и другими факторами, свойственными беременности, ухудшает течение нефротического синдрома и степень несостоятельности почек.

Фоновые заболевания почек также значимо увеличивают риск невынашивания беременности, включая ее индуцированное досрочное прерывание, возрастает частота плацентарной недостаточности с последствием в виде задержки развития и антенатальной гибели плода, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преэклампсии. Нередкими спутниками беременности и послеродового периода являются анемия, гнойно-воспалительные осложнения.

Нами отмечены определенные патоморфологические параллели между состоянием почек и маточно-плацентарных структур: бактериурия во время беременности нередко сочетается с формированием ДНК-вирусных, микоплазменных, хламидийных плацентитов; у погибших на фоне тяжелой почечной недостаточности одновременно выявляют массивный тромбоз клубочков и тромбоз спиральных артерий матки, сосудов децидуальной ткани с децидуальными васкулитами и инфарктами. Изучение медицинской документации, связанной с материнской смертностью в Санкт-Петербурге в 1996–2003 годах (с частичным включением материалов за 1994 и 1995 годы, всего 114 случаев), показало, что тяжелые повреждения почек (гипоплазия, поликистоз, удвоение почек,

хронический мезангиолюпролиферативный гломерулонефрит, деформация чашечно-лоханочной области со склерозом подлежащих сегментов и коркового слоя и др.) имелись у 34 погибших, т. е. почти в 30 % случаев. Беременность является наиболее сложным периодом для диагноза почечной патологии, оценки особенностей ее течения и выбора оптимального метода лечения. Из-за риска повреждения плода значительно сужены возможности обследования, что заставляет более внимательно относиться к доступным оценочным критериям. Таковыми являются данные анамнеза (инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы, рефлюкс, повторные и частые «простудные» заболевания в детстве и др.), особенности течения беременности (дизурия, никтурия, результаты посевов мочи, ИППП, данные УЗИ почек, оценка их концентрационно-выделительной функции, степени протеинурии, лейкоцитурии и др.).

Отечный синдром, гипопроотеинемия, гиперлипидемия, анемия в сочетании с высокой (постоянной) протеинурией, облегченным развитием инфекционно-воспалительных осложнений (за счет хронической потери IgG) заставляют заподозрить наличие нефротического синдрома как следствия повреждения клубочков, повышение концентрации мочевины и особенно креатинина характерно для развивающейся почечной недостаточности.

Представляется обязательной оценка состояния системы гемостаза с использованием тестов, отражающих степень ее активации: пролонгированная и выраженная протеинурия сопровождается потерей белков — естественных антикоагулянтов (антитромбин, протеин С, протеин S), что в сочетании с нарушениями микроциркуляции предрасполагает к развитию тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

Среди маркеров активации гемостаза (комплексы тромбин-антитромбин, фрагменты протромбина F₁₊₂, растворимые фибрин-мономерные комплексы, Д-димер) информативным и доступным методом является определение внутрисосудистой активации тромбоцитов или их агрегации, индуцированной коллагеном, ристомидином, аденозиндифосфатом.

Исследование указанных выше параметров перед назначением канефрона показало, что у беременных женщин с хроническим рецидивирующим пиелонефритом, как правило, нарушена концентрационно-выделительная функция почек, снижена относительная плотность мочи, наблюдается периодическая или почти постоянная лейкоцитурия, невысокая протеинурия (200–300 мг/сут) с высевом *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus* и др.

штаммов. Также характерны нетяжелая степень анемического синдрома (Hb 100–109 г/л), расширение и деформация чашечно-лоханочной системы, определяемые при УЗИ, обострение процесса во время беременности.

У беременных с нефротическим синдромом отмечали патологические прибавки массы тела, одутловатость, отечность лица, общий отек, более выраженные степени анемии (потеря белка — переносчика железа трансферрина), протеинурию 1,5–3 г/сут, гипопроteinемию (общий белок 52–54 г/л), гипоальбуминемию, снижение концентрации трансферрина в сыворотке крови (3 г/л и ниже), в отдельных случаях — повышение концентрации креатинина (120–140 мкмоль/л), изменения на ЭКГ в сочетании с артериальной гипертензией или наслоением преэклампсии.

Средняя продолжительность лечения канефроном составила 8 недель с колебаниями от 6 до 12 недель. По показаниям проводили повторные курсы. Наиболее выраженный эффект от применения канефрона был получен у беременных с пиелонефритом: через 2–4 недели улучшались показатели анализов мочи, наблюдали более эффективный ответ на прием железосодержащих препаратов, ни в одном случае не было обострения заболевания вплоть до окончания беременности и послеродового периода.

У пациенток с патологией клубочкового аппарата и осложнением беременности преэклампсией отмечены постепенное повышение диуреза, уменьшение степени отеков, тенденция к уменьшению потери белка с мочой и также улучшение ответа на прием железосодержащих препаратов. Канефрон хорошо сочетается с назначением спазмолитических, сосудорасширяющих и антиагрегантных средств (трентал, курантил, вобэнзим), что позволяло почти во всех случаях пролонгировать беременность.

Показательными были тенденция к снижению концентрации креатинина (до 90 мкмоль/л и ниже), концентрации фибриногена ($4,6 \pm 1,1$ г/л до $4,2 \pm 1,2$ г/л), снижение агрегации тромбоци-

тов, индуцированной различными реагентами [3]. После 5–6 недель лечения наблюдалась тенденция к нормализации внутрисосудистой активации тромбоцитов, о чем свидетельствовали восстановление пула неактивных форм или дискоцитов, уменьшение пула активированных форм или дискоэритроцитов, сфероцитов и сфероэритроцитов, снижение числа тромбоцитов, вовлеченных агрегатов и снижение числа малых агрегатов (2–3 клетки) на 100 свободных форм (табл. 5).

