

# Фитотерапия при хронической болезни почек

С 2002 г. по инициативе NKF-K/DOQI в современной нефрологии используется понятие хронической болезни почек (chronic renal disease) и классификация ее стадий. В 2005 г. на II съезде нефрологов Украины утверждены термины «хроническая болезнь почек» (ХБП) для взрослых пациентов и «хроническое заболевание почек» (ХЗП) для детей.

→ Использование термина ХБП в качестве диагноза несколько отличается у врачей общей практики и у узких специалистов. Врачи общей практики, терапевты, диabetологи чаще диагностируют ХБП без нозологической верификации, заменяя известное ранее понятие нефропатии. Нефрологи подразумевают, что ХБП, как правило, прогрессирует с развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Именно понимание прогрессирования и необратимости процесса легло в основу терминологического выделения хронической болезни почек, а не хронического заболевания почек. Вместе с тем в детском возрасте возможно обратное развитие хронического повреждения почек и восстановленные функции органа, в связи с чем

в приказе МЗ Украины от 20.07.05 № 365 используется термин ХЗП.

Наличие ХБП устанавливается независимо от первичного диагноза, базируясь на признаках повреждения почек и/или скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Диагноз ХБП еще не квалифицирован согласно МКБ-10, но уже входит в последнюю редакцию Американского классификатора болезней.

Критерии определения ХБП приведены в таблице 1.

Считается, что в популяции в зависимости от возраста от 10 до 30% людей страдают ХБП, при этом диагностирована болезнь лишь у 1% населения. По данным National Health and Nutrition Examination, в 2007 г. у 16,8% населения США старше 20 лет отмечали признаки ХБП.



**Д.Д. Иванов**

Д.м.н., профессор, главный детский нефролог МЗ Украины, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев

Для верификации диагноза ХБП могут потребоваться специфические знания и/или проведение диагностических исследований. Тактика ведения пациентов с ХБП в зависимости от стадии представлена в таблице 2.

К настоящему времени в нефрологии сформулирован ряд принципов, которых придерживаются в лечении пациентов с ХБП.

1. Целевое артериальное давление (АД) при ХБП должно быть <130/80 мм рт. ст.

2. Целевой уровень протеинурии не определен, но она должна быть минимально возможной или отсутствовать.

3. Достижение целевого АД и ликвидация протеинурии являются

**Таблица 1. Критерии определения ХБП\***

Пациент имеет ХБП, если присутствует любой из указанных критериев.
1. Повреждение почек $\geq 3$ мес, которое обнаружено по структурным или функциональным нарушениям с/без снижения СКФ, и наличие 1 или более из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> <li>• нарушение в анализах крови или мочи;</li> <li>• нарушение, выявленное при проведении визуализационных исследований;</li> <li>• нарушения, обнаруженные при биопсии почки.</li> </ul>
2. СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> на протяжении $\geq 3$ мес и наличие/отсутствие других признаков повреждения почек, приведенных выше.
* Примечание: приняты на II съезде нефрологов Украины (2005).

независимыми задачами и предполагают использование всех возможных антигипертензивных средств с соблюдением определенной последовательности.

В литературе имеется огромное количество публикаций, посвященных использованию растительных препаратов в лечении заболеваний почек. Целью настоящего исследования явилось изучение доказательной базы фитотерапии при ХБП.

### Материалы и методы

Поиск информации онлайн проведен по источникам Google, Medline, Medline.ru, The Cochrane Collaboration Cochrane Reviews, National Guideline Clearing House (NGCH) на август 2010 г. по ключевым словам «Фитотерапия при ХБП», «Herbal Medicine for CKD», «Complementary Medicine in Kidney Disease».

### Результаты и обсуждение

Первичный анализ позволил получить 142 630 источников.

После введения уточняющих критериев, а именно: рандомизированные контролируемые исследования, level: type of evidence, grade: nature of recommendations – количество информационных источников критически уменьшилось.

