



# Современная фитотерапия

в лечении  
острого цистита

*Методические  
рекомендации*

ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
города Москвы

Согласовано

Утверждаю

Председатель Бюро Ученого  
Медицинского совета

Департамента здравоохранения



«26» февраля 2013 года

Первый заместитель

руководителя

Департамента здравоохранения

города Москвы



«28» февраля 2013 года

Современная фитотерапия в лечении  
острого цистита

Методические рекомендации № 6

Главный специалист уролог  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

А.А. Камалов

«20» февраля 2013 года

Москва 2013

### **Учреждения-разработчики:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы»,

ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

### **Составители:**

главный специалист по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» – А.А. Камалов;

Заведующий организационно-методическим отделом по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», д.м.н. – Л.А. Ходырева;

Заведующий учебной частью, старший преподаватель кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», к.м.н. – Д.А. Охоботов;

Доцент кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», к.м.н. В.К. Карпов;

Сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н. – А.А. Дударева;

Заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ №31» ДЗМ – Т.Б. Тахирзаде;

Врач – уролог урологического отделения ГБУЗ «ГКБ №31» ДЗМ – М.М. Эхоян;

Ординатор кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» В.Н.Мамедов

### **Рецензенты:**

профессор кафедры урологии «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» заведующий отделом андрологии НИИ урологии и репродуктивного здоровья, д.м.н. – М.Е. Чалый;

заведующий отделом андрологии и репродукции человека, д.м.н. – Е.А. Ефремов

### **Предназначение:**

для практических врачей – урологов, андрологов, гинекологов, терапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего заключения.

## РЕЦЕНЗИЯ

### на методические рекомендации «Современная фитотерапия в лечении острого цистита».

Развитие подавляющего большинства случаев острого цистита связывают с восходящим распространением уропатогенов из уретры и периуретральных тканей в мочевой пузырь. Предполагают, что длительный хронический воспалительный процесс и многократные его обострения, в стенке мочевого пузыря могут приводить к развитию в ней хронической субэпителиальной ишемии и гипоксии, которые в одно и то же время повреждают эпителий, снижая его регенераторную способность и нарушают его функцию. При лечении острого цистита фитотерапия имеет важное значение. Экспериментальные и клинические исследования показали, что весь комплекс соединений, находящихся в водных настоях и отварах растений, оказывает более разностороннее действие, чем отдельные компоненты, при их поступлении в организм человека поступает целый комплекс родственных ему биологически активных соединений. По данным проведенного обследования на фоне фитотерапии у пациентов была отмечена стойкая тенденция уменьшения количества белка, лейкоцитов и эритроцитов во всех группах, кроме того в основной группе лейкоцитурия исчезла у 92,06 % пациентов, в то время, как в контрольной она исчезла у 73,85% пациентов.

Авторами рекомендаций показано, что назначение фитопрепаратов при заболеваниях мочеполового тракта является патогенетически оправданным, так как они основаны на комплексном антимикробном, фитонцидном, противовоспалительном, мочегонном, спазмолитическом, обезболивающем действии, что корректирует основные негативные у пациентов с острым циститом. Работа отличается правильным методологическим построением, статистически достоверными результатами, прекрасно иллюстрирована и рекомендуется к публикации. Замечаний по построению методических рекомендаций и к изложенному материалу нет.

Заведующий отделом андрологии и репродукции человека  
ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России  
д.м.н.



Ефремов Е.А.

## Введение

Симптомы нижних мочевых путей, обусловленные острым инфекционно-воспалительным процессом слизистой мочевого пузыря, представляют большую социально-экономическую проблему.

Большое значение в развитии и поддержании симптомов острого цистита имеет нарушение уродинамики нижних мочевых путей, изменение тонуса детрузора и уретры, проявляющиеся учащенным, затрудненным мочеиспусканием.

## Определение

*Цистит* (от греч. Κύστις — пузырь) — воспаление слизистой мочевого пузыря, сопровождающееся нарушением его функции.

## Классификация цистита

Различают первичный и вторичный, острый и хронический, инфекционный (специфический или неспецифический) и неинфекционный (химический, термический, токсический, аллергический, лекарственный, лучевой, алиментарный и др.) цистит. Вторичный цистит развивается на фоне заболеваний мочевого пузыря (камни, опухоль) и/или инфравезикальной обструкции различной этиологии, а также хронических воспалительных заболеваний половых органов.

**Предрасполагающими основными факторами для развития цистита являются:** возраст, пол пациента, переохлаждение; травма слизистой оболочки мочевого пузыря; застой крови в венах таза; гормональные нарушения; авитаминозы; стрессы; в постменопаузе развивается на фоне недержания мочи, цистоцеле, остаточной мочи и может быть обусловлено атрофическим вагинитом и изменениями защитных свойств уротелия, за счет снижения уровня эстрагенов.

## Этиология цистита

Развитие подавляющего большинства случаев острого цистита связывают с восходящим распространением уропатогенов из уретры и периуретральных тканей в мочевой пузырь.

