MN_11-12_collekt.qxd 21.08.2012 15:32 Page 54

Влияние Канефрона Н на иммунологическую резистентность слизистых оболочек мочевыделительных путей в комплексной терапии пиелонефрита у детей

Ведущее место в структуре нефропатий в педиатрической популяции занимают инфекционно-воспалительные поражения почек и мочевыводящих путей, наиболее частым из которых является пиелонефрит.

Лечение пиелонефрита включает постельный режим при наличии выраженного интоксикационного синдрома, диету № 5 (с уменьшением количества поваренной соли, экстрактивных веществ, жареных, жирных, острых блюд, копченостей, грубой клетчатки).

Этиотропное медикаментозное лечение предполагает назначение антибактериальных средств (используются защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения, аминогликозиды, при доказанной внутриклеточной инфекции – макролиды), уросептиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также проведение в остром периоде инфузионной терапии. Для стабилизации мембран клеток показаны антиоксиданты, положительное влияние на почечный кровоток оказывают дезагреганты. В первые дни заболевания с целью улучшения оттока мочи и почечного кровотока используют фуросемид в комбинации с препаратами калия (2 р/сут в течение 5 дней с 5-дневным перерывом).

При наличии признаков склерозирования паренхимы почек в случае хронического пиелонефрита показано назначение хинолиновых производных. Предупредить хронизацию воспаления можно путем хирургического устранения врожденной аномалии развития мочевыводящих путей, с помощью коррекции функциональной активности центров вегетативной регуляции деятельности этих путей, а также нормализации состояния их иммунологических барьеров. К сожалению, стандартная терапия не оказывает воздействия на показатели местной иммунной реактивности: даже после успешной элиминации возбудителя уровень антимикробных иммунных факторов мочи (лизоцима, иммуноглобулина А, секреторного иммуноглобулина А и др.) остается устойчиво сниженным, чем объясняется достаточно высокая частота рецидивов

В.Н. Буряк
Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы.

В случае пиелонефрита с профилактической целью широко применяют растительный препарат

MN_11-12_collekt.qxd 21.08.2012 15:32 Page 55

Канефрон® Н, в состав которого входит специальный экстракт BNO 1040, стандартизованный по содержанию биологически активных веществ лекарственных растений – листьев розмарина, корня любистка и травы золототысячника. Препарат характеризуется комплексным воздействием на почки и мочевыводящие пути, которое заключается в выраженном антибактериальном влиянии, мягком диуретическом и спазмолитическом эффектах. Имеет значение также прямое противовоспалительное действие флавоноидов и фталидов розмариновой кислоты на слизистую оболочку мочевыводящих путей, способствующее не только ликвидации основных симптомов, но и скорейшему восстановлению функций слизистой. Канефрон® Н улучшает микроциркуляцию в паренхиме почек, что обеспечивает повышение проникновения антибиотика в очаг воспаления, а также содействует восстановлению функции почек.

В литературе имеются многочисленные указания относительно противорецидивной эффективности Канефрона Н при хроническом пиелонефрите, в том числе на фоне сахарного диабета: частота рецидивирования пиелонефрита при терапии указанным лекарственным средством оставалась ниже таковой в контрольной группе даже после прекращения приема препарата.

Материалы и методы

Учитывая широкий спектр терапевтических эффектов Канефрона Н, нами была выдвинута гипотеза о возможном влиянии терапии данным препаратом на антимикробные свойства мочи за счет нормализации местной иммунологической резистентности слизистой оболочки мочевыводящих путей.

Цель исследования

Изучалось состояние местного иммунитета слизистой мочевыводящих путей и возможности его восстановления под влиянием комплексного растительного препарата Канефрон® Н у детей с острым пиелонефритом.

Было обследовано 50 детей 1-17 лет (96% – девочки), находившихся на лечении в педиатрическом отделении Городской детской клинической больницы № 4 г. Донецка по поводу острого пиелонефрита.