Основным результатом поиска стал вывод о том, что в доступной литературе не найдено клинических руководств по фитотерапии в нефрологии. Большинство публикаций, имеющих в своей основе доказательные данные, содержат предостережения о потенциальном вреде лекарственных препаратов и биодобавок на основе растительного сырья. Очевидно, это связано с тем, что при заболеваниях почек нарушается их гомеостатическая функция, поэтому при назначении любых лекарственных средств необходимо в первую очередь руководствоваться принципом «Не навреди».

Так, NGCH отмечает, что применение фитопрепаратов при ХБП не отвечает I и II уровням доказательности, а рекомендации III и IV

уровней гласят: «Отдельные дополнительные лекарства (к которым относят и фитопрепараты) оказывают токсическое действие на почечную ткань. Использование нефротоксичных препаратов должно быть исключено. Большинство препаратов нетрадиционной медицины представляют собой комбинации токсичных или потенциально токсичных веществ. Если пациент принимает такие препараты, обязательным является тщательное мониторирование функции почек. Первоначально мониторинг следует осуществлять еженедельно, при удовлетворительных результатах частота контроля может быть уменьшена, однако наблюдение необходимо в течение всего периода приема препарата. В случае снижения функции почек прием препарата следует прекратить. При этом токсическое действие препарата проявляется в большей степени у пациентов со сниженной функцией почек или с уже имеющимся заболеванием почек».

Анализируя приведенные положения, следует отметить, что все представленные предостережения содержатся в рекомендациях по применению официальных фармацевтических препаратов. Таким образом, перенос жестких требований на фитопрепараты абсолютно понятен и оправдан.

Отечественные и зарубежные специалисты, комментируя использование фитопродуктов при заболеваниях почек, сходятся во мнении, что применение лекарственных растений – очень популярный метод лечения/самолечения. Только в США его доля в общем фармацевтическом бизнесе составляет свыше 4 млрд долларов. Его популярность объясняется несколькими факторами: фитопрепараты можно приобрести без рецепта, они доступны в ценовом отношении; кроме того,

**Таблица 2. Тактика ведения пациентов с ХБП в зависимости от стадии**

Стадия ХБП	СКФ (мл/мин)	Тактика (каждый последующий этап включает выполнение рекомендаций предыдущих этапов)
Нет	>60 (с факторами риска ХБП)	Выявление и устранение факторов риска ХБП
1	≥90	Диагностика и лечение причинных и сопутствующих состояний, замедление прогрессирования (ренопротекция), уменьшение кардиоваскулярного риска
2	60-89	Замедление прогрессирования
3	30-59	Диагностика и лечение осложнений ХБП
4	15-29	Подготовка к почечнозаместительной терапии
5	<15 или диализ	Почечнозаместительная терапия

существует мнение, что натуральная продукция безопаснее и ее применение не требует специальных знаний со стороны пациента.

Фитопрепарат не является фармацевтическим продуктом, соответственно, не требуется подтверждения его эффективности в клинических испытаниях. Именно поэтому при всем многообразии литературы доказательных источников насчитываются единицы. Биологически активные субстанции классифицируются как диетические добавки. Ограничения применения этих продуктов основаны на неблагоприятных событиях, т. е. они запрещаются к приему только при наличии доказанных неблагоприятных реакций. Так, например, в испытании 22 марок продукции женьшеня в США только 9 отвечали фармацевтической стандартизации. Сказанное справедливо и для мочегонных сборов. К примеру, золотарник, петрушка и ягоды можжевельника оказывают раздражающий эффект на эпителий канальцев и нарушают реабсорбцию электролитов, в первую очередь натрия. При этом действующие вещества практически не поддаются стандартизации. Известный мочегонный эффект зеленого, а в последнее время рекламируемого для снижения АД красного чая не подтвердился в рандомизированных контролируемых исследованиях.