Причинами неосложненных внегоспитальных инфекций мочевого тракта (ИМТ) в 80-90% случаев являются *E.coli*, 10-15% - *Staphilococcus saprophyticus*,

лишь в 1-3% наблюдений в моче у таких больных обнаруживаются *Proteus mirabilis* и *Klebsiella pneumoniae*, еще реже - *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas* spp. Микробная флора у лиц с осложненными/госпитальными ИМТ (в особенности при катетер-ассоциированных поражениях, сахарном диабете, а также у лиц, получавших лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия и системную глюкокортикоидную терапию) характеризуется более низким удельным весом *E. coli* (в пределах 50-55%) и существенно более высоким выявлением других уропатогенов (преимущественно *Candida albicans* и *Candida tropicalis*, а также *Coccidioidomycosis*, *Blastomycosis*, у больных с иммуносупрессией – также *Cryptococcus neoformans*).

Персистенция микроорганизмов, их высокая выживаемость и резистентность – еще одна из причин поддерживающая симптомы нижних мочевых путей. Они могут длительно сохраняться и значительно снижать качество жизни пациенток с инфекционно-воспалительным процессом в стенке мочевого пузыря, даже после эрадикации возбудителя, что определяет показания длительных курсов фитотерапии.

### **Патологическая анатомия**

В клинической практике наблюдаются различные формы воспалительного процесса в стенке мочевого пузыря — от поверхностных очаговых изменений слизистой оболочки до поражения всех его слоев. При остром катаральном цистите слизистая оболочка мочевого пузыря становится отечной, гиперемированной, в ней определяются клеточные лейкоцитарные инфильтраты, но эпителиальный покров еще не изменен. Если же воспаление затягивается, то процесс распространяется на подслизистый слой, где возникает гнойная инфильтрация с отеком и утолщением подслизистой, слущиванием эпителия. При тяжелом цистите гнойно-воспалительный процесс захватывает мышечный слой с появлением участков изъязвления слизистой оболочки мочевого пузыря, покрытых некротическими фиброзными пленками. При тяжелых затяжных формах цистита в некоторых случаях происходит некроз с образованием язвы мочевого пузыря. Для хронического цистита характерно глубокое поражение стенки мочевого пузыря с разрастанием соединительной ткани. Слизистая оболочка разрыхляется, появляются легко кровоточащие грануляции, а иногда кистозные образования (cystitis

cystica). В ряде случаев возникают участки некроза с полипозными разрастаниями. При интерстициальном цистите развивается сморщивание мочевого пузыря вследствие фиброза всех его слоев. Предполагают, что длительный хронический воспалительный процесс и многократные его обострения, в стенке мочевого пузыря могут приводить к развитию в ней хронической субэпителиальной ишемии и гипоксии, которые в одно и тоже время повреждают эпителий, снижая его регенераторную способность и нарушают его функцию.

В экспериментах на животных с хронической ишемией мочевого пузыря отметили увеличение уровня маркера оксидативного стресса малондиальдегида (МДА) и провоспалительных цитокинов (IL6,8,TNF –альфа) в сравнении с контролем, которые так же, по мнению ученых, могут быть ключевыми факторами в развитии дисфункции этого органа и способствовать развитию острого инфекционно-воспалительного процесса.

### **Симптомы и клиническая картина цистита**

Острый цистит обычно возникает внезапно, через несколько часов после переохлаждения или другого провоцирующего фактора. Характерные симптомы острого цистита — частое и болезненное мочеиспускание (дизурия), боли в области мочевого пузыря, пиурия и терминальная гематурия. Чем сильнее выражен воспалительный процесс в мочевом пузыре, тем чаще позывы на мочеиспускание и интенсивнее боли. При тяжелых формах цистита больные вынуждены мочиться через каждые 20—30 мин, при этом отмечаются резкие боли и выделение нескольких капель крови в конце мочеиспускания. Боли изнуряют больного, так как не прекращаются ни днем, ни ночью. При остром цистите боли в надлобковой области остаются и вне акта мочеиспускания, а пальпация области мочевого пузыря резко болезненна. Постоянные болевые импульсы с воспаленной слизистой оболочки мочевого пузыря вызывают сокращение детрузора и повышение внутрипузырного давления, поэтому скопление в мочевом пузыре даже небольшого количества мочи приводит к императивному позыву на мочеиспускание. При остром цистите в процесс вовлекается шейка мочевого пузыря, боли иррадиируют в промежность, задний проход и головку полового члена. В связи с императивностью позывов на мочеиспускание нередко возникает ложное недержание мочи и создается впечатление истинного недержания мочи. Гематурия

при остром цистите обычно бывает терминальной вследствие выделения крови из разрыхленной и кровоточащей воспаленной слизистой оболочки мочевого пузыря при его сокращении. Терминальная гематурия особенно часто возникает при преимущественном поражении шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника. Мутность мочи у больных обусловлена наличием в ней большого количества лейкоцитов, бактерий, слущенного эпителия мочевого пузыря и эритроцитов. Острый цистит редко сопровождается повышением температуры тела больного, так как всасывание из мочевого пузыря незначительное. Высокая температура тела при цистите и особенно появление озноба свидетельствуют о вовлечении в воспалительный процесс почек (пиелонефрит). Течение острого цистита обычно благоприятное. На протяжении 7—10 дней симптомы заболевания стихают, состояние больного улучшается. Однако если в течение 2—3 недель цистит не излечивается, то следует искать причину, поддерживающую заболевание.

Неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых путей составляют около 2/3 всей урологической патологии и представляют серьезную медицинскую проблему. В связи с этим поиск высокоэффективных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний мочевыводящего тракта важно для медицины настоящего и будущего.

### **Фитотерапия в этиопатогенетическом лечении цистита**

Этиопатогенетическое лечение пациентов с острым циститом и обострением хронического рецидивирующего процесса в слизистой мочевого пузыря складывается из антибактериальной терапии в соответствии с чувствительностью к патогенной микрофлоре, спазмолитической, диуретической, обезболивающей, противовоспалительной терапии.

Из вышеизложенного следует, что назначение фитопрепаратов при заболеваниях мочеполового тракта является патогенетическим, так как они основаны на их антимикробном, фитонцидном, противовоспалительном, мочегонном, спазмолитическом, обезболивающем действии.

Благодаря успехам фармакологии действующие вещества многих растений были выделены в чистом виде и получили широкое распространение в медицине. Экспериментальные и клинические исследования показали, что весь комплекс



соединений, находящихся в водных настоях и отварах растений, оказывает более разностороннее действие, чем отдельные компоненты, при их поступлении в организм человека поступает целый комплекс родственных ему биологически активных соединений.

**Фитотерапия имеет ряд существенных преимуществ** перед использованием синтетических медикаментозных химиопрепаратов. Лекарственные растения:

- хорошо переносятся больными;
- не оказывают нежелательного побочного действия;
- их можно применять длительный период времени (при необходимости терапия продолжается в течение 1-2 лет), особенно при хронических заболеваниях, не приводя к гиповитаминозу и дисбактериозу.
- они хорошо сочетаются друг с другом и могут оказывать влияние на различные органы и системы, что позволяет лечить одновременно сопутствующие заболевания внутренних органов (желудка, печени, почек и др.).

Ценность фитотерапии в урологии заключается в широте терапевтического действия лекарственных растений. Богатый химический состав их обуславливает воздействие на различные патогенетические механизмы: часто можно обойтись одним растительным средством вместо нескольких химиопрепаратов. Растительные препараты, как правило, можно широко комбинировать как между собой, так и с химиопрепаратами.

Среди известных фитопрепаратов комплексного действия для лечения заболеваний мочеполовой системы особенное место в клинической практике занимает Уролесан.

Препарат имеет многолетний опыт клинического применения. Уролесан легко всасывается и с током крови быстро достигает печени, мочевых путей и почек, быстро снимает приступы почечной и печеночной колики и нормализует тонус гладкой мускулатуры верхних и нижних мочевыводящих путей и желчного пузыря.

## **Фармакологическое действие и состав препарата Уролесан**

Этот комплексный спазмолитический препарат растительного происхождения был создан на основе экстракта семян дикой моркови в соединении с экстрактами травы душицы, соплодий хмеля, эфирными маслами мяты перечной, пихты, касторового масла. Именно эти составляющие обеспечивают уникальное сочетанное действие данного лекарственного средства.

Основными фармакологическими действиями Уролесана являются: антибактериальное, спазмолитическое, диуретическое, а также образование защитного коллоида в моче.

**Масло мяты перечной** (*Ol. menthae piperitae*) обладает спазмолитическим эффектом, оказывает антимикробное, противовоспалительное и ангиопротективное действие.

В экспериментах на разных видах лабораторных животных определено, что фармакологические эффекты мяты перечной обусловлены основным действующим веществом экстракта листьев данного растения – ментолом, который оказывает антисептическое, спазмолитическое и местноанестезирующее действие.

В условиях *in vitro* на культуре гладких миоцитов, доказано, что эмульсия мяты перечной активна, как неселективный ингибитор кальциевых каналов и индуцирует расслабление гладкой мускулатуры.

В эксперименте на кроликах, у которых индуцировали спазм гладкой мускулатуры кишечника введением субстанции Р, экстракт мяты перечной активировал меченые серотонином рецепторы и оказывал спазмолитическое действие.

В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании у 69 женщин после операций по поводу разной гинекологической патологии была продемонстрирована эффективность применения экстракта листьев мяты перечной в форме капсул, как спазмолитика.

**Плоды моркови дикой** (*Fructus Dauci carotae*). Плоды содержат эфирное и жирное масла, флавоноиды, органические кислоты, сахара и более 20 микроэлементов.

