

Возможности фитотерапии в лечении воспалительных заболеваний мочевыводящих путей

Микробно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей представляют собой серьезную проблему современной медицины. Это связано, с одной стороны, с высокой распространенностью данной патологии: в странах Западной Европы ежегодно регистрируется свыше 10 млн случаев инфекционного поражения органов мочевого выделения, а с другой – с высокой частотой рецидивов и хронизации инфекционного процесса (Т.С. Перепанова).

Сходные данные получены и в США: ежегодно инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей являются причиной 7 млн посещений врача и более 1 млн экстренных обращений за медицинской помощью. В структуре внутрибольничных инфекций эта группа заболеваний составляет 40%. Ежегодно в США на лечение мочевых инфекций тратится около 2 млрд долларов (В.В. Иремашвили, 2008). Около 2/3 всех случаев урологической патологии приходится именно на неспецифические воспалительные поражения мочевыводящей системы, что обуславливает актуальность данной проблемы. Следует отметить, что указанная группа заболеваний у женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Высокий риск развития мочевой инфекции имеет место у лиц пожилого возраста, пациентов с поражением спинного мозга, сахарным диабетом, рассеянным склерозом, приобретенным иммунодефицитом, врожденными аномалиями развития мочевыводящих путей.

В зависимости от локализации инфекционного процесса различают инфекции верхних (пиелонефрит) и нижних (цистит, уретрит) мочевыводящих путей. Заболевание считают неосложненным при возникновении инфекционного воспаления у лиц с нормальным развитием мочевыводящих путей и отсутствием отягощающей урологической патологии (врожденных аномалий развития мочевых путей, камней, катетеров, стентов и т. д.). Под рецидивирующей инфекцией мочевых путей понимают наличие у одного пациента более 3 клинически значимых эпизодов в течение года. Помимо клинически значимого воспалительного процесса, к инфекциям мочевыводящих путей принято относить также бессимптомную бактериурию.

Наиболее частым возбудителем мочевых инфекций является кишечная палочка, реже причинно-значимым фактором выступают другие грамотрицательные микроорганизмы, а также стафилококки и энтерококки, удельный вес которых возрастает при иммунодефицитных состояниях и внутрибольничном инфицировании. Микробные ассоциации регистрируются примерно у 20% больных, наиболее часто встречается ассоциация кишечной палочки с энтерококком. К сожалению, бесконтрольный и бессистемный прием антибактериальных препаратов нередко приводит к заселению мочевых путей полирезистентными штаммами. Это явление особенно опасно в отношении развития внутрибольничной инфекции, так как при поступлении пациента в стационар естественная мочевая флора, присутствующая в норме в мочевых путях, уже в течение 2-3 сут замещается внутрибольничной. Атипичные бактериальные инфекции могут быть вызваны протопластами и L-формами бактерий. При пиелонефрите хроническая

инфекция может поддерживаться протопластами многие годы (О.П. Кузнецова, П.А. Воробьев, С.В. Яковлев, 1997). Известно также, что многие виды патогенных микроорганизмов способны к внутриклеточному факультативному паразитизму в организме хозяина. Так, кишечная палочка может паразитировать в клетках эпителия и макрофагах, образуя внутриклеточные бактериальные сообщества. В данном случае необходимым условием со стороны организма-хозяина является ослабление иммунной защиты, что дает возможность микроорганизмам длительно персистировать в мочевых путях, приводя к рецидивам инфекции.

Сложность санации хронических и рецидивирующих инфекций мочевых путей обусловлена ограниченным проникновением антибактериальных лекарственных средств внутрь клетки, инактивацией антибиотика внутри матрикса, а также различиями в метаболической активности самого микроорганизма: многие антибиотики бессильны против клеток, находящихся в состоянии покоя (Т.С. Перепанова, 2012). Другой проблемой является высокая приспособляемость микроорганизмов, которая обеспечивает селекцию резистентных штаммов не только к отдельным препаратам, но и к целым классам антибактериальных средств.

Из доступных на сегодня противомикробных препаратов приоритетными в лечении острых или обострений хронических инфекций мочевыводящих путей являются фторхинолоны (левофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, цiproфлоксацин), фосфомицин, нитрофураны. При непереносимости или отсутствии эффекта от антибиотиков первого ряда используются цефалоспорины II-III поколения, а также защищенные аминопенициллины. Что касается режима дозирования антибактериальных средств, то в настоящее время не оставляет сомнений тот факт, что наиболее эффективны длительные курсы антибиотикотерапии (до 6-12 мес), позволяющие исключить персистенцию хронической инфекции в мочевых путях. Однако столь длительный прием антибиотиков сопряжен с развитием аллергических реакций, пагубным воздействием на естественную микрофлору пациента, а кроме того, способствует селекции резистентных штаммов. Так, после прекращения поддерживающего лечения антибактериальными препаратами примерно у 60% больных в течение 3-4 мес отмечается рецидив заболевания (Ю.Г. Аляев, А.Г. Амосов, Е.А. Султанова, 2010).

