

- diagnostika: tezisy VI S'ezda RASUDM. — 2011. — № 5. — S.99.
9. *Opti, Dzh.* Ul'trazvukovoe issledovanie / Dzh. Opti, E. Houi, S. Vul'stenhul'm [i dr.]; per. s angl. pod red. V.A. Sandrikova. — M.: GEOTAR-Media, 2010. — 256 s.
 10. *Skripkin, Yu.K.* Kozhnye i venericheskie bolezni: rukovodstvo dlya vrachei i studentov medicinskih vuzov / Yu.K. Skripkin. — M.: Triada-farm, 2001. — 656 s.
 11. *Tuhbatullin, M.G.* Sovremennye ul'trazvukovye tehnologii v klinicheskoi praktike / M.G. Tuhbatullin, I.M. Alieva // Prakticheskaya medicina. — 2012. — № 5(60). — S.30—35.
 12. *Fedorova, I.V.* Sovremennye vozmozhnosti sonografii v differencial'noi diagnostike opuholei myagkih tkanei / I.V. Fedorova, I.G. Frolova // Sibirskii onkologicheskii zhurnal. — 2004. — № 1. — S.49—50.
 13. *Fatyhov, R.I.* Primenenie ul'trazvukovykh metodov diagnostiki pri vybore sposoba lecheniya sindroma «diabeticheskoi stopy» / R.I. Fatyhov, I.V. Klyushkin // Transfuziologiya XXI veka: problemy, zadachi, perspektivy razvitiya: Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. po organizacionnym i klinicheskim razdelam v transfuziologii; «Den' transfuziologa». — Kazan', 2013. — S.170—172.

Поступила 06.06.14

© М.Г. Ногаяева, 2014

УДК 616.72-002-085:616.643-002-022.7

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

МАРАЛ ГАЗИЗОВНА НОГАЕВА, канд. мед. наук, и.о. доцента кафедры амбулаторно-поликлинической терапии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан, e-mail: maral.nogayeva@mail.ru

Реферат. Цель работы — изучение эффективности и безопасности растительного препарата канефрон®Н в комплексном лечении больных урогенитальным реактивным артритом. *Материал и методы.* Обследованы 47 больных урогенитальным реактивным артритом в возрасте 18—44 лет (мужчины), средний возраст — 26,01±0,86. Пациенты были распределены на две группы: I группа (n — 27) получала этиотропную антибактериальную терапию, канефрон®Н в дозе по 2 драже 3 раза в день в течение трех месяцев и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) коротким курсом (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*), II группа (n — 20) — антибактериальную терапию и НПВП короткими курсами (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*). *Результаты и их обсуждение.* В I группе пациентов, получавших канефрон®Н, отмечено достоверное снижение ($p < 0,05$) лейкоцитурии, бактериурии и лучшая субъективная оценка самочувствия по сравнению со II группой. Нормализация микрофлоры мочи (I группа) отмечалась на 2-й, а во II группе — на 4-й нед лечения. Исследование позволило выявить основные патогенные микроорганизмы — хламидии в 40% случаев, их различные сочетания с бактериальными агентами — в 25% случаев. *Заключение.* Полученные данные свидетельствуют о противомикробном и противовоспалительном эффектах канефрона®Н на фоне комплексной терапии, особенно при урогенной форме реактивного артрита (PeA).

Ключевые слова: реактивный артрит, уретрит, антибактериальная терапия, канефрон®Н.

OPTIMISATION OF TREATMENT REACTIVE ARTHRITIS PATIENTS

MARAL G. NOGAYEVA, PHD., the Acting lecturer of faculty outpatient therapy Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty city, e-mail: maral.nogayeva@mail.ru

Abstract. *Aim.* The purpose — to study the efficacy and safety of herbal drug Kanefron®N in the complex treatment of patients with reactive arthritis. *Material and methods.* The study included 47 patients with ReA aged 18 — 44 years (men), mean age — 26,01±0,86. Patients were divided into two groups: I group (n — 27) was obtained etiotropic antibiotic therapy Kanefron®N at a dose of 2 tablets 3 times a day for three months, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), short-course (Ksefokam at a dose of 8 mg for 7 days *per os*), II group (n — 20) — antibiotics and NSAIDs short courses (Ksefokam 8 mg for 7 days *per os*). *Results.* In the first group of patients treated with Kanefron®N showed a significant decrease ($p < 0,05$) leukocyturia, bacteriuria, and better subjective health assessment in comparison with the second. The normalization of the microflora of urine (I group) was noted at the 2th, and in the II group on the 4th week of treatment. The study revealed the major pathogens — ureaplasma in 40% of cases, and their various combinations with bacterial agents in 25%. *Conclusion.* The findings suggest that Kanefron®N has antimicrobial and anti-inflammatory action in complex therapy in regard to urinogenous ReA.

