https://doi.org/10.29296/25877305-2025-12-10

Современное лечение острого цистита у больных сахарным диабетом[1]

М.И. Давидов[1], кандидат медицинских наук, доцент,
Н.Е. Бунова[2], **М.Н. Мельцина**[3]
[1]Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России
[2]Городская клиническая поликлиника №2, Пермь
[3]Поликлиника Пермского краевого центра Федерального медико-биологического агентства России
E-mail: midavidov@mail.ru

Труднейшей проблемой в урологии и эндокринологии считается лечение острого цистита у больных сахарным диабетом (СД). Воспаление мочевого пузыря при наличии СД как правило характеризуется более тяжелым течением и сложностью достижения благоприятных результатов лечения.

Цель. *Изучение эффективности и переносимости препарата Уриналгин Ф в лечении острого цистита у женщин, страдающих СД, а также оценка действия и переносимости БАД Уринал Актив в поддержании нормальной функции мочевыделительной системы.*

Материал и методы. *В 3-х поликлиниках Пермского края выполнена научная работа по применению препарата Уриналгин Ф в комбинации с антибиотиком цефиксимом в лечении острого цистита у 74 женщин в возрасте от 18 до 89 лет, страдающих СД. Применяли международную шкалу цистита ACSS, визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) боли, лабораторные и бактериологические методы. Основную группу составили 37 женщин, которые перорально получали Уриналгин Ф в дозе по 200 мг 3 раза в день в течение 2 сут и цефиксим по 400 мг 1 раз в день 7 сут. Группу сравнения составили 37 женщин, которые перорально получали цефиксим в той же дозе 7 сут и дротаверина гидрохлорид по 80 мг 3 раза в день 2 сут. Для дальнейшего поддержания нормальной функции мочевыделительной системы применяли комплекс Уринал Актив, который принимали 37 женщин основной группы ежемесячными курсами по 14 сут в течение 6 мес. Вторая группа не получала никаких дополнительных средств.*

Результаты. *В основной группе установлен выраженный анальгетический и антидизурический эффект препарата Уриналгин Ф, подтвержденный анализом шкал ACSS и ВАШ. Клиническая эффективность (выздоровление) комбинированной терапии препаратами Уриналгин Ф и цефиксим составила 94,6%, бактериологическая эффективность – 91,4%, сроки временной нетрудоспособности сократились на 30,8%. В группе сравнения клиническая (89,2%) и бактериологическая (84,9%) эффективность оказались значительно ниже. Уриналгин Ф имел 1 (2,7%) побочный эффект в виде тошноты. При контрольном обследовании через 6 мес установлено, что Уринал Актив способствовал значительному улучшению состояния мочевого пузыря: 94,6% обследованных имели нормальный анализ мочи, у 97,3% отсутствовала бактериурия. По сравнению с контрольной группой, не применявшей дополнительных средств, в группе, использовавшей комплекс Уринал Актив, в 8 раз сократилось число пациенток с бактериурией, и в 9 раз уменьшилось число рецидивов острого цистита (2,7% против 24,3%). Общие сроки лечения сократились на 59,1%. Отмечен благоприятный профиль переносимости комплекса Уринал Актив (не установлено нежелательных явлений).*

Заключение. *Комбинированная терапия острого цистита у женщин, страдающих СД, селективным уроанальгетиком Уриналгин Ф и антибиотиком цефиксимом имеет высокую клиническую и бактериологическую эффективность. Уриналгин Ф хорошо переносится больными СД, выраженно устраняет боль и дизурические симптомы цистита, способствует сокращению сроков лечения. По сравнению с контрольной группой, не применявшей дополнительных средств, в группе, использовавшей комплекс Уринал Актив, можно наблюдать нормализацию состояния мочевыделительной системы, снижение числа женщин с бактериурией в 8 раз, уменьшение числа рецидивов цистита в 9 раз.*

Ключевые слова: сахарный диабет, инфекции мочевых путей, острый цистит, консервативное лечение, феназопиридин, Уриналгин Ф, Уринал Актив, антибактериальная терапия.

Для цитирования: Давидов М.И., Бунова Н.Е., Мельцина М.Н. Современное лечение острого цистита у больных сахарным диабетом. Врач. 2025; 36 (12): 47–53. https://doi.org/10.29296/25877305-2025-12-10

[1]Статья приводится в авторской редакции.

Глобальной медицинской проблемой в мире являются инфекции мочевых путей, поражающие преимущественно женщин [1]. Ежегодно в России регистрируется 26–36 млн случаев острого цистита [2]. Особую трудность для лечения представляют больные острым циститом, имеющие факторы риска развития более тяжелого течения [3]. Одним из таких факторов риска является сахарный диабет (СД). Эффективность лечения острого осложненного цистита как правило составляет лишь 64–86% [1, 4, 5]. После ликвидации острого воспаления в ближайшие полгода инфекция мочевых путей часто рецидивирует. Так, по данным B. Foxman [6], в первые полгода после перенесенного цистита рецидив инфекции мочевого пузыря возникает у 33% больных.

СД очень часто приводит к инфекционно-воспалительным заболеваниям мочевыводящих путей, среди которых преобладает острый цистит [7, 8]. Согласно Российским клиническим рекомендациям [3], любой острый цистит, развивающийся у больных СД, относится к категории острого осложненного цистита, ввиду тяжести течения, высокого риска для здоровья и трудности лечения.

Фактором, объясняющим взаимосвязь СД с урогенитальными инфекционно-воспалительными заболеваниями, является высокая концентрация глюкозы в моче, что способствует размножению бактерий, создавая тем самым благоприятные условия для их развития в мочевых путях, особенно в мочевом пузыре, который является резервуаром для мочи [9, 10]. При этом клинические проявления острого цистита (боль, дизурия) на фоне СД носят выраженный характер и требуют, помимо антибиотика, эффективных обезболивающих и антидизурических средств [9, 11].

Таким средством мог бы стать феназопиридин (Уриналгин Ф), который хорошо зарекомендовал себя в урологии [12–15] как препарат с селективным действием на нижние мочевыводящие пути.

