

назначение препаратов тестостерона проводится по общим показаниям.

Вопрос в другом. Назначение заместительной терапии препаратами тестостерона при возрастном гипогонадизме требует обязательного обследования уролога, а в процессе лечения — регулярного наблюдения.

Литература

1. Малколм К. «Революция тестостерона». Пер. С англ. Н. В. Савич. М: ИД Медпрактика М, 2005; 224.
2. С. Schulman с соавт. «Терапия андрогенами у мужчин с риском заболеваний предстательной железы». Научно-практический рецензируемый журнал «Андрология и генитальная хирургия»; 3. М. 2006.
3. Jockenhovel F.: Male Hypogonadism. UNI-MED Verlag Bremen; 2004.
4. Дедов И. И., Калинин С. Ю. «Возрастной андрогенный дефицит у мужчин». Практическая медицина. М. 2006; 240.
5. Tremblay R. R. Morales A. Canadian practice recommendations for screening, monitoring, and treating men affected by andropause or partial androgen deficiency. Ageing Male. 1998; 1: 213–8.

Применение андрогенов при возрастном андрогенодефиците в значительной степени улучшает качество жизни мужчин, является профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний и их грозных осложнений и позволяет мужчинам оставаться активными членами общества до глубокой старости.

6. Nieschlag and Behre, Andrology, 2000; Springer.
7. А. А. Камалов, Е. А. Ефремов, С. Д. Дорофеев, Д. А. Клишкин «Клинические аспекты применения современных препаратов тестостерона у мужчин (обзор литературы)» РМЖ; М. 2006; 14: 12.
8. Ю. Г. Аляев, В. А. Григорян с соавт. «Возрастной андрогенный дефицит и современные методы его медикаментозной коррекции». Научно-образовательный журнал для урологов. М. 2006; 5–6.
9. Zitzmann M., Nieschlag E.: Der Altershypogonadismus des Mannes — Diagnose und Therapie. Internist 2003; 44: 13130–1321.
10. Vermeulen, A. Horm Res. 1995; 43: 25.
11. Yassin et al. IntJ Imp R, Nov. 2003; 15: 6.

Канефрон® Н в лечении и профилактике мочекаменной болезни

Л. В. Шаплыгии, Ц. М. Монаков

Урологический центр ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ, г. Москва

Проблема профилактики и лечения мочекаменной болезни остается весьма актуальной для врачей-урологов во всех регионах нашей страны. Отмечается ежегодный прирост лиц с заболеваниями мочеполовых органов по России 1,2% [Н. А. Лопаткин, 2002]. Распространенность мочекаменной болезни среди урологических заболеваний составляет 33,9%, при этом сохраняется тенденция к ее росту. В Российской Федерации в 2000 г. по поводу нефролитиаза лечились более 570 тыс. человек. Большинству из них потребовалось оперативное лечение. К сожалению, уровень послеоперационной летальности остается достаточно высоким (около 1,3%), несмотря на снижение этого показателя в последние годы [Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К., 2003].

Внедрение в широкую клиническую практику современных высокотехнологичных методов разрушения камней в почках и мочевых путях не решило все проблемы лечения не-

фролитиаза. Удаление камней не избавляет больного от мочекаменной болезни. Актуальным остается вопрос о профилактике рецидивного камнеобразования после дистанционной ударноволновой литотрипсии [Михайличенко В. В., Александров В. П., Новиков И. Ф. с соавт., 2003].

Детальное изучение причин и механизмов образования почечных камней привело в последние годы к внедрению в клиническую практику лекарственных средств, влияющих на коллоидно-осмотическое состояние мочи, нормализующих экскрецию ионов кальция, фосфора, мочевой кислоты и, тем самым, способствующих замедлению роста, а также растворению уже сформировавшихся конкрементов. Медикаментозное лечение показано пациентам с мочекаменной болезнью как в раннем послеоперационном периоде после любых видов удаления (дробления) камней, так и для метафилактики в процессе их дальнейшего наблюдения и реабилитации. При наличии у пациента хронического пиелонефрита, нарушенной уродинамики, а также факторов риска развития мочекаменной болезни (проживание

Шаплыгии Леонид Васильевич — проф., начальник урологического центра ГВКГ им. Н. Н. Бурденко МО РФ, г. Москва

в районах, эндемичных по мочекаменной болезни, наследственность, заболевания паращитовидных желез), также необходимо назначение препаратов, предупреждающих камнеобразование [Перепанова Т. С., Дзеранов Н. К., 2003; Тиктинский О. Л., Александров В. П., 2000; Hesse A., Brandte E., Wilbert D., Kohrmann K.-U., Alken P., 2003].