Учитывая сложности, сопровождающие назначение антибиотиков длительными курсами, актуален поиск более безопасных подходов к ведению пациентов данной группы. Возможности врача значительно расширяют комбинированные фитопрепараты. Сегодня известно подавляющее действие фитотерапевтических

средств на персистенцию уропатогенов, таких как *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*. Одна из задач, которую решают фитопрепараты, – стимуляция диуреза и улучшение механизма самоочищения мочевых путей, так как акт мочеиспускания является естественным механизмом защиты от внедрения возбудителей мочевой инфекции. Увеличение диуреза на фоне увеличенного количества выпиваемой жидкости (при хорошей переносимости) относят к числу обязательных мероприятий при лечении мочевой инфекции (Т.С. Перепанова, 2012). Действующими веществами растительных препаратов обычно выступают эфирные масла, флавоноиды, сапонины, производные скантины и гликозиды, которые, помимо диуретического, нередко оказывают противовоспалительный, спазмолитический, антисептический эффекты.

Одним из комбинированных лекарственных фитопрепаратов, представленных на отечественном рынке, является Уронефрон («Фармак»). Препарат выпускается в форме капель, сиропа, геля для перорального приема. Его основу составляют фитозэкстракт шелухи лука, корней пырея, петрушки, любистка; листьев березы, семян пажитника; травы золотарника, хвоща полевого, горца птичьего. Уронефрон показан к применению в комплексной терапии острого и хронического пиелонефрита, цистита у взрослых и детей старше 15 лет, хронического уретрита и простатита, а также для лечения и профилактики мочекаменной болезни, в том числе после хирургического удаления конкрементов.

Мягкое диуретическое действие Уронефрона препятствует адгезии патогенных микроорганизмов на стенках мочевыводящего тракта; кроме того, входящие в состав препарата флавоноиды могут способствовать улучшению кровообращения в почке и стабилизации мембран клубочков, тем самым снижая экскрецию белка с мочой. Семена пажитника и трава золотарника в составе Уронефрона обладают самостоятельной антимикробной активностью: фенолкарболовые кислоты влияют на бактериальный белок, эфирные масла разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и снижают активность аэробного дыхания, флавоны и флавоноиды способны связываться с белками клеточной стенки и разрушать клеточные мембраны бактерий (И.И. Топчий и соавт., 2012). Практикующему врачу необходимо помнить, что Уронефрон не назначают детям младше 15 лет, женщинам в период беременности и лактации, пациентам с острым гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, фосфатным литиазом, нефрозом, нарушением функции почек и сердечной недостаточностью.

На базе ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) проведено исследование

эффективности препарата Уронефрон в комплексной терапии пациентов с обострением хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни (И.И. Топчий, Т.Д. Щербань, П.С. Семеновых, 2012). В исследовании приняли участие 64 пациента в возрасте от 22 до 63 лет. Пациенты, нуждающиеся в хирургическом лечении, в исследование не включались. Контрольную группу составили 30 больных, получавших стандартную этиотропную антибактериальную терапию по поводу обострения хронического пиелонефрита – цiproфлоксацин по 250 мг дважды в день в течение 2 нед. Исследуемую группу составили 34 пациента, получавших этиотропное антибактериальное лечение в комплексе с препаратом Уронефрон по 30 капель трижды в день в период активного инфекционного процесса, а затем – профилактически в течение месяца. Стойкость ремиссии определяли через 3 мес.

По результатам исследования, к 30-му дню лечения в группе дополнительного приема Уронефрона показатель экскреции лейкоцитов с мочой нормализовался практически у всех лиц, в то время как в группе сравнения 17,8% пациентов не достигли ремиссии. Сходные данные получены и в отношении бактериурии, которая в начале исследования отмечалась у всех его участников, а к концу лечения более значимо снижалась в группе Уронефрона. Исходный уровень протеинурии был сопоставим в обеих группах. На фоне проводимого лечения снижения протеинурии удалось добиться у 74,4% больных в контрольной группе и у 94,3% в исследуемой, участники которой получали комплексное лечение (антибиотик и фитопрепарат). Снижения уровня микрогематурии удалось добиться у 68,8% пациентов, принимавших Уронефрон, в то время как в группе контроля таких изменений зафиксировано не было.

За период наблюдения (3 мес) доля больных, не имевших обострений пиелонефрита, составила 68% в группе контроля и 92% в группе, участники которой в дополнение к антибиотикотерапии получали Уронефрон. Приведенные данные свидетельствуют о достоверном снижении частоты рецидивов у пациентов, принимавших Уронефрон в качестве профилактического лечения. Побочных действий и аллергических реакций за время наблюдения отмечено не было. Не зафиксировано также отрицательных эффектов на фоне сочетания препарата Уронефрон с антибактериальным средством. Более того, дополнительное назначение Уронефрона усиливало антимикробное действие базисного препарата.

Таким образом, неспецифические микробно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей составляют актуальную проблему современной медицины. Противорецидивная терапия у таких пациентов требует комплексного подхода, в связи с чем фитотерапия значительно расширяет возможности врача в предупреждении повторных эпизодов инфекции.