Высокая концентрация глюкозы в моче приводит к тому, что в ближайшие полгода после излечения острого цистита у диабетиков вновь происходит размножение бактерий в мочевом пузыре, мочевая инфекция оживает, что приводит к частым рецидивам острого цистита [7–9].

Европейские урологи для профилактики рецидивов цистита начали применять D-маннозу и проантоцианидины клюквы, которые обладают значительным антиадгезивным действием, что позволило включить их в Европейские клинические рекомендации [16].

Для поддержания нормальной функции мочевыделительной системы можно применять комплекс Уринал Актив, который относится к биологически активным добавкам (БАД). Он содержит D-маннозу в дозировке 2000 мг/сут, проантоцианидины клюквы, экстракт листьев березы, обладающие антиадгезивным, диуретическим и противовоспалительным действиями, и витамин D_3, способствующий поддержанию местного иммунитета стенки мочевого пузыря от внедрения в нее уропатогенов. Уринал Актив применяется по 1 саше, предварительно растворенному в воде, 1 раз в день в вечернее время курсами по 7–14 сут с возможностью повторения в течение года.

В литературе не было найдено работ по оценке использования комплекса Уринал Актив для профилактики рецидивирующей инфекции мочевого пузыря у пациентов с СД после перенесенного цистита.

Цель работы – изучение эффективности и переносимости препарата Уриналгин Ф в лечении острого цистита у женщин, страдающих СД, а также оценка действия и переноси-

мости комплекса Уринал Актив в поддержании нормальной функции мочевыделительной системы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 3-х поликлиниках Пермского края (поликлинике Пермского государственного медицинского университета им. Е.А. Вагнера, городской клинической поликлинике №2 Перми, поликлинике Пермского краевого центра ФМБА России) 3 урологами высшей квалификационной категории в течение полутора лет, с 1 января 2024 г. по 30 июня 2025 г., была выполнена научная работа по применению препарата феназопиридин (Уриналгин Ф) в комбинации с антибиотиком цефиксимом в лечении острого цистита у женщин, страдающих СД, а также БАД Уринал Актив в профилактике рецидива инфекции мочевых путей и перенесенного цистита.

В работу для оценки данных были включены 74 женщины в возрасте от 18 до 89 лет, страдающие СД, на фоне которого у них развился острый цистит.

Критерии включения: женщины в возрасте 18 лет и старше; острый цистит; наличие сопутствующего СД.

Критерии исключения: возраст до 18 лет; беременность; камни и опухоли мочевого пузыря.

СД 1 типа (СД1) (инсулинозависимый) имели 14 (18,9%) пациенток, 60 (81,1%) женщин страдали СД 2 типа (СД2).

Использовали следующие методы исследования: анкетирование по стандартной 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли (Visual Analogue Scale), оценка симптомов заболевания по международной шкале ACSS (Acute Cystitis Symptom Score) [17], физикальное исследование с осмотром наружных половых органов, общий анализ крови, общий анализ мочи микроскопией, бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, почек и женских половых органов. Все исследования проведены в динамике (исходно, через 3 и 7 сут, 6 мес).

При использовании шкалы ACSS [17] основное внимание уделяли определению в динамике суммы баллов «Характерных симптомов» (Typical) по ответам на вопросы 1–5 шкалы и суммы баллов качества жизни QoL (вопросы 11–13 шкалы). Бактериологическое исследование средней порции пузырной мочи включало посев биоматериала на искусственные питательные среды, выделение чистой культуры возбудителя и ее количественную оценку в КОЕ/мл.

До начала терапии все пациентки подписали письменное информированное согласие.

В рамках данной научной работы были проведены 4 визита: 1-й – установление диагноза, рандомизация методом конвертов, выполнение исходных исследований, начало терапии; 2-й – через 3 сут (промежуточные результаты); 3-й – через 7 сут (оценка непосредственных результатов лечения); 4-й – через 6 мес (оценка отдаленных результатов).

Первую (основную) группу составили 37 женщин, которые перорально получали препарат феназопиридин (Уриналгин Ф) в дозе по 200 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 2 сут (до суммарной дозы 1200 мг) и антибиотик цефиксим по 400 мг 1 раз в день в течение 7 сут.

Вторую группу (сравнения) составили 37 женщин, которые перорально получали традиционно применяемый для купирования боли и дизурии при цистите препарат дротаверина гидрохлорид в дозе по 80 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 2 сут и антибиотик цефиксим по 400 мг 1 раз в день в течение 7 сут.

Анализ исходных данных показал, что сравниваемые группы были однородными и не имели отличий (p>0,05) по основным характеристикам (табл. 1).

Непосредственные результаты лечения острого цистита определяли по следующим критериям: выздоровление – полное исчезновение симптомов заболевания, восстановление трудоспособности, нормализация общего анализа мочи; улучшение – уменьшение симптоматики не менее чем на 75% баллов по шкале ACSS-Typical, отсутствие лейкоцитурии или снижение ее степени; недостаточный эффект – уменьшение балльной оценки по шкале ACSS-Typical менее чем на 75% по сравнению с исходным уровнем, сохранение лейкоцитурии без снижения ее степени.

Важнейшее значение придавали оценке **отдаленных результатов** лечения в двух сравниваемых группах. При этом все 37 пациенток основной группы на втором этапе (после 7-суточного лечения цистита) использовали комплекс Уринал Актив. Уринал Актив назначали по 1 саше в вечернее время курсами по 14 сут ежемесячно в течение полугода. Первый курс проводился сразу же после завершения лечения острого цистита, повторные курсы Уринал Актив повторяли ежемесячно (во 2, 3, 4, 5 и 6-й месяцы). В итоге каждая пациентка 1-й группы получила по шесть 14-дневных курсов Уринал Актив.

Через 6 мес от начала лечения острого цистита проведено контрольное обследование всех 74 пациенток с выполнением следующих методов: общий анализ мочи, бактериологическое исследование средней порции пузырной мочи, анкетирование по шкале ACSS, определение числа рецидивов острого цистита за прошедшие 6 мес с подсчетом дней нетрудоспособности, вызванных этими рецидивами.