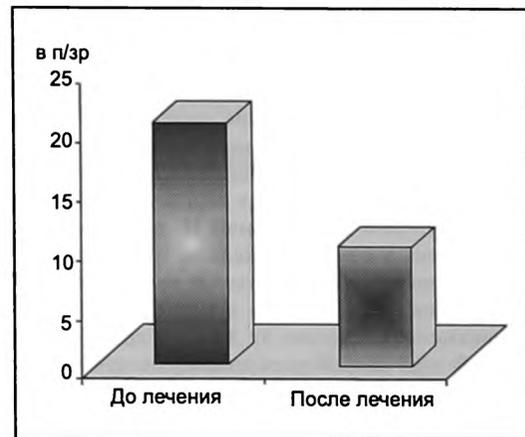
Учение о роли инфекции в камнеобразовании является одной из первых теорий, объясняющих причины возникновения мочекаменной болезни. В 1856 г. Meckel и Glemsbach высказали предположение, что в результате воспаления лоханки образуется органическое вещество, которое может стать ядром камнеобразования. Дальнейшие исследования кристаллизации минеральных солей в коллоидных растворах позволили Ebstein и Nicolayer в 1884 г. доказать существование матрицы (белкового каркаса), образующейся в результате десквамации эпителии воспаленной лоханки. Роль белковой матрицы в генезе почечных камней детально исследована Randall в 1936 г., который показал, что возникновение конкремента может происходить на известковых бляшках, основу которых составляют мукопротеиды и полисахариды, возникающие вследствие дистрофии и некролиза клеток эпителии почечных канальцев [Лопаткин Н. А., 1998].

Таким образом, терапия инфекционно-воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей является важнейшим условием лечения и профилактики мочекаменной болезни.

В настоящее время мы включаем в комплексное лечение нефролитиаза препарат **Канефрона® Н**, выпускаемый компанией *Bioplogica AG* (Германия) в виде двух лекарственных форм (драже и раствор для приема внутрь). Препарат представляет собой комбинацию экстрактов золототысячника, любистка и розмарина. Данные лекарственные травы обладают рядом фармакологических эффектов, среди которых для урологической практики особенно важны умеренные спазмолитический, противовоспалительный, антиоксидантный, мочегонный, а также антимикробный.

Фармакологическое действие **Канефрона® Н** обусловлено биологически активными веществами растительных компонентов: фенолкарбоновыми кислотами (кофеиновая, бензойная, хлорогеновая, феруленовая и др.), фталидами (лигастикумлактон, лигастилид), секоиридоидами (генциопикрин, centaурин, эритроцентаурин, др.), флавоноидами (диосмин, непетин, непитрин, кемпферол, др.) и эфирными маслами (камфора, 1,8-цинеол, α -пинен, борнеол, др.). Механизм развития фармакологических эффектов связывают с осмотическими свойствами фенольных соединений (мягкое мочегонное

Рисунок. Лейкоцитурия у больных с МКБ до и после приема Канефрона® Н



действие), повышением кровоснабжения почечных сосудов под влиянием секоиридоидов и эфирного масла, прямым воздействием фенольных соединений на бактериальную клетку и их влиянием на состояние сосудистого эндотелия (антимикробный, противовоспалительный и антиоксидантный эффекты), влиянием розмариновой кислоты на синтез лейкотриенов (противовоспалительное действие) [Haloui M., Louedec L, Michel J.B., Lyoussi B., 2000; Angioni A., Barra A., Cereti E. и др., 2004; Al-Sereiti M.R, Abu-Amer K.M, Sen P., 1999]. Кроме того, клиническая практика свидетельствует о нефропротекторных свойствах **Канефрона® Н** [Корп Н., 1975; Barsom S., 1979; Репина М. А., 2004].

Среди побочных эффектов препарата в единичных случаях описаны тошнота, боли в животе, дискомфорт в области желудка. Отсутствие острой и хронической токсичности, а также тератогенных эффектов препарата было подтверждено в экспериментах на лабораторных животных. Значительный опыт применения **Канефрона® Н**, в том числе у беременных [Schleicher K, Schleicher B., 1977; Елохина Т. Б., Орджоникидзе Н. В., 2003; Репина М. А., 2004], подтвердил его хорошую переносимость и высокую безопасность.

Взаимодействие **Канефрона® Н** с другими лекарственными средствами в настоящий момент изучается. О. Л. Тиктинскому с соавт. (2003 г.) удалось достичь скорейшего отхождения конкрементов и уменьшения болезненности в поясничной области у пациентов после ДУВЛ при использовании **Канефрона® Н** в комплексе с энзимотерапией.

Таким образом, учитывая фармакологические эффекты **Канефрона® Н**, влияющие на различные звенья патогенеза мочекаменной болезни, очевидна целесообразность его вклю-

чения в состав комплексного лечения больных нефролитиазом.

С целью изучения клинической эффективности и безопасности **Канефрона® Н**, нами проанализировано 47 случаев лечения пациентов с мочекаменной болезнью, находившихся в урологическом центре госпиталя. Демографическая характеристика группы: 26 (55,3%) мужчин и 21 (44,7%) женщин в возрасте от 26 до 64 лет (средний возраст $38,5 \pm 4,7$ лет). Схема применения **Канефрона® Н**: по 2 драже 3 раза в день в течение 4 недель.

