



Современное видение возможностей фитотерапии в лечении инфекций мочевыводящих путей и мочекаменной болезни

14 ноября по инициативе компании «Бионорика СЕ» был проведен научный симпозиум, посвященный вопросам диагностики и лечения инфекционных заболеваний мочевыводящей системы и мочекаменной болезни (МКБ). Форум был организован в формате телеконференции, во время которой присутствующие в 13 студиях в разных регионах Украины имели возможность обсудить со спикерами из Германии и Беларуси наиболее актуальные проблемы в профильной области.



Профессор кафедры урологии Мюнхенского технического университета (Германия) Курт Г. Набер представил доклад об альтернативных методах лечения неосложненных инфекций мочевыводящих путей (ИМП). Выступающий отметил, что в настоящее время ИМП представляют серьезную медико-социальную проблему: около

40% женщин на протяжении жизни как минимум один раз сталкиваются с этими заболеваниями, у 20-30% пациентов отмечаются рецидивы инфекции. При этом, по данным различных исследований, наиболее эффективным методом лечения ИМП различных локализаций остается антибиотикотерапия.

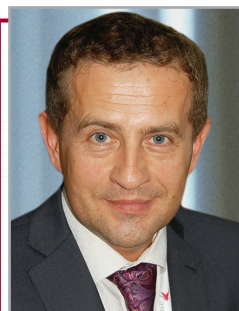
Далее профессор К.Г. Набер перешел к рассмотрению отдельных положений рекомендаций Европейского общества урологов (EAU), касающихся диагностики и лечения ИМП, согласно которым основными возбудителями острого неосложненного цистита у женщин в периоде премепаузы без сопутствующих заболеваний считаются *E. coli* (70-90% случаев), *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, бактерии рода *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus saprophyticus* и др. В лечении таких больных могут использоваться фосфомицин, триметамол, пивмециллин и нитрофурантоин, а при выявлении чувствительности *E. coli* – триметоприм/сульфаметоксазол или фторхинолоны. По словам К.Г. Набера, в контексте лечения ИМП особое значение приобретают вопросы, связанные с антибиотикорезистентностью уропатогенов, стремительный рост которой на протяжении последних десятилетий тесно связан с высокой частотой использования противомикробных средств в медицинской практике. Снижение частоты назначений антибиотиков является необходимым условием предупреждения селекции резистентных штаммов возбудителей. Вместе с тем простого ограничения применения антибиотиков может оказаться недостаточно для преодоления существующей устойчивости возбудителей, о чем убедительно свидетельствует исследование Sundqvist и соавт. (2010), в котором ограничение использования триметоприма на 85% на протяжении 2 лет не привело к повышению чувствительности *E. coli*.

Профессор К.Г. Набер отметил, что клинические и фундаментальные молекулярные исследования полностью изменили представления ученых о бессимптомной бактериурии, сформировавшиеся за последние 50 лет. На сегодняшний день бессимптомная бактериурия чаще всего рассматривается как доброкачественное, а в некоторых случаях и как защитное состояние. В связи с этим в последних рекомендациях EAU были четко определены показания для назначения антибиотикотерапии пациенткам с бессимптомной бактериурией/кандидурией ($>10^5$ КОЕ уропатогенов в 2 посевах мочи, собранных с интервалом >24 ч), предусматривающие необходимость применения антибиотиков у женщин в период беременности, перед предстоящими урологическими (эндоскопическими) вмешательствами, а также у пациенток с трансплантированной почкой. Вместе с тем антибиотикотерапия при бактериурии не показана женщинам в период пре- и постменопаузы, больным с постоянным катетером, стентом и пациенткам с сахарным диабетом. В частности, по данным Harding и соавт. (2002), эффективность антибиотикотерапии бессимптомной бактериурии у женщин с сахарным диабетом

сопоставима с таковой плацебо. Кроме того, лечение бессимптомной бактериурии не должно проводиться у больных с рецидивирующими ИМП, поскольку оно способствует увеличению частоты повторных эпизодов заболевания (Cai et al., 2012). Также К.Г. Набер представил интересные данные относительно эффективности антибактериальной терапии острого неосложненного цистита, согласно которым частота достижения больными первичной конечной точки (купирование дизурических расстройств и болей при мочеиспускании) на фоне приема ципрофлоксацина в режиме монотерапии длительностью 3 дня была сопоставима с таковой при использовании ибупрофена (J. Bleidorn et al., 2010).

После этого докладчик перешел к рассмотрению возможности использования фитосредств, в частности препарата Канефрон® Н, в лечении и профилактике неосложненных ИМП, указав на то, что в последних исследованиях *in vitro* Канефрон® Н (100 мкг/мл) продемонстрировал способность на 61% ингибировать адгезию *E. coli* к клеткам мочевого пузыря. В аналогичных условиях Канефрон® Н полностью подавлял активность рекомбинантной человеческой 5-липоксигеназы, а при увеличении концентрации препарата до 400 мкг/мл на 96% угнетал высвобождение из селезеночных моноцитов интерлейкина-1 β , индуцированного зимозаном. В то же время в экспериментальных исследованиях было показано противовоспалительное действие Канефрона Н: в концентрации 250 мг/кг он значительно уменьшал выраженность индуцированного отека конечности у крыс.