В данной научной работе также проводилось определение характера и частоты нежелательных явлений на фоне приема препарата Уриналгин Ф при его 2-суточном применении в суммарной дозе 1200 мг и БАД Уринал Актив при ежемесячном использовании курсами по 14 сут. Это осуществлялось по амбулаторным картам и путем целенаправленного опроса и осмотра пациенток при визитах. Отметим, что досрочного прекра-

Таблица 1

Характеристика групп сравнения до начала лечения

Table 1

Characteristics of comparison groups before treatment

Показатель	1-я группа (n=37)	2-я группа (n=37)	Уровень значимости, p
Средний возраст, годы	52,3±3,9	51,3±3,8	>0,05
СД1, n	7	7	
СД2, n	30	30	
Симптоматика по ACSS, баллы:			
• характерные симптомы «Typical» (вопросы 1–5)	12,1±0,5	12,0±0,5	>0,05
• качество жизни «QoL» (вопросы 11–13)	6,9±0,4	6,7±0,3	>0,05
ВАШ, баллы	6,4±0,5	6,3±0,5	>0,05
Наличие лейкоцитурии, n (%)	37 (100)	37 (100)	>0,05
Число лейкоцитов в поле зрения	54,6±5,0	53,8±4,9	>0,05
Наличие бактериурии, n (%)	35 (94,6±3,7)	33 (89,2±5,1)	>0,05

щения лечения от побочных эффектов этих и других применяемых средств не было ни в 1-й, ни во 2-й группах.

Статистический анализ выполнен с применением программы Statistica 10 (StatSoft Inc., США), программное обеспечение Microsoft Excel, 2016. Для оценки различий использовали t-критерий, пороговым уровнем статистической значимости служил показатель p=0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данная работа показала, что острый цистит чаще встречается при СД2 (инсулинонезависимом) – у 60 (81,1%) больных, p<0,001. Соотношение числа больных острым циститом между типами СД1 и СД2 составляет 1:4.

Установлен более высокий средний возраст пациенток (51,8±3,9 года) по сравнению с нашими данными по острому неосложненному циститу (при отсутствии сопутствующего СД) в том же Пермском регионе (32 года) [14]. Преобладали пациентки в возрасте от 50 до 59 лет (40,5%). Тем не менее, число работающих больных составило 60 (81,1%), поэтому эффективность лечения и сроки временной нетрудоспособности при данной патологии имеют важное значение.

Обращала на себя внимание тяжесть симптоматики и болевых ощущений при остром цистите у больных с сопутствующим СД (показатели 12,1±0,5 баллов по шкале ACSS-Typical и 6,4±0,5 баллов по шкале боли ВАШ), что было выше, чем по указанной предыдущей нашей работе, где изучались больные без сопутствующего СД [14]. Лейкоцитурию имели 74 (100%) больных СД с очень высоким средним содержанием лейкоцитов в поле зрения микроскопа. Бактериурия выявлена у 68 (91,9%) больных, что также значительно превышает аналогичный показатель (81,6%) у больных острым неосложненным циститом [14]. Таким образом, острый цистит у больных СД клинически протекает тяжелее и имеет более высокий уровень бактериурии.

По данным бакпосевов, этиология острого цистита у больных СД была связана с бактериями семейства *Enterobacterales*. Среди обнаруженных микроорганизмов преобладала *Escherichia coli* (73,5%). Значительно реже встречались *Proteus mirabilis* (8,8%), *Klebsiella pneumonia* (7,4%), *Enterococcus faecalis* (5,9%), прочие микроорганизмы (4,4%). Чувствительны к цефиксиму оказались 92,6% выделенных штаммов бактерий, что следует считать в настоящий период высокой антибиотикорезистентности хорошим показателем. Как известно, цефалоспорины III поколения, к которым относится цефиксим, включены в Российские клинические рекомендации как терапевтическая опция при остром осложненном цистите, в т.ч. у больных СД [3].

Купирование болевого симптомокомплекса имело огромное значение в лечении больных. У всех больных 1-й группы наблюдали быстрое и значительное снижение уровня болевой симптоматики. Пациентки начинали чувствовать уменьшение боли уже через 20 мин после приема препарата Уриналгин Ф. В дальнейшем у больных 1-й группы постепенно полностью исчезали боли в надлобковой области и за лобком, прекращались боль и резь во время мочеиспускания. Табл. 2 демонстрирует более быстрое исчезновение болевого симптомокомплекса у больных 1-й группы в сравнении с больными 2-й группы, где в добавление к антибиотику пациентки получали дротаверина гидрохлорид.

Исходно у больных 1-й группы зафиксирован показатель 6,4±0,5 балла, что по шкале ВАШ обозначает «сильную боль». Однако уже через 6 ч после приема препарата Уриналгин Ф средний показатель составил 3,3±0,4 балла, что свидетельствовало о снижении уровня боли на 48,5% от исходного. Через 12 ч степень боли уменьшилась на 76,6%, а через 24 ч – на 93,8% от исходного, т.е. в 16 раз. Через 48 ч средний показатель степени боли составил 0,05±0,01 балла, при этом у 35 пациенток боль полностью отсутствовала, а 2 женщины ощущали редкие слабые болевые ощущения.

Предполагаемый механизм избирательного (только на мочевые пути) обезболивающего действия феназопиридина (Уриналгин Ф) раскрыт N. Aizawa и соавт. [18]. Ими было установлено, что феназопиридин блокирует проведение импульса по болевым нервным Aδ-волокнам в стенке мочевого пузыря.