Key words: reactive arthritis, urethritis, antibiotic therapy, Kanefron®N.

Актуальность. Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают ведущее место среди всех причин первичной инвалидности взрослого населения, однако, по свидетельству многих исследователей, начало заболевания приходится на более молодой возраст. На сегодняшний день своевременная диагностика и рациональное лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата, и в частности патологии суставов, относят к одной из наиболее актуальных в деятельности врача-ревматолога.

Реактивные артриты (PeA) — негнойные «стерильные» воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, индуцированные инфекциями внесуставной локализации, прежде всего мочеполового или кишечного тракта [7].

В настоящее время PeA относят к группе спондилоартропатий, что связано с поражением подвздошно-крестцовых сочленений и позвоночника. Спондилоартропатии представляют большой интерес для врачей ревматологов, ортопедов, травматологов, врачей

общей практики, что связано со значительным ростом урогенитальной патологии, венерических заболеваний, болезней кишечника, вирусных и инфекционных заболеваний.

В целом болезни костно-мышечной системы (БКМС) по распространенности стоят на 3-м месте после болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, а в структуре первичной инвалидности занимают лидирующие позиции (2-е место).

По данным статистических отчетов Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), наблюдается тенденция к росту заболеваемости БКМС. Так, заболеваемость в 2008 г. составила 16 337 362, в 2011 г. — 17 186 522, сравнительный анализ показателей выявил динамику прироста общей заболеваемости населения на 5% (на 100 тыс. всего населения соответственно 4122,2 и 4204,1) [4].

Также был проведен анализ статистических отчетов заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекции (УрХИ) в РК. Так, за 2008 г. заболеваемость составила 4800 чел., в 2011 г. — 4835. В 2008 г. распространенность УрХИ составила 30,6 случая, в 2011 г. — 29,2 случая на 100 тыс. человек соответственно. В статистических сборниках отдельно рубрики РеА и УрРеА нет.

В табл. 1 приведены показатели урогенитальной хламидийной инфекции (на 100 тыс. человек соответствующего населения) по РК.

Таблица 1

Урогенитальная хламидийная инфекция
(на 100 тыс. человек соответствующего населения) по РК

Год	Урогенитальная хламидийная инфекция	
	Абсолютные числа	На 100 тыс. человек населения
2008	4800	30,6
2009	4899	30,8
2010	4793	29,4
2011	4835	29,2
Динамика прироста	+1%	-0,9%

Из табл. 1 следует, что динамика прироста заболеваемости населения за анализируемый период (2008—2011 гг.) составила 1%.

Наиболее актуальной является и проблема лечения РеА. Основу терапии РеА составляют антибактериальные средства, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикостероиды (ГКС) и базисные препараты. Несмотря на доказанную связь РеА с вызвавшей его причинной инфекцией, вопрос целесообразности и тактики лечения таких больных антибактериальными препаратами по-прежнему остается спорным.

Исследовательская группа из Германии — Дж.Д. Картер и его коллеги: «Наши результаты показывают, что хронические инфекции досягаемы и их возможно вылечить». Проведено 9-месячное двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование, где 42 пациента были рандомизированы в три группы: I группа получала рифампицин в сочетании с доксициклином, II — рифампицин в сочетании с азитромицином, III — плацебо. Все пациенты принимали

комбинированные антибиотики или плацебо в течение 6 мес и затем в течение 3 мес после лечения. В конце исследования получены положительные результаты. Так, у 22% пациентов наступила ремиссия заболевания, в то время как в группе плацебо ни у одного больного улучшения не наблюдалось. Значительно большее количество пациентов, получавших комбинированную антибактериальную терапию, дали отрицательный результат на хламидийную инфекцию как в крови, так и в тканях сустава после лечения. Незначительные побочные эффекты наблюдались со стороны желудочно-кишечного тракта [9].

Несмотря на успехи в лечении РеА, поиск новых методов лечения и профилактика инфекций нижних мочевых путей продолжается, причем особое место занимает современная фитотерапия. Известно подавляющее действие фитотерапевтических препаратов на персистенцию уропатогенов. Для лечения больных УрРеА мы провели открытое клиническое исследование растительного препарата канефрон®Н.