Профессор К.Г. Набер представил результаты открытого нерандомизированного многоцентрового исследования, проведенного в клиниках Украины и Германии (n=125), по изучению безопасности и эффективности Канефрона Н в лечении неосложненных ИМП. Согласно результатам испытания, назначение Канефрона Н в режиме монотерапии с 1-го по 7-й день заболевания привело к значительному снижению выраженности дизурии, частоты и ургентности мочеиспусканий, уменьшившихся в дальнейшем на протяжении всего периода наблюдения (37 дней). В целом при использовании Канефрона Н положительного ответа на лечение к 7-му дню терапии удалось достигнуть у 71,2% пациентов, необходимость в назначении антибиотика в течение этого периода возникла всего в 2,4% случаев, рецидивов ИМП за время наблюдения не зарегистрировано. Полученные результаты свидетельствуют о том, что Канефрон® Н может рассматриваться как эффективное средство монотерапии неосложненных ИМП, в частности цистита.



Темой доклада профессора кафедры урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования (г. Минск), доктора медицинских наук Вячеслава Ивановича Вошулы стала метафилактика МКБ *in vivo* и *in vitro*. По его словам, актуальность проблемы МКБ связана не только с высокой распространенностью данной патологии в популяции, но и с ее склонностью к рецидивированию. Так, многочисленные клинические исследования, проведенные в период с 1963 по 1999 год, показали, что спустя 12 мес после обнаружения камня рецидив патологии возникает у 11% пациентов, через 5 лет – у 30% больных и через 10 лет – у 45% людей. При этом наблюдается тенденция к росту как общей,

так и первичной заболеваемости МКБ, в том числе в группе лиц молодого возраста. В частности, в Республике Беларусь за последние 17 лет эти показатели увеличились вдвое. Согласно наблюдению H.J. Schneider (1985), чаще всего повторные эпизоды заболевания встречаются у пациентов с конкрементами из дигидрата мочевой кислоты (вероятность рецидива 65%), цистина (64%), брусита (62%), мочевой кислоты (58%), урата аммония (53%).

Профессор В.И. Вошула подчеркнул, что особенности течения МКБ диктуют необходимость применения комплексного подхода к лечению пациентов, направленного не только на удаление уже сформированного конкремента, но и на предупреждение подобных нарушений в будущем. В связи с этим в последние годы особую популярность приобрела концепция метафилактики МКБ – комплекса мероприятий, направленных на профилактику рецидивов камнеобразования.

Докладчик остановился на результатах исследований, организованных с целью изучения процессов образования камней различных типов *in vitro*, которые позволили детализировать патогенез МКБ и разработать эффективные подходы к лечению и метафилактике этого заболевания. В соответствии с полученными данными предупредить образование камней из оксалата кальция можно за счет ограничения суточного потребления белка до 0,8 г/кг и продуктов, содержащих щавелевую кислоту (шоколада, шпината, шавеля, клюквы и др.), параллельно увеличив содержание в рационе магния. При наличии у больного конкрементов из фосфата кальция рекомендуется уменьшить поступление в организм фосфатов, повысить pH мочи; пуринов – снизить концентрацию мочевой кислоты и повысить pH мочи; уратов – снизить уровень мочевой кислоты и pH мочи. В свою очередь, при струвитных камнях усилия должны быть направлены на борьбу с инфекцией и подкисление мочи, при цистинных камнях – на уменьшение концентрации цистина в сочетании с ощелачиванием мочи. Кроме того, независимо от типа камня всем больным рекомендуется употреблять больше жидкости и при необходимости принимать препараты со слабым мочегонным действием для увеличения суточного объема мочи. Таким образом, увеличение объема мочи (плотность не должна превышать 1015) и прием препаратов, содержащих магний, медь и цинк, могут быть отнесены к универсальным мерам профилактики рецидива МКБ. Оптимальная длительность соблюдения рекомендаций по коррекции рациона в рамках метафилактики уролитиаза составляет 1 год, а продолжительность курсов фармако- и фитотерапии зависит от анамнеза и выраженности биохимических нарушений.

Особое внимание профессор В.И. Вошула уделил роли фитопрепаратов, в частности препарата Канефрон® Н, обладающего спазмолитическим, противовоспалительным, антиоксидантным, диуретическим и противомикробным действием, подтвержденным в многочисленных клинических исследованиях, в метафилактике МКБ. Так, Канефрон® Н проявлял спазмолитическую активность в отношении гладкомышечной ткани мочевого пузыря человека в исследовании *ex vivo*, а также увеличивал частоту спонтанного отхождения конкрементов при их локализации в почке эффективнее на 54%, чем в контрольной группе, в верхней трети мочеточника – на 47,5%, в его средней части – на 40%, в нижней трети – на 8% (E. Seban, 2012). Кроме того, согласно результатам исследований, проведенных на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования и ГУ «Институт урологии НАМН Украины», назначение этого препарата на 14 дней больным с МКБ ассоциировалось с подавлением патологической кристаллизации мочи, а также на 19% уменьшало частоту рецидивов заболевания спустя 1 год лечения по сравнению с соответствующим показателем на фоне стационарной диетотерапии.

Подготовил Антон Пройдак