Для острого цистита у больных СД характерна выраженная дизурия. Данная работа показала, что Уриналгин Ф обладает выраженным антидизурическим эффектом (см. рисунок). В первые трое суток в 1-й группе сумма характерных симптомов шкалы ACSS снизилась на 71,1%, с 12,1±0,5 до 3,5±0,3 балла. Такое значительное снижение связано с действием препарата Уриналгин Ф, который применялся перорально в первые 2 сут, но, в связи с тем, что период полувыведения препарата составляет 7,4 ч [12, 13], продолжал свое действие в организме и на третьи сутки от начала лечения. В группе сравнения в первые трое суток произошло медленное снижение суммы характерных симптомов шкалы ACSS до уровня 7,4±0,4 балла, что достоверно (p<0,001) хуже, чем в основной группе. Через 7 сут от начала лечения сумма баллов шкалы ACSS в 1-й группе составляла всего 0,94±0,1, в то время как во 2-й группе это значение было достоверно (p<0,001) выше – 2,72±0,2 балла. Антидизурический эффект

Таблица 2

Выраженность боли по ВАШ; баллы

Table 2

Pain severity according to VAS; scores

Срок оценки	Основная группа	Контрольная группа	Уровень значимости, p
Исходный уровень	6,4±0,5	6,3±0,5	>0,05
Через 6 ч	3,3±0,4	5,4±0,4	<0,001
Через 12 ч	1,5±0,2	4,0±0,3	<0,001
Через 24 ч	0,4±0,04	2,6±0,3	<0,001
Через 48 ч	0,05±0,01	1,7±0,2	<0,001

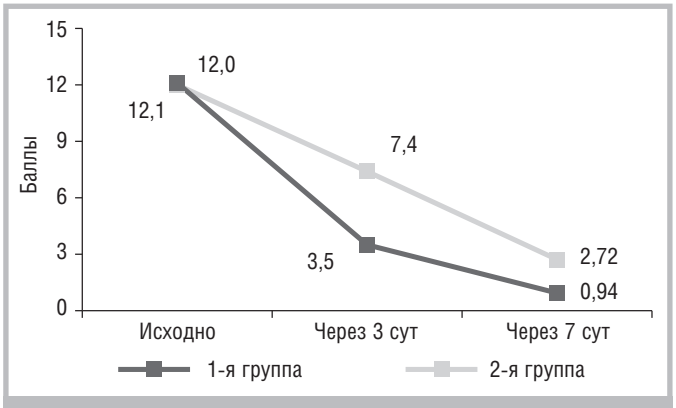


Рисунок. Динамика баллов характерных симптомов шкалы ACSS (Typical)

Figure. Changes in ACSS (Typical) symptom scores

феназопиридина связывают не только с блокадой Аδ-волокон в стенке мочевого пузыря, но и с предполагаемым ингибированием циклооксигеназы в уротелии [12, 13].

У пациенток 1-й группы происходила более быстрая нормализация анализа мочи с уменьшением и затем с ликвидацией лейкоцитурии. Число лейкоцитов в поле зрения с исходных 54,6±5,0 через 3 сут уменьшилось до 10,8±2,1, а к 7-м суткам полностью нормализовалось – 3,0±0,4. В группе сравнения через 3 сут лечения наблюдали 16,8±2,0 лейкоцитов в поле зрения ($p<0,05$ по сравнению с 1-й группой), а через 7 сут – 4,2±0,3 ($p<0,02$ по сравнению с 1-й группой).

Проведенная научная работа продемонстрировала высокую клиническую эффективность применения препарата Уриналгин Ф (в комбинации с антибиотиком цефиксимом) как симптоматического, анальгетического и антидизурического средства при лечении больных острым циститом с сопутствующим СД.

Непосредственные результаты лечения через 7 сут оказались следующими.

В 1-й группе у 35 (94,6%) больных наступило выздоровление, у 1 (2,7%) – улучшение. Недостаточный эффект отмечен только у 1 (2,7%) пациентки. Таким образом, у 97,3% больных 1-й группы, несмотря на тяжесть течения острого цистита и серьезное сопутствующее заболевание (СД), получены положительные результаты лечения.

Во 2-й группе непосредственные результаты лечения оказались хуже. У 33 (89,2%) пациенток отмечено выздоровление, у 2 (5,4%) – улучшение и еще у 2 (5,4%) обнаружен недостаточный эффект.

Бактериологические исследования показали, что через 7 сут в 1-й группе эрадикация возбудителя наступила у 32 из 35 больных с исходной бактериурией (91,4%), персистенция со снижением микробного числа – у 3 (8,6%). Во 2-й группе эрадикация произошла у 28 из 33 пациенток с исходной бактериурией (84,9%), персистенция – у 4 (12,1%) и у 1 (3,0%) пациентки наблюдали суперинфекцию с ростом *Proteus mirabilis*. Таким образом, в данной работе выявлена более высокая бактериологическая эффективность лечения острого цистита у больных СД при комбинации антибиотика с препаратом Уриналгин Ф.

Существуют данные, что феназопиридин способен увеличивать антимикробный эффект некоторых антибиотиков [19, 20]. Например, в одной работе субингибиторная концентрация феназопиридина увеличивала антимикробный эффект нитрофурантоина [20]. Также оценивалось взаимодействие нитрофурантоина и феназопиридина с soxRS регулоном *E. coli* – супероксидной защитной системой, участвующей в мультирезистентности к антибиотикам. Феназопиридин способен оказывать селективное давление на мутации, связанные с вирулентностью и резистентностью к антибиотикам [20]. Это свойство может быть полезно в комбинированной терапии с антибактериальным препаратом, учитывая рост антибиотикорезистентности.

Таким образом, при комбинированном лечении острого цистита у пациенток с СД цефиксимом и препаратом Уриналгин Ф клиническая эффективность (выздоровление) составила 94,6%, бактериологическая эффективность – 91,4%. Учитывая тяжесть клинического течения этой формы цистита, которую относят к осложненному циститу [3], такие результаты можно признать хорошими. По сравнению с контрольной группой добавление к антибиотику цефиксиму препарата Уриналгин Ф улучшало результаты лечения, повышая клиническую и бактериологическую эффективность, быстрее и значительнее ликвидируя лейкоцитурию, а также оказывая выраженный анальгетический и антидизурический эффект, что в ранние сроки и более эффективно позволяло устранять симптомы заболевания.