Канефрон®Н — комбинированный фитопрепарат. В его состав входят золототысячник (*herba Centaurii*), обладающий диуретическим и антибактериальными действиями; любисток (*radix Levistici*) с его диуретическим, спазмолитическим, а также антибактериальными эффектами, и розмарин (*folia Rosmarini*), который обладает также и противовоспалительным эффектом. В траве золототысячника присутствуют алкалоиды, флавоноидные соединения, горькие гликозиды, феноловые кислоты. В составе любистока имеются эфирные масла, фенолкарбоновые кислоты, фталиды. Розмарин содержит розмариновую кислоту, эфирные масла и флавоноиды. Входящие в состав препарата компоненты оказывают выраженное антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, потенцируют эффект антибактериальной терапии.

Цель работы — изучение эффективности и безопасности растительного препарата канефрон®Н в комплексном лечении больных УрРеА.

Материал и методы. Обследовано 4 больных РеА в возрасте 18—44 лет (мужчины), средний возраст — 26,01±0,86. РеА диагностировали в соответствии с IV Международным рабочим совещанием, проведенным в Берлине в 1999 г. [1].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel XP с вычислением средней арифметической (M) и ее ошибки (m), среднего квадратического отклонения (δ), степени достоверности с использованием критерия Стьюдента (t), установлением по ряду параметров наличия корреляции.

Клинико-лабораторные исследования включали анамнез, общий осмотр, общеклинический анализ крови и мочи, микроскопическое исследование мазков из уретры, бактериологическое исследование мочи, иммуноферментный анализ (ИФА) крови к урогенитальным инфекциям. ИФА-исследование проводилось на анализаторе «STATFAX-2100» американского производства. Для выявления видоспецифических антител класса G, M к *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis* использовался многокомпонентный набор реагентов постановки непрямого ИФА на твердофазном носителе. Методом ИФА крови урогенитальные инфекции (хламидии) выявлены у 40% больных (табл. 2).

Таблица 2

ИФА на урогенитальные инфекции

Антитела	Абс. число	%
Хламидии	16	40
Уреаплазма	8	20
Смешанные инфекции	10	25
Уреаплазменная и хламидийная	3	7,5
Хламидийная и микоплазменная	3	7,5

По данным нашего исследования (см. табл. 2), следует, что в основном преобладают антитела к хламидиям у 40% больных, к смешанным инфекциям — у 25% больных.

У 7 (14,9%) пациентов инфицированность хламидиями подтверждена при взятии мазка из уретры. В зависимости от вариантов течения при хронической форме заболевания преобладала хламидийная инфекция (у 44,7%), при рецидивирующем течении — уреоплазменная (у 34%), при остром течении — смешанная инфекция (у 21,3% больных).

Пациенты были распределены на две группы: больные I группы ($n = 27$) получали этиотропную антибактериальную терапию, канефрон®Н в дозе по 2 драже 3 раза в день в течение 3 мес и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) коротким курсом (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*), больные II группы ($n = 20$) — антибактериальную терапию и НПВП короткими курсами (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*).

Результаты и их обсуждение. Наше исследование позволило выявить основные патогенные микроорганизмы — хламидии в 40% случаев, их различные сочетания с бактериальными агентами выявлены у 25%. Причиной уретритов по данным мазков из уретры явилась смешанная инфекция (трихомонады и негонококковая флора) у 13 (27,6%) из 47 больных. В I группе пациентов отмечено достоверное снижение ($p < 0,05$) лейкоцитурии, бактериурии и лучшая субъективная оценка самочувствия по сравнению со II группой. Нормализация микрофлоры мочи в I группе отмечалась на 2-й нед, а во II группе — на 4-й нед лечения.

Анализ результатов клинико-лабораторного исследования после терапии показал отсутствие субъективных и объективных клинических проявлений уретрита, лейкоцитурии, при микроскопическом исследовании уретральных мазков число лейкоцитов составляло менее 5 в поле зрения у пациентов I группы по сравнению со II группой. У больных I группы, получавших канефрон®Н, наблюдалась полная элиминация «триггерных» инфекций на 2-й нед, а во II группе — на 3-й нед терапии.

Также пациенты I группы отметили улучшение самочувствия в виде исчезновения резей, связанных с мочеиспусканием, явления уретрита исчезли на 14-е сут, достигнута стойкая регрессия суставного синдрома. Эффективность клинического и микробиологического излечения составила 95,7%.

Комбинированная терапия показала хорошую переносимость и эффективность, за время наблюдения не было отмечено побочных эффектов и аллергических реакций.