Пациентам основной группы (n=26) в дополнение к базисной схеме (антибиотики, НПВП, дезинтоксикационная терапия) с целью нормализации иммунологической реактивности мочевыделительного тракта назначали препарат Канефрон® Н в возрастных дозировках курсом 4 нед. В группу сравнения вошли 24 ребенка с острым пиелонефритом, получавшие только стандартное лечение. Группу контроля составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста, не принимавших каких-либо медикаментозных средств в предшествующие обследованию 6 мес.

У всех больных исключались нарушения уродинамики, обусловленные врожденными аномалиями развития мочевыводящих путей, рефлюкс-нефропатией, нейрогенным мочевым пузырем, дисметаболической нефропатией, почечнокаменной болезнью; наличие сопутствующих хронических заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной (в т. ч. гинекологической) и гематологической патологии, хронической очаговой инфекции в носоглотке. Из исследования также исключались часто и длительно болеющие дети.

Изучались данные анамнеза пациентов, результаты общего и бактериологического исследования мочи, оценивались уровни секреторного иммуноглобулина А, иммуноглобулинов А, М, G в моче (методом радиальной иммунодиффузии в геле), концентрация лизоцима (стандартным методом нефелометрии). Указанные диагностические процедуры проводились дважды: до начала лечения (в 1-й день госпитализации) и по его окончании (через 4 нед).

Результаты и обсуждение

В 28% случаев пациенты предъявляли жалобы на боль в поясничной области, у 2 больных отмечалось урежение мочеиспускания. В 34% наблюдений у детей определялся положительный симптом Пастернацкого. У 34% пациентов выявлялась болезненность при мочеиспускании (в 20% случаев – в комбинации с поллакиурией, что свидетельствовало о сочетании пиелонефрита с циститом).

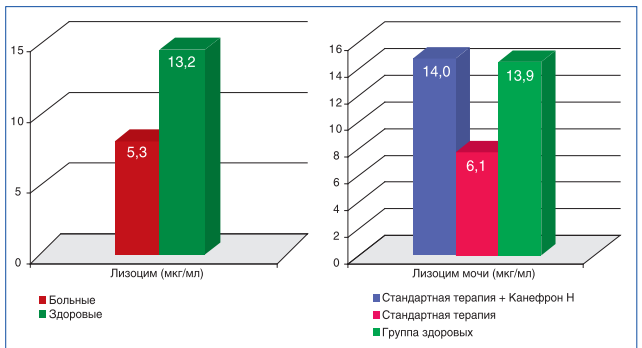
Характерным проявлением пиелонефрита был интоксикационный синдром. У 40% больных (преимущественно раннего возраста) регистрировали фебрильную и гектическую лихорадку; у 22% пациентов отмечалась субфебрильная температура тела (в 8% случаев – на фоне тошноты и рвоты). У 32% детей диагностировалась разлитая абдоминальная боль различной степени выраженности. Во всех случаях имели место типичные проявления мочевого синдрома в виде нейтрофильной лейкоцитурии, микрогематурии, протеинурии, большого количества слизи в осадке мочи. Манифестации острого пиелонефрита в 36% случаев предшествовала перенесенная острая респираторно-вирусная инфекция, в 8% наблюдений – переохлаждение.

Согласно данным бактериального исследования мочи более чем у трети больных выделялась различная грамположительная флора (у 10% – S. aureus); чаще других грамотрицательных микроорганизмов (в 32% случаев) определялась E. coli.

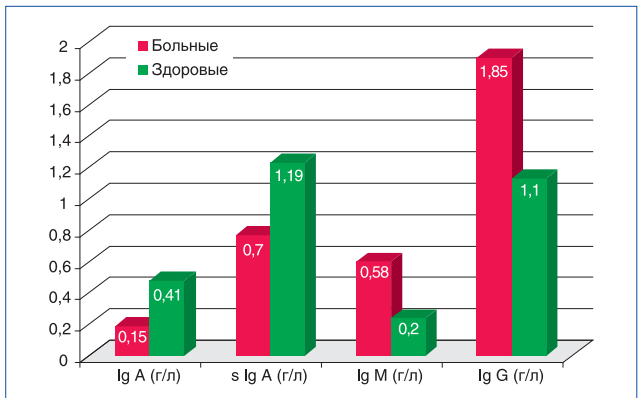
Развитие острого пиелонефрита с определением типичной для данного инфекционного процесса микрофлоры при отсутствии обструктивной