Непосредственные результаты лечения острого цистита напрямую влияли на сроки временной нетрудоспособности. В основной группе пациентки пребывали на больничном листе в среднем 5,4±0,5 дня, что было достоверно ($p<0,01$) короче, чем в группе сравнения (7,8±0,6 сут). Таким образом, сроки нетрудоспособности сократились на 30,8%, что имеет важное значение для улучшения качества жизни.

Побочные эффекты препарата Уриналгин Ф выявлены у 1 (2,7%) больной, у которой наблюдалась тошнота, что, однако, не привело к отказу ее от дальнейшего приема препарата. Другие больные СД хорошо перенесли терапию препаратом Уриналгин Ф.

После завершения непосредственного лечения острого цистита и закрытия больничного листа была продолжена оценка состояния пациенток. Пациентки 1-й группы для поддержания нормальной функции мочевыделительной системы регулярно принимали комплекс Уринал Актив (курсами по 14 сут ежемесячно на протяжении полугода). За пациентками 2-й группы проводилось только динамическое наблюдение.

Результаты контрольного обследования, проведенные через 6 мес, отражены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты контрольного обследования через 6 мес

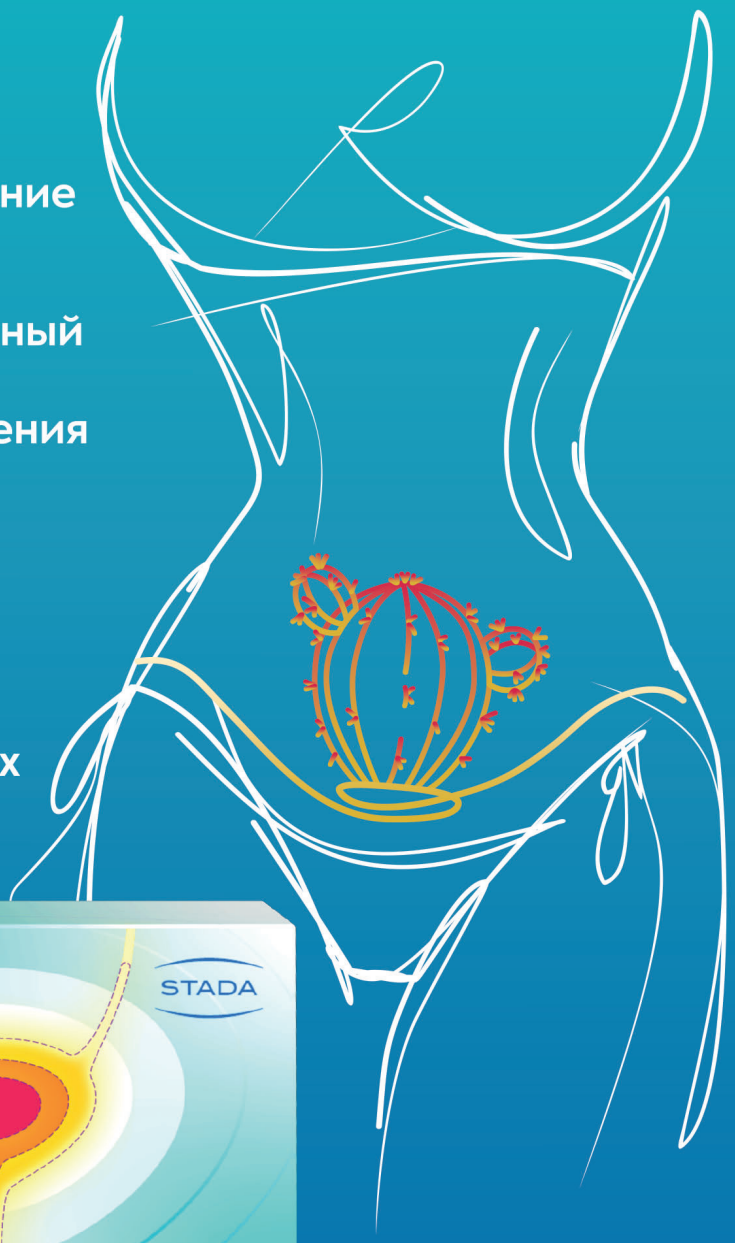
Table 3

Results of the follow-up examination after 6 months

Методы, показатели	1-я группа (n=37)	2-я группа (n=37)	Уровень значимости, p
Женщины с нормальным анализом мочи, n (%)	35 (94,6)	27 (73,0)	–
Женщины с лейкоцитурией, n (%)	2 (5,4)	10 (27,0)	–
Число лейкоцитов в поле зрения	3,2±0,4	9,6±0,6	<0,001
Бактериальный посев мочи, n (%):			
• роста нет	36 (97,3)	29 (78,4)	–
• бактериурия	1 (2,7)	8 (21,6)	
ACSS, баллы:			
• характерные симптомы «Typical» (вопросы 1–5)	0,38±0,05	2,5±0,2	<0,001
• качество жизни «QoL» (вопросы 11–13)	0,85±0,05	3,03±0,3	<0,001
Рецидивы острого цистита за 6 мес:			
• число больных с рецидивами, n (%)	1 (2,7)	9 (24,3)	–
• общее число рецидивов	1	19	
• число рецидивов на 1 пациентку	1,0	2,1	
Дни пребывания на больничном листе в связи с рецидивом цистита:			
• общее число	6	215	
• в среднем на 1 пациентку каждой группы	0,16±0,05	5,8±0,4	<0,001
• общая сумма дней нетрудоспособности за период от возникновения острого цистита	5,56±0,4	13,6±0,5	<0,001