Доказано спазмолитическое, противомикробное, мочегонное и литолитическое действие биологически активных веществ моркови дикой.

Благодаря содержанию кумаринов, плоды моркови дикой оказывают спазмо-

литическое действие на коронарные сосуды, на гладкомышечную ткань желудочно-кишечного тракта, мочевых путей, бронхов, и других органов.

Испытание антимикробных свойств эфирного масла *in vitro* показали выраженную противомикробную активность в отношении *Escherichia coli*.

Литолитическое действие лекарственного сырья плодов моркови дикой подтверждено многочисленными экспериментами. При этом установлено, что настой обладает мочегонным действием и способствует выведению из организма оксалатов и фосфатов, что было подтверждено рентгеноструктурным, электрохимическим и термическим анализами.

**Трава душицы обыкновенной** (*Origanum vulgare*) содержит эфирные масла, свободные спирты; геранилацетат; дубильные вещества; аскорбиновую кислоту, растительные жиры. Душица обыкновенная усиливает перистальтику кишечника, стимулирует секрецию бронхиальных и пищеварительных желез, повышает тонус и сокращаемость миометрия и гладкой мускулатуры кишечника, действует успокаивающе на ЦНС, а также используется, как болеутоляющее, спазмолитическое средство. За счёт тимола и терпенов душица проявляет выраженное антисептические (противомикробные) свойства.

**Шишки хмеля** (*Humulus*) содержат эфирные масла полифенольных соединений и горечи. Лекарственные средства из шишек хмеля обладают разносторонними фармакологическими свойствами — успокаивающим, обезболивающим, снотворным, противовоспалительным. Нейротропные свойства галеновых препаратов из шишек хмеля связывают с содержанием в них лупулина, который проявляет успокаивающее действие на центральную нервную систему. Эфирное масло хмеля активно в отношении грамположительных бактерий и грибов. Горечи хмеля, особенно  $\beta$ -кислоты, подавляют развитие грамположительных, а в больших концентрациях — и грамотрицательных бактерий.

**Масло пихты** (*Ol. Abies sibirica*) содержит дубильные вещества, каротин, аскорбиновую кислоту и токоферолы. Благодаря своей высокой биологической активности пихтовое масло обладает ценными косметическими, лечебными, дезинфицирующими и противовоспалительными свойствами. Его особые свойства связаны с бактерицидным и противовирусным действием.

Богатый фармакодинамический спектр активности препарата обеспечивается физиологически активными компонентами - маслом пихты сибирской, масло

мяты перечной, экстракты шишек хмеля, плодов моркови дикой, травы душицы. Многолетний опыт применения препарата Уролесан и его отдельных растительных компонентов в медицинской практике показал высокую клиническую и фармако-экономическую эффективность.

**Уролесан® выпускается в каплях по 25 мл. и капсулах. Состав 1 капсулы идентичен по составу с 8-10 каплями:**

<b>Название компонентов</b>	<b>Уролесан, капсулы (1 капсула) содержание в г</b>	<b>Уролесан, капли (1 доза) содержание в г</b>
<i>Моркови дикой плодов экстракт жидкий</i>	<i>0,00184</i>	<i>0,00184</i>
<i>Хмеля шишек экстракт жидкий</i>	<i>0,00633</i>	<i>0,00633</i>
<i>Душицы травы экстракт жидкий</i>	<i>0,00146</i>	<i>0,00146</i>
<i>Масло пихты</i>	<i>0,02550</i>	<i>0,02550</i>
<i>Масло мяты перечной</i>	<i>0,00746</i>	<i>0,00746</i>

### **Оценка клинической эффективности применения препарата Уролесан у пациентов с острым воспалительным процессом в стенке мочевого пузыря**

В 2012-2011гг. сотрудниками кафедры урологии и андрологии МГУ им. М.В.Ломоносова было проведено пострегистрационное исследование, целью которого являлось сравнение эффективности и безопасности препарата Уролесан - жидкость и капсулы производства АО «Галичфарм» в лечении пациентов с острым циститом.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали женщины в возрасте 18—50 лет с диагнозом: острый цистит, было включено 195 пациентов. Пациенты были распределены методом простой рандомизации с использованием запечатанных конвертов в:

- основную группу I (Уролесан капли + базисная терапия): 65 человек;
- основную группу II (Уролесан капсулы + базисная терапия): 65 человек;
- контрольную группу III (базисная терапия): 65 человек.

Схема распределения пациентов в группы лечения была сформирована на основе таблицы случайных чисел, полученных посредством генератора случайных чисел электронных таблиц MS Excel.

Из исследования досрочно выбыло 3 испытуемых. В связи с отсутствием достоверных данных подтверждающих исходное состояние пациентов, в статистическую обработку не было включено 2 испытуемых.