Пациенты, включенные в настоящее исследование, наблюдались урологом по поводу мочекаменной болезни от 3 до 17 лет (в среднем $7,8 + 3,9$ лет). У всех пациентов при обследовании были выявлены конкременты в почках размерами от 3 до 8 мм (средний размер камней — $5,3 + 2,1$ мм), не нарушающие отток мочи. Большинство пациентов ранее неоднократно находились на стационарном лечении по поводу мочекаменной болезни.

При посеве мочи рост микрофлоры выявлен у 23 (48,9%) больных: *E.coli* выделена у 7 (14,9%) пациентов, *Proteus spp.* — у 5 (10,6%) и *Enterococcus spp.* — у 2 (4,3%), полимикробные ассоциации — у 9 (19,1%) больных.

Лейкоцитурия при поступлении в стационар выявлена у 33 (70,2%) больных и составила в среднем $20,3 \pm 7,2$ в поле зрения.

После проведения курса лечения проводилось контрольное обследование, которое включало общеклинический и бактериологический анализы мочи, а также ультразвуковое исследование почек. Эффективность **Канефрона® Н**

оценивалась по снижению лейкоцитурии, исчезновению роста патогенной флоры при посеве мочи или снижению степени бактериурии.

Нормализация анализов мочи отмечена у 28 (59,6%) больных. У остальных больных лейкоцитурия значительно уменьшилась — в среднем до $9,8 + 2,6$ в поле зрения (см. рисунок).

После завершения лечения роста микрофлоры при посеве мочи ни у одного из пациентов не выявлено.

Самопроизвольное отхождение с мочой мелких конкрементов во время приема **Канефрона® Н** отмечалось у 13 (27,7%) пациентов. При контрольном ультразвуковом исследовании у 24 (51,1%) пациентов отмечено уменьшение размеров конкрементов в почках.

Побочных реакций, связанных с приемом **Канефрона® Н** нами не было зарегистрировано ни у одного пациента.

Таким образом, препарат **Канефрон® Н** можно рассматривать как эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения и профилактики мочекаменной болезни.

В отличие от традиционно применяемых в урологии сборов лекарственных трав, **Канефрон® Н** является стандартизованным препаратом, удобен для приема пациентом, не требует специальной подготовки и использования посуды для приготовления настоев и отваров, его легко дозировать. **Канефрон® Н** можно рекомендовать для применения в широкой клинической практике для лечения больных с мочекаменной болезнью как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, а также для профилактики и метафилактики нефролитиаза.

Литература

1. Елохина Т. Б., Орджоникидзе Н. В., Емельянова А. И., Пустотина О. А. Новые подходы к профилактике заболеваний мочевыводящих путей у беременных // Медицинская кафедра. 2003; 1: 88–94.
2. Калинин С. Н., Тиктинский О. Л., Александров В. П. с соавт. Лечение больных с мочекаменной болезнью (МКБ) **Канефроном® Н** в комбинации с вобензимом при ДЛТ // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи 28–30 апреля 2003 г. М.: Москва, 2003; 156–157.
3. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи 28–30 апреля 2003 г. М.: Москва, 2003; 5–25.
4. Михайличенко В. В., Александров В. П., Новиков И. Ф. с соавт. Профилактика рецидивного камнеобразования у больных после ДЛТ // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи 28–30 апреля 2003 г. М.: Москва, 2003; 209.
5. Перепанова Т. С., Дзеранов Н. К. Принципы противовоспалительной терапии при мочекаменной болезни (МКБ) // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи 28–30 апреля 2003 г. М.: Москва, 2003; 248–249.
6. 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. 2004; 2: 48–54.
7. Руководство по урологии // Под ред. Н. А. Лопаткина. — в 3-х томах. — М.: Медицина, 1998; 2: 693–762.
8. Тиктинский О. Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь. СПб: Питер, 2000; 384 с.
9. At-Sereiti MR, Abu-Amer KM, Sen P. Pharmacology of rosemary (*Rosmarinus officinalis* Linn.) and its therapeutic potentials // Ind. 3. Exper. Biol. 1999; 37: 124–130.
10. Angioni A, Barra A, Cereti E, Barile D, Coisson 3D, Arlorio M, Dessi S, Coroneo V, Cabras P. Chemical composition, plant genetic differences, antimicrobial and antifungal activity investigation of the essential oil of *Rosmarinus officinalis* // L. 3. Agric. Food Chem. 2004; 52(11): 2: 3530–3535.
12. Haloui M, Louedec L, Michel 3B, Lyoussi B. Experimental diuretic effects of *Rosmarinus officinalis* and *Centaurium erythraea* // 3. Ethnopharmacol. 2000; 71: 3: 465–472.
13. Hesse A., Brandle E., Wilbert D., Kohrmann K. U., Alken P. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000 // European urology. 2003; 44: 6: 709–713.