Уриналгин® Ф

Феназопиридин

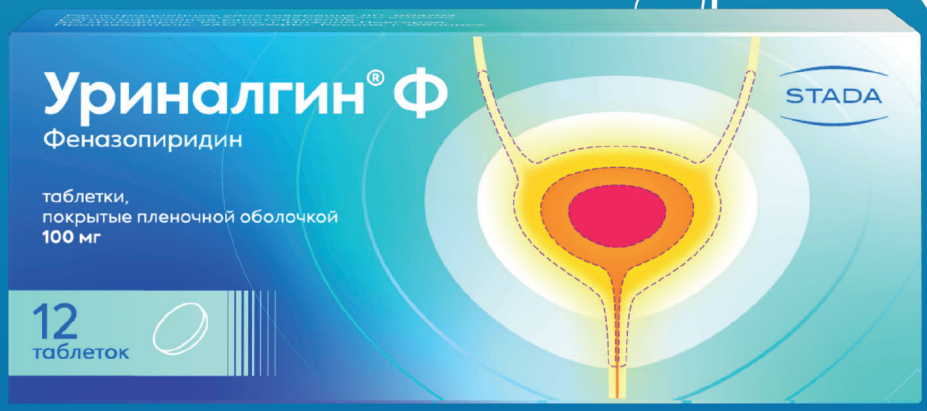


Прицельно действует на нижние мочевыводящие пути (НМП)[1]

Единственный* безрецептурный уроанальгетик для снятия симптомов дизурии и улучшения качества жизни пациенток, способный к действию через 20 минут.[1-4]

Может применяться при:

- **Инфекциях НМП**
- **Инвазивных урологических вмешательствах**



Новый Феназалгин®

*Уриналгин® Ф - единстенный ЛП с МНН Феназопиридин по данным ГРЛС РФ по состоянию на 25.08.2025 года (https:/grls.rosminzdrav.ru/).

1. Общая характеристика лекарственного препарата Уриналгин® Ф (РУ ЛП-№(005800)-(РГ-RU)).
2. Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017; 9 (42) : 4-7.
3. Zelenitsky S.A., & Zhanel G. G. (1996). Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Annals of Pharmacotherapy, 30 (7-8), 866-868.
4. В.А.Шадеркина. Современный взгляд на применение феназопиридина при патологии мочевыводящих путей. Дайджест урологии. Выпуск №6, декабрь, 2019 г.

Организация, принимающая претензии:
АО «Нижфарм», 603105, РФ, г. Нижний Новгород, ул. Салганская, 7.
Тел. +7 (831) 278-80-88, факс +7 (831) 430-72-13 . E-mail: med@nizhpharm.ru

POS-20270827-1456

На правах рекламы

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

Выявлены существенные различия между группами пациенток.

В 1-й группе, где переболевшие острым циститом регулярно курсами принимали комплекс Уринал Актив, при применении шкалы ACSS у 94,6% пациенток не выявлено симптомов, которые бы свидетельствовали о наличии у них инфекции в мочевых путях, а общий анализ мочи у них не имел патологии. У 97,3% больных 1-й группы бакпосев мочи оказался стерилен.

Иная картина обнаружена во 2-й группе пациенток, где профилактика инфекции мочевых путей не проводилась. Нормальный анализ мочи выявлен только у 73,0% обследованных, а 27,0% имели лейкоцитурию. При бакпосеве мочи у 8 (21,6%) женщин обнаружена бактериурия (*E. coli* в количестве от 10^4 до 10^7 КоЕ/мл). По среднему числу лейкоцитов в поле зрения, сумме характерных симптомов шкалы ACSS и качеству жизни показатели во 2-й группе были достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в 1-й группе (см. табл. 3).

Еще более контрастная картина обнаружена при анализе рецидивов за 6-месячный период после перенесенного острого цистита. В 1-й группе наблюдали только 1 (2,7%) пациентку с одним рецидивом инфекции мочевых путей за это время с 6-дневным пребыванием на больничном листе. Во 2-й группе зафиксировано 9 (24,3%) пациенток с 19 рецидивами цистита; 1 рецидив был у 2 человек, 2 рецидива – у 4, 3 рецидива – у 3. При расчете дней нетрудоспособности на всех 37 пациенток 2-й группы обнаружено, что в среднем на одну пациентку этой группы (без учета первого эпизода цистита) дополнительно приходится по 5,8±0,4 дней нетрудоспособности. При суммировании всех дней нетрудоспособности, включая первый эпизод острого цистита, в среднем больные 2-й группы пребывали на больничном листе 13,6±0,5 дня, а пациентки 1-й группы – лишь 5,56±0,4 дня, т.е. общие сроки нетрудоспособности у них уменьшились на 59,1%, что способствует значительному улучшению качества жизни пациенток, включая социальные аспекты.

Уринал Актив хорошо перенесли все 37 пациенток с СД при курсовом использовании по 14 дней каждый месяц на протяжении полугода. Каждая пациентка приняла по 84 саше Уринал Актив. Однако не было зафиксировано нежелательных явлений на фоне применения комплекса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый цистит чаще всего встречается у больных СД2, характеризуется выраженными болевыми и дизурическими проявлениями, значительной лейкоцитурией и бактериурией. Основным возбудителем заболевания является *E. coli*, которая обнаружена у 73,5% больных.

Комбинированная терапия острого цистита у женщин, страдающих СД, селективным анальгетиком Уриналгин Ф и антибиотиком цефиксимом продемонстрировала высокую клиническую и бактериологическую эффективность. Уриналгин Ф хорошо переносится больными СД, быстро устраняет боль и дизурические симптомы цистита, на 30,8% сокращает сроки временной нетрудоспособности.

При применении в основной группе вторым этапом комплекса Уринал Актив для поддержания нормальной функции мочевыделительной системы отмечено предупреждение рецидивов и значительное улучшение отдаленных результатов терапии, а также снижение числа пациенток с бактериурией в 8 раз по сравнению со 2-й группой, где не применялись средства для профилактики.

* * *

Статья подготовлена при поддержке АО «Нижфарм». Мнение автора может не совпадать с мнением компании.

Статья поступила в редакцию / The article received: 13.09.2025.

Принята к публикации / Accepted: 06.10.2025.