**Критерии исключения.** Пациенты с чувствительностью к компонентам препарата, имеющие острый или обострение хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки, конкременты в почках > 3 мм, урогенитальные расстройства в менопаузе и те пациенты, у которых было выявлено наличие сопутствующих декомпенсированных заболеваний или острых состояний, способных существенно повлиять на результаты исследования.

**Методы обследования пациентов.** Оценка состояния пациента производилась с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов до лечения, на 3,5,7,10 сутки и после окончания приема препаратов. При этом использовались регистрация субъективных жалоб пациента, объективное обследование, включающее в себя измерение ЧСС, АД,  $t^{\circ}$  тела, физикальный осмотр, гинекологический осмотр а также лабораторное обследование, включающее общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, для женщин детородного возраста — тест на беременность. Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование (для оценки состояния почек, мочевого пузыря на предмет патологических изменений и аномалий).

Оценка выраженности острого цистита производилась по шкале оценки симптомов у пациентов с болью в области таза (The Pelvic and Urinary /Frequency (PUF) Patient Symptom Scale).

**Схема лечения.** В процессе исследования пациентам всех групп была назначена базисная терапия.

Базисная терапия включала антибактериальную терапию – офлоксацин по 200 мг 2 раза в день в течении 5 дней, анальгетики (баралгин) по требованию.

Первая группа пациентов (группа I) принимала Уролесан, жидкость назначались по 8—10 капель на кусочке сахара или на черном хлебе под язык 3 раза в сутки до еды. Курс лечения составлял 10 дней.

Вторая группа пациентов (группа II) принимала Уролесан, капсулы по 1 капсуле 3 раза в сутки до еды. Курс лечения составлял 10 дней.

Третья контрольная (группа III) – получала базисную антибактериальную терапию и обильное питье.

В процессе исследования пациентам обеих групп было рекомендовано: постельный режим, диетическое питание.

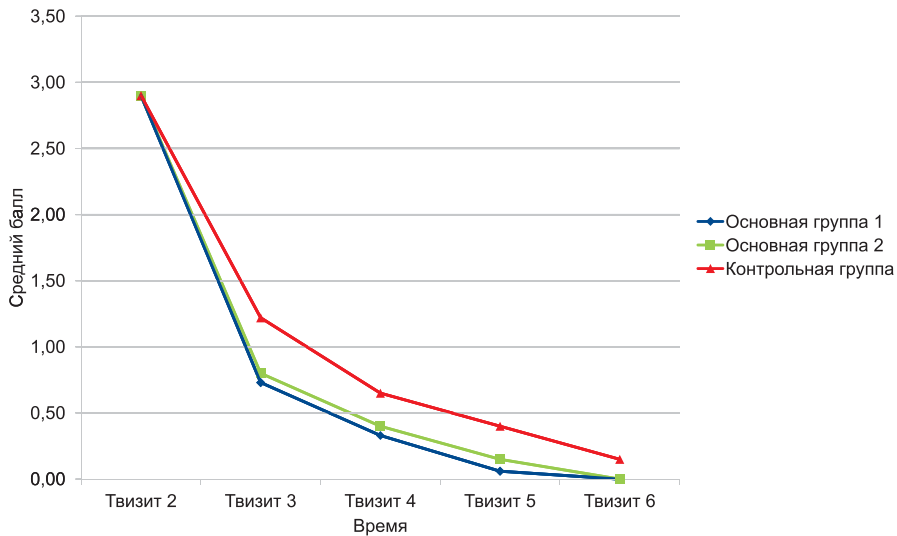
**Оценка эффективности.** Оценка эффективности и переносимости исследуемого препарата производилась на 3,5,7,10 дни лечения.

## **Результаты исследования**

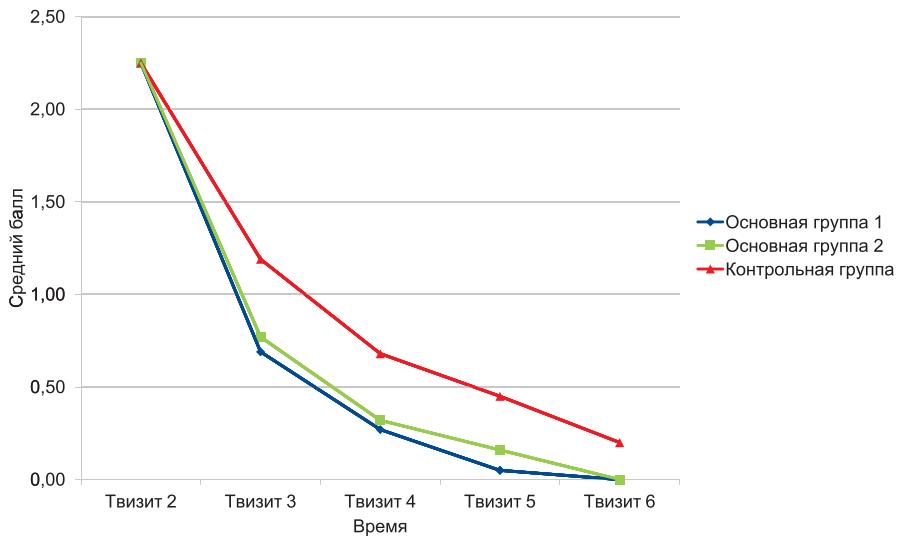
### **Анализ клинической эффективности в каждой из групп проводился по показателям субъективных жалоб методами описательной статистики**

