



Bionorica®

Запалення сечових шляхів? Камені нирок?

Канефрон® Н



- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- потенціювання протизапальної терапії⁴



ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Розкриваючи силу рослин

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. **Показання.** Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні нефекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

Канефрон® Н Таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016, **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. 2 - Кравченко Н.Ф., Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Современ. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар Т.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я людини, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua



Трава золототисячнику



Корінь любистку



Листя розмарину

Применение препарата Канефрон® Н при мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь (МКБ) – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и/или экзогенными причинами, нередко носящая наследственный характер, характеризующаяся образованием камней в мочевыводящей системе. Минувшие три десятилетия ознаменовались значительными шагами в развитии диагностики и лечения МКБ. Выявлены и изучены многочисленные факторы риска данного заболевания. В клиническую практику внедрены высокотехнологичные, высокоэффективные и в то же время малоинвазивные методы дезинтеграции камней.

С появлением мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) определение числа и локализации камней не представляет трудностей вне зависимости от их химического и фазового состава [1, 2]. Однако поток пациентов, страдающих МКБ, не становится меньше. Причина этого, казалось бы, парадоксального явления достаточно проста – отсутствие преемственности между стационарной и амбулаторной урологическими службами, а также четких и эффективных рекомендаций по профилактике рецидивного камнеобразования [4].

МКБ довольно широко распространена, и во многих странах мира отмечена тенденция к росту заболеваемости населения. Вероятнее всего, это связано с изменением питания, малоподвижным образом жизни, воздействием разнообразных неблагоприятных экологических факторов. По встречаемости среди урологических болезней нефролитиаз занимает 2-е место после инфекций мочевых путей. МКБ выявляется в любом возрасте, наиболее часто – в трудоспособном (20-55 лет), однако может встречаться и у детей.

Несмотря на большую вариацию выявляемых компонентов мочевых камней, по химическому составу все они объединены в три основные группы:

- уратные (камни, состоящие из солей мочевой кислоты);
- кальций-оксалатные;
- фосфатные.

Камни при МКБ могут локализоваться во всех отделах мочевыделительной системы: в чашечках и лоханках почек, мочеточниках, мочевом пузыре и мочеиспускательном канале. Чаще заболевание носит односторонний характер, однако возможно появление камней с обеих сторон. Камни в почках или мочевых путях могут быть единичными и множественными. Размеры камней также могут варьировать от 1 мм до нескольких сантиметров. Примерно у 30% больных камни образуются повторно, и болезнь принимает рецидивирующий характер.

В настоящее время причина образования камней до конца не установлена. МКБ может развиваться вследствие наследственной предрасположенности. Однако важную роль играют дополнительные факторы – климатические и географические условия места проживания человека, особенности питания, некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

Развитию МКБ может способствовать комплекс внешних и внутренних причин:

- внешние – особенности питания, физико-химические свойства воды, вредные условия труда, малоподвижный образ жизни, недостаток в пище витамина А и витаминов группы В, применение некоторых лекарств (сульфаниламиды), избыточное употребление аскорбиновой кислоты – витамина С;
- внутренние – аномалии развития почек и мочевых путей, инфекции мочевых путей, дефицит какого-либо из ферментов, приводящий к нарушению нормального обмена веществ, заболевания желудочно-кишечного тракта, длительное состояние неподвижности (иммобилизация при переломах).

Боль – наиболее частое проявление МКБ. Она может быть постоянной или интермиттирующей,

тупой либо острой. Локализация и иррадиация боли зависят от местонахождения и размера камня. Большие камни лоханки и кораллоподобные камни почки малоподвижны и вызывают тупую боль, чаще постоянную, в поясничной области. Для МКБ характерна связь болей с движением, тряской ездой, тяжелой физической нагрузкой. Для небольших камней наиболее характерны приступы почечной колики, что связано с их миграцией и резким нарушением оттока мочи из чашечек и/или лоханки. Боли из поясничной области часто иррадируют по ходу мочеточника, в подвздошную область. При продвижении камня в нижнюю треть мочеточника меняется иррадиация болей: они начинают распространяться ниже, в паховую область, в яичко, головку полового члена у мужчин и в половые губы у женщин. Появляются резкие позывы к мочеиспусканию и учащенное мочеиспускание.