Литература / References

1. Wagenlehner F.M.E., Bjerklund Johansen T.E., Cai T. et al. Epidemiology, definition and treatment of complicated urinary tract infections. *Nat Rev Urol*. 2020; 17 (10): 586–600. DOI: 10.1038/s41585-020-0362-4

2. Зайцев А.В., Касян Г.Р., Спивак Л.Г. Цистит. *Урология*. 2017; 1 (Прил. 1): 34–44 [Zaitsev A.V., Kasyan G.R., Spivak L.G. Cystitis. *Urologiia*. 2017; 1 (Suppl. 1): 34–44 (in Russ.)]. DOI: 10.18565/urol.2017.1-supplement.34-44

3. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Палагин И.С. и др. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Федеральные клинические рекомендации. М., 2025; 116 с. [Perepanova T.S., Kozlov R.S., Palagin I.S. et. al. Antimicrobial therapy and prevention of kidney, urinary tract and male genital infections. Federal clinical guidelines. M., 2025; 116 p. (in Russ.)].

4. Yamamoto S. Prevention and treatment of complicated urinary tract. *Urological Science*. 2016; 27 (4): 186–9. DOI: 10.1016/j.urols.2016.07.001

5. Tamma P.D., Heil E.L. Justo J.A. et. al. Infectious diseases society of America 2024 guidance on the treatment of antimicrobial-resistant gram-negative infections. *Clin Inf Dis*. 2024; ciae403. DOI: 10.1093/cid/ciae403

6. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am*. 2014; 28 (1): 1–13. DOI: 10.1016/j.idc.2013.09.003

7. Kamei J., Yamamoto S. Complicated urinary tract infections with diabetes mellitus. *J Infect Chemother*. 2021; 27 (8): 1131–6. DOI: 10.1016/j.jiac.2021.05.012

8. Lin Y.H., Lin C.H., Huang Y.Y. et al. Risk factors of first and recurrent genitourinary tract infection in patients with type 2 diabetes treated with SGLT2 inhibitors. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022; 186: 109816. DOI: 10.1016/j.diabres.2022.109816

9. Fu A.Z., Iglay K., Qin Y. et al. Risk characterization for urinary tract infections in subjects with newly diagnosed type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2014; 28 (6): 805–10. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2014.06.009

10. Vinod C., Sayee S., Nareddy V.A. A clinical study of urinary tract infections in diabetics and non-diabetics patients. *Int J Adv Med*. 2019, 6 (5): 1421–9. DOI: 10.18203/2349-3933.ijam20193683

11. Papp S.B., Zimmern P.E. Recurrent Urinary tract infections and type 2 diabetes mellitus: a systematic review predominantly in women. *Front Urol*. 2023; 3: 33–4. DOI: 10.3389/fruro.2023.1275334

12. Pergialiotis V., Arnos P., Mavros M.N., et al. Urinary tract analgesics for the treatment of patients with acute cystitis: where is the clinical evidence? *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2012; 10 (8): 875–9. DOI: 10.1586/eri.12.72

13. Винаров А.З., Спивак Л.Г. Современные возможности симптоматической терапии дизурии. *Урология*. 2019; 2: 97–102 [Vinarov A.Z., Spivak L.G. Current opportunities of symptomatic therapy for dysuria. *Urologiia*. 2019; 2: 97–102 (in Russ.)]. Doi: 10.18565/urology.2019.2.97-102

14. Давидов М.И., Мельцина М.Н., Бунова Н.Е. и др. Феназопиридин и фосфомицин в лечении острого неосложненного цистита: результаты многоцентрового рандомизированного исследования. *Урология*. 2021; 3: 20–7 [Davidov M.I., Meltsina M.N., Bunova N.E. et. al. Phenazopyridine and Fosfomycin for the acute cystitis treatment: results of multicenter randomized study. *Urologiia*. 2021; 3: 20–7 (in Russ.)]. DOI: 10.18565/urology.2021.3.20-27

15. Давидов М.И., Бунова Н.Е., Мельцина М.Н.,и др. Современное комбинированное лечение острого осложненного цистита у женщин. *Врач*. 2023; 34 (6): 76–82 [Davidov M.I., Bunova N.E., Meltsina M.N. et al. Modern combined treatment of acute complicated cystitis in women. *Vrach*. 2023; 34 (6): 76–82 (in Russ.)]. DOI: 10.29296/25877305-2023-06-16

16. Kranz J., Bartoletti R., Bruyere F. et al. European Association of Urology Guidelines on urological infections: summary of the 2024 Guidelines. *Eur Urol*. 2024; 86 (1): 27–41. DOI: 10.1016/j.eururo.2024.03.035

17. Alidjanov J.F., Abdufattaev U.A., Makhsudov S.A. et al. New self-reporting questionnaire to assess urinary tract infections and differential diagnosis: acute cystitis symptom score. *Urol Int*. 2014; 92 (2): 230–6. DOI: 10.1159/000356177

18. Aizawa N., Wyndaele J.J. Effects of phenazopyridine on rat bladder primary afferent activity, and comparison with lidocaine and acetaminophen. *Neurourol Urodynam*. 2010; 29 (8): 1445–50. DOI: 10.1002/nau.20886

19. Marcelin-Jiménez G., Angeles A.P., Martinez-Rossier L. et al. Ciprofloxacin bioavailability is enhanced by oral co-administration with phenazopyridine: a pharmacokinetic study in a Mexican population. *Clin Drug Investig*. 2006; 26 (6): 323–8. DOI: 10.2165/00044011-200626060-00003

20. Amábile-Cuevas C.F., Arredondo-Garcia J.L. Nitrofurantoin, phenazopyridine, and the superoxide-response regulon soxRS of Escherichia coli. *J Infect Chemother*. 2013; 19 (6): 1135–40. DOI: 10.1007/s10156-013-0635-4

MODERN TREATMENT OF ACUTE CYSTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Associate Professor ***M. Davidov***[1]*, Candidate of Medical Sciences;* ***N. Bunova***[2]*;* ***M. Meltsina***[3]
[1]*E.A. Vagner Perm State Medical University, Ministry of Health of Russia*
[2]*City clinical policlinic №2, Perm*
[3]*Policlinic of the Perm Regional Center of Federal Medico-Biological Agency of Russia*