Выраженность показателей субъективных жалоб оценивалась на каждом из 6 контрольных визитов. Клиническая эффективность наблюдалась в 82,6% и 80,92% в основных группах, соответственно в сравнении с 55,38% в контрольной группе.

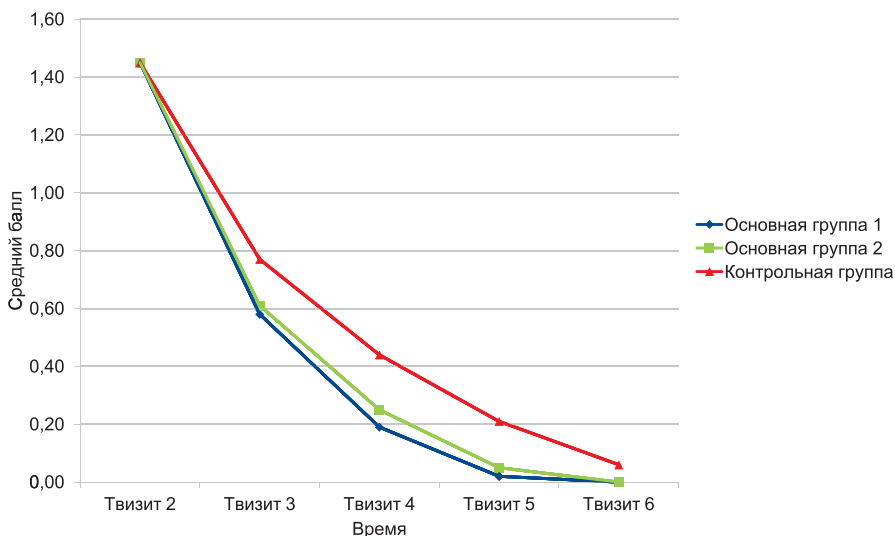
Во всех группах была отмечена хорошая динамика по уменьшению интенсивности рези при мочеиспускании, дискомфорта или болезненности внизу живота, ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, а также выраженности императивных позывов к мочеиспусканию и ноктурии. Кроме того, отмечено снижение потребности в анальгетиках. Динамика выраженности некоторых симптомов представлена на Рисунках 1-3.



**Рис. 1 — Динамика выраженности показателя «рези при мочеиспускании»**



**Рис. 2 — Динамика выраженности показателя «дискомфорт или болезненность внизу живота»**



**Рис. 3 — Динамика выраженности показателя «потребность в анальгетиках»**

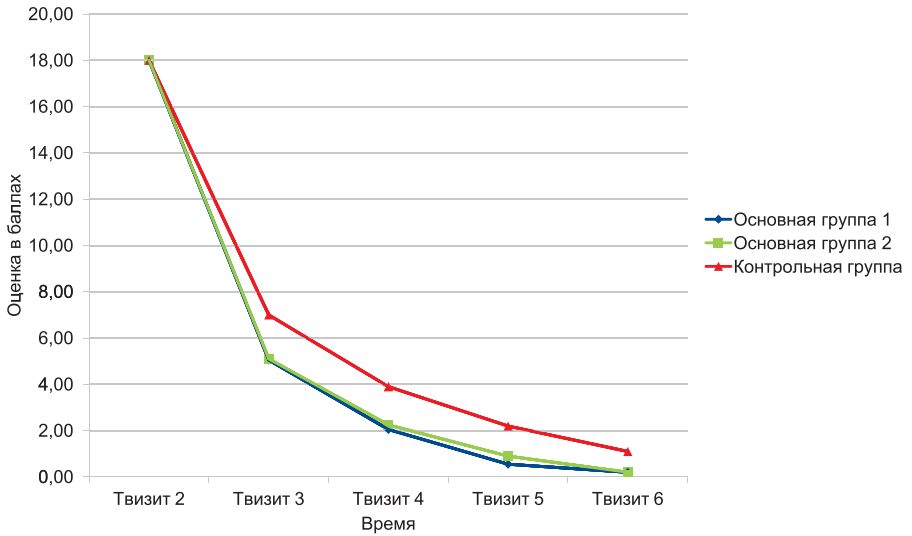
На представленных диаграммах показано, что терапия была эффективна к 3 визиту во всех группах, но в основных группах I и II эффект был более выражен по сравнению с контрольной группой.