Очевидно, что наибольший опыт применения фитотерапии при ХБП имеет восточная медицина, однако большинство рекомендаций строятся на экспериментальных исследованиях и ограниченных по своей доказательной базе клинических данных. Также следует принимать во внимание тот факт, что национальные и расовые особенности могут вносить существенные ограничения в применение фитопрепаратов.

Сопутствующие ХБП состояния, такие как гипертензия, гиперхолестеринемия, также могут корригироваться фитопрепаратами. Доказательная база сформирована, например, для белого вина, подавляющего активность ренин-ангиотензиновой системы; продуктов чеснока, влияющих на уровень АД; артишока, способствующего улучшению холестерина профиля. Боль в спине – характерный симптом для некоторых заболеваний почек – может купироваться фитопрепаратами на основе *Harpagophytum procumbens*, *Salix alba* и *Capsicum frutescens*; данные об этом представлены в Кокрановской библиотеке. Эффект указанных фитосредств сравним с таковым нестероидных противовоспалительных препаратов, применение которых при ХБП считается потенциально опасным.

Широкое применение фитопрепараты нашли в лечении воспалительных процессов, в частности инфекционных заболеваний мочевыделительной системы. Среди фитопрепаратов с доказательной базой Кокрановская библиотека приводит продукты клюквы. Единственные рекомендации, допускающие сочетание клюквы и брусники, даны Канадским обществом гинекологов и касаются профилактики инфекционных заболеваний мочевыделительной системы у беременных. Поскольку средства на основе клюквы в лечении инфекций мочевыводящих путей не продемонстрировали высокой эффективности, сегодня акцент делают на использовании клюквы в превентивной терапии. Эффективность применения клюквы у пожилых людей, детей, больных с нейрогенным мочевым пузырем, лиц с длительно установленным мочевым катетером не доказана: частота рецидивов у этих групп достигала 55%. Это свидетельствует о том, что

длительное применение данного средства не оправдано.

Европейская практика предлагает чистые фитопродукты клюквы для снижения риска повторных инфекций мочевыделительной системы и лишь у женщин репродуктивного возраста. Примечательно, что в последних рекомендациях Европейского общества урологов (2010) говорится о том, что содержание проантоцианидина А в продуктах клюквы (LE: 1b, GR: C) должно составлять не менее 36 мг. Вместе с тем отечественные протоколы по лечению инфекций мочевыделительной системы как у взрослых пациентов, так и у детей до сих пор не включают препараты на основе клюквы; в официальных рекомендациях предпочтение отдается более известному продукту на основе фитониринга – передовой технологии производства лекарств из растительного сырья с сохранением максимальной активности действующих веществ в растительном экстракте, позволяющей создавать препараты с тщательно проверенной активностью действующих веществ в единице продукта. Таким продуктом является Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия) – комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий стандартизованные экстракты травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина. Комплекс биологически активных веществ (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, горечи, флавоиды, флавоноиды и др.) определяет фармакологические эффекты препарата, в отношении которых в настоящее время накапливают доказательную базу.

Канефрон® Н оказывает противовоспалительное, мягкое диуретическое, спазмолитическое, вазодилатирующее и антибактериальное действие, поддерживая рН мочи на физиологическом уровне. Улучшение

кровоснабжения почек и лоханок при приеме Канефрона Н обеспечивает увеличение концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек и моче, что ведет к повышению эффективности антибактериальной терапии. Благодаря содержанию флавоноидов Канефрон® Н уменьшает проницаемость капилляров почек, тем самым оказывая антипротеинурическое действие.