Objective. *To study the efficacy and tolerability of Urinalgin F in the treatment of acute cystitis in women with diabetes, as well as to evaluate the effect and tolerability of the dietary supplement Urinal Active in maintaining the function of the urinary system.*
Material and methods. *A scientific work was conducted at three clinics in the Perm Krai on the use of Urinalgin F in combination with the antibiotic cefixime for the treatment of acute cystitis in 74 women aged 18 to 89 years with diabetes. The ACSS International Cystitis Scale, a visual analog scale (VAS) for pain, and laboratory and bacteriological tests were used. The main group consisted of 37 women who orally received Urinalgin F at a dose of 200 mg 3 times a day for 2 days and cefixime at 400 mg once a day for 7 days. The comparison group consisted of 37 women who orally received cefixime at the same dose for 7 days and drotaverine hydrochloride at 80 mg 3 times a day for 2 days. To further support normal urinary function, Urinal Active was administered to 37 women in the main group in monthly courses of 14 days for 6 months. The second group received no additional supplements.*
Results. *In the main group, a pronounced analgesic and antidysuric effect of the drug Urinalgin F was established, confirmed by the analysis of the ACSS and VAS scales. The clinical efficacy (recovery) of combination therapy with Urinalgin F and cefixime was 94.6%, bacteriological efficacy was 91.4%, and the period of temporary disability was reduced by 30.8%. In the comparison group, clinical (89.2%) and bacteriological (84.9%) efficacy were significantly lower. Urinalgin F had one (2.7%) side effect of nausea. During a follow-up examination after 6 months, it was found that Urinal Active contributed to a significant improvement in bladder health: 94.6% of those examined had a normal urine test, and 97.3% had no bacteriuria. Compared with the control group, which did not use additional means, in the group using the Urinal Active complex, the number of patients with bacteriuria decreased by 8 times, and the number of relapses of acute cystitis decreased by 9 times (2.7% versus 24.3%). The overall treatment duration was reduced by 59.1%. A favorable tolerability profile of the Urinal Active complex was noted (no adverse events were reported).*
Conclusion. *Combination therapy of acute cystitis in women suffering from diabetes mellitus with the selective uroanalgesic drug Urinalgin F and the antibiotic cefixime has high clinical and bacteriological efficacy. Urinalgin F is well tolerated by patients with diabetes, significantly eliminates pain and dysuric symptoms of cystitis, and helps to reduce the duration of treatment. Compared with the control group, which did not use additional means, in the group using the Urinal Active complex, normalization of the urinary system condition can be observed, an 8-fold decrease in the number of women with bacteriuria, and a 9-fold decrease in the number of cystitis relapses.*

Key words: *diabetes mellitus, urinary tract infection, acute cystitis, conservative treatment, phenazopyridine, Urinalgin F, Urinal Active, antibiotic therapy.*
For citation: *Davidov M., Bunova N., Meltsina M. Modern treatment of acute cystitis in patients with diabetes mellitus. Vrach. 2025; 36 (12): 47–53. https://doi.org/10.29296/25877305-2025-12-10*
Об авторах / About the authors: *Davidov M.I. SPIN-код: 6182-1591, ORCID: 0000-0002-8932-2844; Bunova N.E. ORCID: 0009-0007-4464-5635; Meltsina M.N. ORCID: 0009-0000-1067-3688*

https://doi.org/10.29296/25877305-2025-12-11

Терапия псориаза с применением топических глюкокортикостероидов

Т.В. Потупчик[1], кандидат медицинских наук,
Е.В. Капустина[1, 2], кандидат медицинских наук,
П.А. Шестерня[1], доктор медицинских наук, профессор,
Е.В. Турчик[1],
А.М. Кучеренко[1]
[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
[2]Красноярская краевая клиническая больница
E-mail: potupchik_tatyana@mail.ru

В статье представлен обзор исследований по применению топических глюкокортикостероидов (ТГКС) при псориазе. Отмечено, что ТГКС обладают противовоспалительным, противозудным, иммуносупрессивным, сосудосуживающим и антипролиферативным действиями, что важно при лечении псориаза. В большинстве исследований показано, что препаратами первой линии в лечении псориаза легкой и средней степени тяжести являются такие ТГКС, как бетаметазон, мометазон, алклометазон и клобетазол. Установлено, что в настоящее время для лечения псориаза предпочтительно использование комбинированных препаратов бетаметазон + кальципотриол, позволяющих осуществлять длительный контроль над заболеванием при соблюдении строгих рекомендаций по их применению. Салициловая кислота и пиритион цинка могут быть рекомендованы для ускорения регресса псориаза. Разрабатываются нанотехнологии системы доставки ТГКС с целью повышения их биодоступности.

Ключевые слова: дерматология, терапия, псориаз, топические глюкокортикостероиды, кальципотриол, салициловая кислота, пиритион цинка.

Для цитирования: Потупчик Т.В., Капустина Е.В., Шестерня П.А. и др. Терапия псориаза с применением топических глюкокортикостероидов. Врач. 2025; 36 (12): 53–58. https://doi.org/10.29296/25877305-2025-12-11

Псориаз – хроническое воспалительное заболевание кожи, которое характеризуется эритематозными бляшками, покрытыми серебристыми чешуйками, особенно на разгибательных поверхностях, волосистой части головы и пояснично-крестцовой области и которым страдают около 2% населения. Несмотря на то, что существует множество вариантов лечения, это заболевание считается неизлечимым и может серьезно повлиять на качество жизни пациентов [1–3]. Псориаз может проявиться в любом возрасте, при этом выявлен бимодальный возраст начала заболевания: первый пик среднего возраста первого проявления псориаза приходится на 15–20 лет, второй пик – на 55–60 лет [4].

Точная этиология псориаза неизвестна, но считается, что это аутоиммунное заболевание, опосредованное Т-лимфоцитами. Существует ассоциация антигенов HLA, наблюдаемая у многих больных псориазом. Семейная встречаемость свидетельствует о генетической предрасположенности. Травмы в виде механических, химических и лучевых повреждений также могут способствовать развитию псориаза. Некоторые лекарства, такие как хлорохин, литий, β-блокаторы,