Таким образом, исследования показали, что канефрон в качестве монопрепарата или в комбинации с другими лекарственными средствами способствует улучшению течения патологического процесса в почках во время беременности, способствует снижению частоты и тяжести таких осложнений как маточно-плацентарная недостаточность и преэклампсия. Это делает возможным продолжение беременности и, следовательно, обеспечивает в большинстве случаев рождение детей с нормальными росто-весовыми показателями и хорошей оценкой по шкале Апгар.

Несмотря на положительные результаты лечения беременных женщин фитопрепаратом канефрон, начатого нами с 2000 года, оставался неисследованным вопрос относительно возможного его влияния на состояние здоровья родившихся детей. Поэтому была предпринята еще одна работа — оценка психо-физического развития и заболеваемости детей, матери которых принимали во время беременности канефрон. В исследование были включены дети от 5 месяцев до 3,5 лет, данные, полученные в каждой возрастной группе, были сопоставлены с соответствующими возрасту нормативными параметрами. В результате установлено, что антропометрические данные, физическое, умственное развитие детей и другие показатели находятся в пределах нормальных значений. Это обстоятельство в целом не вызывало сомнений, учитывая растительный состав препарата.

Результаты исследования позволяют рекомендовать канефрон как эффективное лечебное

Таблица 5

Динамика внутрисосудистой активации тромбоцитов у беременных с гестозом ($M \pm m$ %)

Показатели	Норма	Беременные с гестозом	
		до лечения	канефрон, до 6 недель
Дискоциты, %	81–91	$70,3 \pm 3,1$	$81,7 \pm 4,4^*$
Дискоэритроциты, %	5–14	$21,8 \pm 2,6$	$13,8 \pm 1,3^*$
Сфероциты, %	0,5–3,0	$4,6 \pm 0,8$	$3,0 \pm 0,6$
Сфероэритроциты, %	0,2–5,0	$3,3 \pm 0,5$	$2,4 \pm 0,8$
Сумма активированных форм, %	8–18	$29,7 \pm 1,4$	$19,2 \pm 2,1$
Тромбоциты, вовлеченные в агрегаты, %	6,0–7,5	$9,4 \pm 1,1$	$8,2 \pm 1,9$
Малые агрегаты на 100 тромбоцитов	2,8–3,5	$7,9 \pm 1,8$	$4,7 \pm 2,4$

* — $p < 0,05$

средство при заболеваниях почек у беременных женщин и осложнениях беременности, связанных с повреждением почек (преэклампсия, гнойно-воспалительные процессы).

Литература

1. *Орджоникидзе Н.В.* Применение канефрона в профилактике обострений пиелонефрита у беременных / Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Елохина Т.Б., Пустотина О. А. // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М., 2002. — С. 449–450.
2. *Печерина Л.В.* Оценка эффективности применения препарата канефрон с целью лечения гестозов, сочетанных с почечной патологией / Печерина Л.В., Мозговая Е.В. // Ж. акуш. жен. болезн. — 2000. — Т. XLIX, Вып. 1. — С. 42–44.
3. *Репина М.А.* Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин / Репина М.А., Крапивина Е.Г., Колчина В.А., Стамбулова О.А. // Ж. акуш. жен. болезн. — 2004. — Т. LIII, Вып. 2. — С. 48–53.
4. *Симантовская Т.П.* Опыт применения «Канефрона Н» в реабилитации детей с заболеваниями мочевыводящей системы / Симантовская Т.П., Соболев Н.М., Степанченко И. П. // Материалы II Российского конгресса «Современные методы диагностики и лечения в детской нефрологии и урологии». — М., 2002. — С. 129.
5. *Berger M.* The importance of Canephron in the Treatment of Chronic Urinary Tract Infections / Berger M. // Therapiewoche. — 1977. — N 27. — P. 1739–1742.
6. *Pessier G.* The treatment of acute and chronic infections of the urinary tract with phytopharmaceutical agent / Pessier G., Wagner W. // Therapiewoche. — 1979. — N 29. — P. 2406–2410.
7. *Schleicher K.* Clinical Experiences with Canephron in Gynecology, particularly during Pregnancy / Schleicher K.,

Schleicher B. // Therapiewoche. — 1977. — N. 27. — P. 9411–9413.

8. *Sterner W.* Studies on the Effectiveness of Canephron in Renal Diseases — Pharmacological Investigations and Practical Experiences // Sterner W., Hellsler E., Popp H.O., Fisher H. // Physikalische Mediz. Rehabilitat. — 1973. — N. 14. — P. 239–258.

PHYTOPREPARATIONS IN THERAPY OF RENAL DISEASES IN PREGNANT WOMEN AND LONG-TERM RESULTS OF CHILDREN OBSERVATION

Repina M.A., Kolchina V.A., Kusmina-Krutetska S.R., Stambulova O.A., Golubenko N.A.

■ **Summary:** 115 pregnant women treated with Canephron N monotherapy or in combination with other medicines as well as their children were studied. Indications for the treatment considered renal diseases or preeclampsia. Pregnancy outcomes for mothers and fetus: parturition at term 112, preterm 3. Assessment of newborn's condition with Apgar scoring system: at minutes 1–5 only one newborn had 6/7 score, all other children had at minute 1–7/9 scores, at minute 5–7/10 scores. Evaluation of children condition after 6–36 months revealed that their mental and physical parameters were within normal range and sickness rate and structure correspond with same age groups in Saint-Petersburg.

■ **Key words:** complications of pregnancy; renal and urinary tract disorders; phytoagents