Наблюдалась хорошая динамика купирования эритроцитурии. Изначально на 1 визите была выявлена эритроцитурия у 19,05% пациентов в первой группе, 15,38% во второй группе и 20% у контрольной группы пациентов. При третьем визите в основных группах эритроцитурия выявлена не была, а в контрольной группе она составила 3,08%, последняя была купирована только на 5-м визите, что свидетельствовало в пользу эффективности терапии с применением Уроле-сана по сравнению с базисной терапией. Однако, различия между группами не достигли порога статистической значимости.

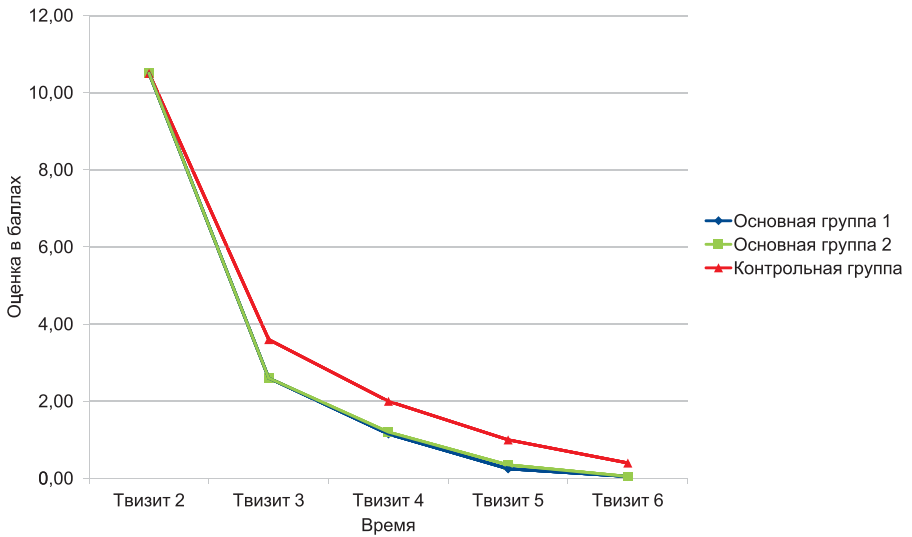
#### **Анализ эффективности в каждой из групп по результатам шкалы PUF методами описательной статистики**

Пациенты заполняли анкету PUF на каждом из визитов. Графически динамика средних значений оценок по шкале PUF представлена на рис.4 «общий балл оценки симптоматики»; рис.5 «общий балл оценки дискомфорта»;





**Рис. 4 — Динамика показателя «общая оценка симптоматики»**



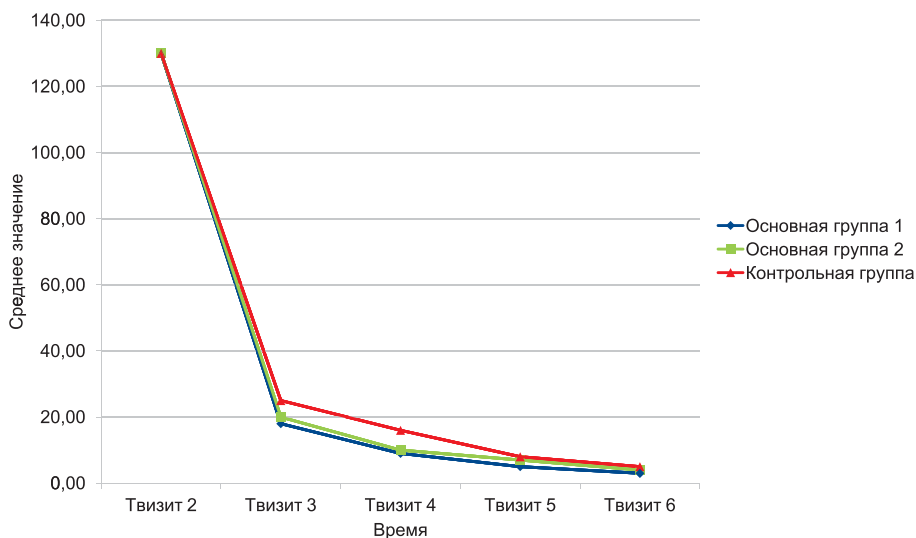
**Рис. 5 — Динамика показателя «общая оценка дискомфорта»**

На представленных диаграммах видно, что терапия была эффективна во всех группах, но в I и II основных группах купирование дискомфорта при мочеиспускании было более выражено по сравнению с контрольной. Динамика симптомов заболевания в основных группах проявлялась в более быстром уменьшении оценок по шкале PUF.