По результатам данного исследования целесообразным считается использование растительного препарата в качестве дополнительной терапии. Его благоприятное влияние связано с антисептическим, противовоспалительным действием на урогенитальный тракт, не вызывает отрицательного взаимодействия с другими лекарственными

средствами, потенцирует эффект антибактериальной терапии. Все компоненты препарата канефрон®Н содержат активные вещества с антимикробным действием. Отмечено, что у пациентов на фоне комбинированной терапии не возникало обострения суставного синдрома. Возможно, это связано с описанным выше противовоспалительным эффектом препарата.

Согласно исследованиям современных ученых (Перепанова Т.С. и др., 2008; Иванов Д.Д., 2006), применение канефрона®Н свидетельствовало о снижении симптоматики, уменьшении болей в области мочевого пузыря, исчезновении резей, связанных с мочеиспусканием, снижении бактериурии, что способствовало снижению персистенции микроорганизмов в мочевых путях.

Таким образом, канефрон®Н, являясь эффективным и безопасным растительным препаратом, может быть использован в составе комбинированной (дополнительной) терапии у пациентов с УрРeА. Сочетание противомикробного и противовоспалительного эффектов препарата особенно ценно при урогенной форме заболевания. Удобство применения (пероральная форма) обеспечивает compliance.

Подана заявка (№ 2013/1878.1) на инновационный патент Республики Казахстан «Способ лечения урогенного реактивного артрита», т.е. использование растительного препарата канефрон®Н в качестве дополнительной терапии.

Выводы:

1. Динамика прироста БКМС населения Республики Казахстан за период с 2008 по 2011 г. составила +5%, по заболеваемости УрХИ — +1%.

2. Основные патогенные микроорганизмы — хламидии — выявлены у 40% пациентов.

3. Комбинированная терапия оказывает противовоспалительное действие, хорошо переносится и безопасна.

4. Канефрон®Н может быть рекомендован больным с урогенной формой РeА в качестве комплексной (дополнительной) терапии.

5. Препарат не вызывает отрицательного взаимодействия с другими лекарственными средствами и потенцирует эффект антибактериальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова, Э.Р. Критерии реактивных артритов (проект) / Э.Р. Агабабова, Н.В. Бунчук, С.В. Шубин [и др.] // Научная практическая ревматология. — 2003. — № 3. — С.82—83.
2. Аснер, Т.В. Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения / Т.В. Аснер, А.Н. Калягин // Современная ревматология. — 2010. — № 4. — С.11—15.
3. Бабаева, А.Р. Фармакотерапия артритов, ассоциированных с урогенитальными инфекциями / А.Р. Бабаева // Антибиотики и химиотерапия. — 2010. — Т. 48, № 3. — С.30.
4. Бермагамбетова, Г.Н. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения / Г.Н. Бермагамбетова, Р.Г. Брозовская, А.К. Бекжанова [и др.] // Статистический сборник. — Астана; Алматы, 2010. — С.17—19.
5. Жеребкин, В.В. Реактивные артриты / В.В. Жеребкин // Болезни и антибиотики. — 2012. — № 1(6). — С.14—17.
6. Локшин, К.Л. Пути совершенствования антимикробной терапии уретрита у мужчин / К.Л. Локшин, В.В. Рафальский, С.В. Королев // Врач. — 2008. — № 6. — С.41—45.
7. Ревматология: национальное руководство / под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова, акад. РАМН В.А. Насоновой. — М., 2010. — 720 с.

8. *Цебан, Э.* Эффективность комплекса травы золототысячника, корня любистока и листьев розмарина (канефрон®Н) при мочекаменной болезни / Э. Цебан // Журнал для фитотерапии. — 2012. — Т. 1, вып. 33. — С.19—23.
9. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis / J.D. Carter, L.R. Espinoza, R.D. Inman [et al.] // Arthritis and Rheumatism. — 2010. — Vol. 62, iss. 5. — P.1298—1307.
4. *Bermagambetova, G.N.* Zdorov'e naseleniya Respubliki Kazahstan i deyatel'nost' organizacii zdavoohraneniya / G.N. Bermagambetova, R.G. Brozovskaya, A.K. Bekzhanova [i dr.] // Statisticheskii sbornik. — Astana; Almaty, 2010. — S.17—19.
5. *Zherebkin, V.V.* Reaktivnye artrity / V.V. Zherebkin // Bolezni i antibiotiki. — 2012. — № 1(6). — S.14—17.
6. *Lokshin, K.L.* Puti sovershenstvovaniya antimikrobnoi terapii uretrita u muzhchin / K.L. Lokshin, V.V. Rafal'skii, S.V. Korolev // Vrach. — 2008. — № 6. — S.41—45.
7. *Revmatologiya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. akad. RAMN E.L. Nasonova, akad. RAMN V.A. Nasonovoi.* — M., 2010. — 720 c.
8. *Ceban, E.* Effektivnost' kompleksa travy zolototysyachnika, kornya lyubistoka i list'ev rozmarina (kanefron®N) pri mochekamennoi bolezni / E. Ceban // Zhurnal dlya fitoterapii. — 2012. — Т. 1, вып. 33. — S.19—23.
9. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis / J.D. Carter, L.R. Espinoza, R.D. Inman [et al.] // Arthritis and Rheumatism. — 2010. — Vol. 62, iss. 5. — P.1298—1307.