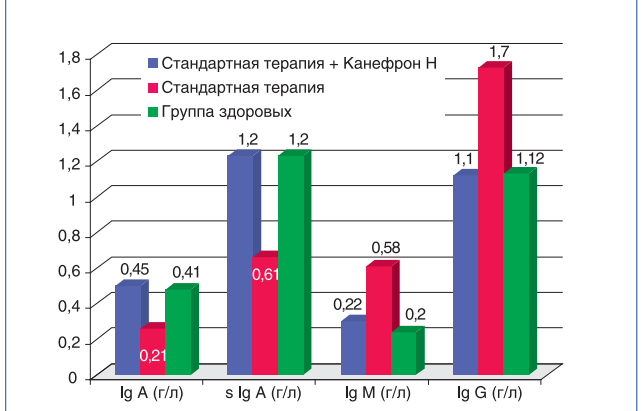
MN_11-12_collekt.qxd 21.08.2012 15:32 Page 56

и дисметаболической нефропатии, а также каких-либо очагов хронической инфекции в организме позволило предположить вероятность снижения функциональной активности местных иммунологических барьеров слизистой мочевыводящего тракта у обследованного контингента больных. Данные барьеры представлены иммуноглобулинами А (антитела против вирусов, бактерий), М (бактериолизины, цитолизины, изогемагглютинины, антитела против грамотрицательных бактерий; активируют систему комплемента, принимают участие в первичном иммунном ответе), G (антитела против вирусов, нейротоксинов, грамположительных бактерий; активируют систему комплемента, принимают участие во вторичном иммунном ответе, образовании иммунных комплексов), секреторным компонентом иммуноглобулина А (играет основную роль в защите слизистых оболочек, способен к связыванию на поверхности слизистых с возбудителями инфекционного процесса с последующим их выведением из организма без запуска воспаления), лизоцимом (разрушает клеточные оболочки грамположительных бактерий путем гидролиза мурамилглюкозамина непосредственно в месте их элиминации и персистенции; от концентрации лизоцима зависит поддержание неспецифической резистентности слизистой мочевыводящих путей).



Динамика лизоцима до и после лечения в группах





Динамика защитных иммуноглобулинов до и после лечения в группах

У детей с острым пиелонефритом концентрации в моче перечисленных факторов местного иммунитета достоверно отличались от аналогичных показателей у участников контрольной группы: констатировано снижение содержания иммуноглобулина А, секреторного иммуноглобулина А при повышенных уровнях иммуноглобулинов М и G, что свидетельствует об угнетении местных защитных барьеров слизистой оболочки мочевыводящих путей.

Четырехнедельный курс лечения позволил достичь ликвидации клинической симптоматики, нормализации лабораторных показателей (в т. ч. отсутствия возбудителей по данным контрольного бактериологического исследования мочи) в обеих группах. Однако показатели местного иммунитета после указанного курса терапии в основной группе пациентов и группе сравнения существенно различались: в основной группе отмечено достоверное повышение уровней иммуноглобулинов и лизоцима в моче, сопоставимое с аналогичными параметрами у здоровых детей; тогда как в группе сравнения титры иммуноглобулинов оставались сниженными и не приближались к норме ни по одному из показателей.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о способности Канефрона Н оказывать положительное влияние на показатели местной иммунологической резистентности слизистой мочевыводящих путей. Таким образом, включение данного фитопрепарата в комплексную терапию детей с острым пиелонефритом представляется целесообразным. При этом механизм положительного влияния Канефрона Н в отношении нормализации состояния местных иммунных барьеров мочевыводящего тракта требует дальнейшего изучения. ■