С целью получения доказательной базы в Украине в 2005 г. была проведена оценка вышеописанных свойств препарата. Многоцентровое открытое контролируемое рандомизированное исследование проведено с участием 302 пациентов с метаболическим синдромом (МС)/сахарным диабетом (СД) 2 типа, страдающих инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы. При планировании исследования было определено минимальное количество наблюдений для каждой группы (60) с распределением пациентов в подгруппы (не менее 30 человек) и последующей рандомизацией по методам лечения. Рандомизация проводилась путем случайного выбора пациента согласно диагнозам: инфекции нижних мочевыводящих путей были представлены уретральным синдромом и острым/хроническим циститом, инфекции верхних мочевыводящих путей – острым пиелонефритом или обострением хронического пиелонефрита на фоне МС/СД 2 типа. Пациентов распределяли в группы по мере обращения за помощью (простая рандомизация методом случайных чисел). Критериями исключения явились сочетание инфекции мочевыделительной системы и заболеваний, передающихся половым путем, и пиелонефрит с документированным нарушением уродинамики.

В 1-й группе Канефрон® Н в дозе 50 капель или 2 драже назначали

3 раза в день в остром периоде в дополнение к антибактериальной терапии. В 1-й и 4-й группах Канефрон® Н в дозе 50 капель или 2 драже 3 раза в день назначали на протяжении 3 мес в качестве профилактического лечения. Во 2-й и 3-й группах пациенты не получали Канефрон® Н ни на одном из этапов исследования. Сроки наблюдения после достижения ремиссии у пациентов с инфекцией нижних мочевыводящих путей составили 3 мес, у пациентов с пиелонефритом – 6 мес.

Было установлено, что назначение Канефрона Н в комплексе с антибактериальными препаратами ускоряет сроки нормализации показателей анализа мочи и устраняет симптомы интоксикации у пациентов с инфекцией нижних и верхних мочевыводящих путей на фоне МС/СД 2 типа. При этом значительно уменьшается частота случаев реинфекции и увеличивается количество пациентов со стойкой ремиссией.

Результаты исследования продемонстрировали сравнимую эффективность профилактического лечения уроантисептиком и препаратом Канефрон® Н у пациентов с инфекцией верхних и нижних мочевыводящих путей на фоне МС/СД 2 типа. Был сделан вывод о том, что Канефрон® Н может быть рекомендован как альтернатива уроантисептику для профилактики обострений инфекций мочевыводящих путей.

Помимо этого, в исследовании было выявлено положительное влияние на уровень протеинурии и мягкое диуретическое действие Канефрона Н. Индивидуальный анализ показателей динамики протеинурии показал, что наибольшее ее снижение наблюдалось у пациентов с микроальбуминурией (менее 300 мг/сут). При этом практически у всех больных с микроальбуминурией до 200 мг/сут отмечалось

ее полное устранение. У пациентов с III стадией диабетической нефропатии (300-500 мг/сут) наблюдалась менее выраженная динамика, а при протеинурии 0,6-0,7 г/сут отмечали наименьший антипротеинурический эффект, что потребовало дополнительного назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Назначение Канефрона Н пациентам с МС/СД 2 типа и сопутствующей микроальбуминурией в течение не менее 3 мес приводило к ликвидации последней либо к достоверному снижению ее уровня. Сохранение протеинурии более 3 мес требует назначения ингибиторов АПФ. Таким образом, данные исследования свидетельствовали, что Канефрон® Н может быть эффективным дополнением к ингибиторам АПФ при наличии микропротеинурии. Возможность его использования у беременных под контролем врача оговорена в разделе «Особые указания» в инструкции для медицинского применения препарата Канефрон® Н (2010 г.). Препарат хорошо переносится, практически лишен побочных действий и может быть рекомендован для длительной терапии.

### Заключение

Приведенный анализ литературных источников позволяет, с одной стороны, осторожно относиться к назначению фитопрепаратов при ХБП, с другой стороны, основываясь на результатах доказательной медицины, рассматривать фитопрепараты как дополнение, а в ряде случаев – как альтернативу фармакологическому лечению. Расширение доказательной базы позволит сформулировать клинические рекомендации для обоснованного использования фитопрепаратов в нефрологии. ■

*Список литературы находится в редакции.*