REFERENCES

1. *Agababova, E.R.* Kriterii reaktivnyh artritov (proekt) / E.R. Agababova, N.V. Bunchuk, S.V. SHubin [i dr.] // Nauchnaya prakticheskaya revmatologiya. — 2003. — № 3. — S.82—83.
2. *Asner, T.V.* Urogennye reaktivnye artrity: sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniya / T.V. Asner, A.N. Kalyagin // Sovremennaya revmatologiya. — 2010. — № 4. — S.11—15.
3. *Babaeva, A.R.* Farmakoterapiya artritov, associirovannyh s urogenital'nymi infekciyami / A.R. Babaeva // Antibiotiki i himioterapiya. — 2010. — Т. 48, № 3. — S.30.

Поступила 25.06.2014

© Г.Р. Рувинская, Л.Р. Мухамеджанова, М.С.Моммаева, 2014
УДК 616.314.17-008.87:616.858

ОСОБЕННОСТИ КОНТАМИНАЦИИ ПАРОДОНТОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

ГУЗЕЛЬ РЕНАДОВНА РУВИНСКАЯ, канд. мед. наук, доцент кафедры терапевтической детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-278-98-34, e-mail: guzelruv@mail.ru

ЛЮБОВЬ РУСТЕМОВНА МУХАМЕДЖАНОВА, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия, e-mail: lr71@bk.ru

МЕРИЯМ САПАРГЕЛДИЕВНА МОММАЕВА, биолог клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: m.merya@list.ru

Реферат. Цель исследования — изучить спектр доминирующих условно-патогенных микроорганизмов в биоценозе полости рта у пациентов с болезнью Паркинсона. *Материал и методы.* Проведен анализ качественного состава пародонтопатогенного микробиоценоза ротовой полости у 38 пациентов с болезнью Паркинсона методом ПЦР-диагностики. *Результаты и их обсуждение.* Установлено, что доминирующей микрофлорой пародонтального кармана были бактерии рода *Tannerella forsythensis* (высеивались в 73,6% случаев), частота встречаемости *Prevotella intermedia* и *Porphyromonas gingivalis* составила 63,2%, *Acinobacillus actinomycetemcomitans* — 60,5%, реже всего (и только в ассоциациях из 3—5 бактерий) встречалась *Treponema denticola* — в 55,3% случаях. Выявлена положительная корреляционная зависимость между показателями «глубина пародонтального кармана» и «частота высеиваемости пародонтопатогенных штаммов микроорганизмов», $r=0,785$.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, пародонтопатогенная микрофлора, состояние тканей пародонта, ПЦР-диагностика.

CONTAMINATION BY PARODONTOPATOGENIC ORAL MICROFLORA IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

GUZEL R. RUVINSKAYA, PhD, Assistant Professor of Department of therapy pediatric and orthodontic dentistry of Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia, tel. 8-917-278-98-34, e-mail: guzelruv@mail.ru

LUBOV R. MUKHAMEDZHANOVA, MD, Professor of Department of propaedeutic dentistry and new technology of Chuvash State University, Cheboksary, Russia, e-mail: lr71@bk.ru

MERIAM S. MOMMAEVA, biologist clinico-diagnostic laboratory of Republican Clinical Oncology Center, Kazan, Russia, e-mail: m.merya@list.ru

Abstract. Aim — to explore the range of dominant conditionally pathogenic microorganisms in oral cavity microflora in patients with Parkinson's disease. *Material and methods.* We analyzed the qualitative composition of parodontopathogenic microflora of the oral cavity in 38 patients with Parkinson's disease by PCR diagnostics. *Results and discussion.* Found that the dominant microflora of periodontal pockets were bacteria of the genus *Tannerella forsythensis* (sown in 73,6% of cases), the incidence of *Prevotella intermedia* and *Porphyromonas gingivalis* was 63,2%, *Acinobacillus*