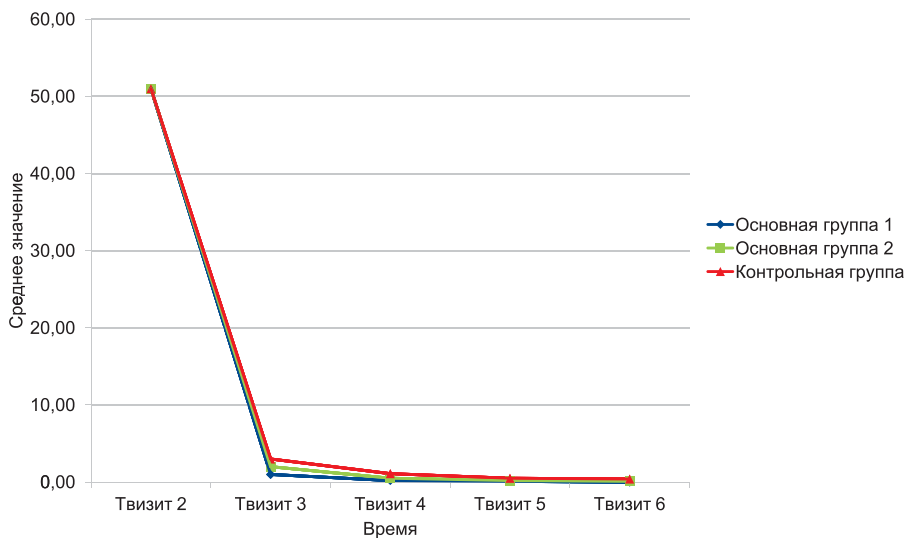
Выраженная положительная динамика была получена во всех группах уже к третьему визиту.

### **Анализ эффективности в каждой из групп по количественным результатам анализа мочи методами описательной статистики**

Результаты анализа мочи регистрировались у пациентов на каждом из визитов. Анализ динамики основных показателей анализа мочи (белок, лейкоциты, эритроциты) проводился в каждой группе методами описательной статистики (рис. 6, 7).



**Рис. 6 — Динамика лейкоцитов в моче**



**Рис. 7 — Динамика эритроцитов в моче**

По данным проведенного обследования у пациентов была отмечена стойкая тенденция уменьшения количества белка, лейкоцитов и эритроцитов во всех группах уже к 3 визиту. Достоверное отличие лейкоцитурии между группами выявлено на 5 визите. В I основной группе к 5 визиту лейкоцитурия исчезла у 92,06 % пациентов, в то время, как в контрольной она исчезла у 73,85% пациентов. Между основной II группой (Уролесан капсулы) и контрольной группой по лейкоцитурии статистически значимых различий выявлено не было.

В клиническом и биохимическом анализах крови до и после лечения показатели не выходили за пределы нормальных значений.

### **Выводы:**

1. Применение Уролесана (капли и капсулы) у пациентов с острым циститом было клинически эффективным у 82,6% и 80,92% пациентов основных групп, принимавших Уролесан в каплях и капсулах соответственно, в сравнении с 55,38% больных контрольной группы.

2. Применение Уролесана (капли и капсулы) у пациентов с острым циститом показало более быстрый клинический эффект купирования дизурии и боли внизу живота, что снизило потребность пациенток в приеме анальгетиков и подтвер-

дилось статистически достоверным улучшением «общего балла оценки симптоматики» и «общего балла оценки дискомфорта» по шкале оценки симптомов у пациентов с болью в области таза, в сравнении с контрольной группой.

3. Выявлены статистически значимые различия лейкоцитурии на 5 день лечения между основными группами пациентов, принимавших Уролесан (капли, капсулы) по сравнению с контрольной группой.

4. Эритроцитурия на 3 и 5 сутки лечения наблюдалась только в контрольной группе пациентов, что свидетельствует о более быстром исчезновении эритроцитурии при приеме Уролесана (капли, капсулы).

### **Рекомендации**

Богатый фармакодинамический спектр активности препарата Уролесан обеспечивается физиологически активными компонентами - масло пихты сибирской, масло мяты перечной, экстракты шишек хмеля, плодов моркови дикой, травы душицы. Многолетний опыт применения препарата Уролесан и его отдельных растительных компонентов в медицинской практике показал высокую клиническую эффективность и фармако-экономическую выгодность его клинического применения у пациентов с острым циститом.

По данным выше приведенного исследования препарат оказывает значительный положительный эффект в лечении больных острым циститом, причем эффективность терапии возрастает в комбинации с антибиотиками, что делает его предпочтительным для лечения острых воспалительных заболеваний мочевого пузыря.

Применение препарата Уролесан можно рекомендовать при лечении острого инфекционно-воспалительного процесса в стенке мочевого пузыря.

Подписано в печать 04.09.2013

Формат А5

Бумага 115 г/м2 Печать 4+4 Усл. печ. л. 1,25

Тираж 4000 экз. Заказ № 369

Согласно п. 1 ч. 2 ст. 1, п. 1 ч. 4 ст. 11

Федерального закона от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ

маркировке не подлежит

Отпечатано ООО «Ракета»

123154, г. Москва, б-р Генерала Карбышева, д.5, к.2, оф. 64

[www.dsr.ru](http://www.dsr.ru)