Почечная колика, вызванная камнем, возникает внезапно после тряской езды, обильного приема жидкости, алкоголя, но иногда и на фоне полного благополучия. Больные непрерывно меняют положение, нередко стонут и даже вскрикивают. Такое характерное поведение больного часто позволяет установить диагноз «на расстоянии». Боли продолжаются иногда по несколько часов и даже дней, периодически стихая. Причиной почечной колики является внезапное прекращение оттока мочи из чашечек и/или лоханки, вызванное окклюзией верхних мочевых путей камнем. Нарушение оттока мочи приводит к переполнению и перерастяжению чашечек и/или лоханки мочой, повышению внутрилоханочного давления, что, в свою очередь, вызывает раздражение рецепторов чувствительных нервов ворот и фиброзной капсулы почки. Боль возникает и нарастает вследствие нарушения микроциркуляции в почке и развивающейся гипоксии почечной ткани и нервных сплетений, иннервирующих почку. Достаточно часто приступ почечной колики может сопровождаться ознобом, повышением температуры тела, лейкоцитозом, что обусловлено пиеловенозным и пиелотубулярным рефлюксом. Зачастую одновременно с почечной коликой у больных появляются тошнота, рвота, метеоризм, напряжение мышц брюшной стенки, рефлекторный парез кишечника, симулирующие картину острого живота.

Отхождение камня можно считать патогномичным признаком МКБ. Как правило, небольшие камни (до 0,5-0,6 см) способны к самостоятельному отхождению, однако при снижении тонуса и уродинамики верхних мочевых путей (аномалии развития, стриктуры, девиации и т. д.) отхождение камня может быть затруднено или становится невозможным. В диагностике МКБ используют лабораторные и визуализирующие методы исследования.

Лабораторные методы исследования включают в себя:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (определение уровня калия, кальция, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, натрия, неорганического фосфора в сыворотке крови);
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ мочи (определение уровня калия, кальция, мочевой кислоты, натрия, оксалатов);

- рН-метрию мочи утром, днем и вечером при обычном для данного пациента режиме и рационе питания в течение нескольких дней (при планируемом в дальнейшем литолизе);

- бактериологическое исследование мочи;
- пробу Реберга;
- анализ состава мочевых камней.

Все камни, отошедшие самостоятельно или удаленные тем или иным способом, должны быть подвергнуты химическому анализу, что дополнит данные о характере обменных нарушений и позволит выработать адекватную тактику медикаментозного воздействия с целью профилактики рецидива камнеобразования.

Из инструментальных методов обследования необходимые:

- УЗИ почек (оценивается расположение камня, его размеры, толщина паренхимы почки, состояние чашечно-лоханочной системы);
- обзорная рентгенография органов мочевой системы;
- экскреторная урография;
- радиоизотопное исследование функции почек;
- компьютерная томография.

При выявлении по данным лабораторного исследования следующей триады – гиперкальциемия, гипофосфатемия и гиперкальциурия – пациенту показано эндокринологическое обследование для исключения гиперпаратиреоза. При двухстороннем уролитиазе или быстро рецидивирующем камнеобразовании (в течение нескольких месяцев) в отсутствие указанного выше комплекса метаболических нарушений пациенту также показано эндокринологическое обследование для выяснения состояния паращитовидных желез.

В случае подозрения на почечный канальцевый ацидоз проводят пробу с хлористым аммонием.

Избавление от камня является основным этапом лечения пациента, страдающего МКБ. Появление в последние годы новых, высокотехнологичных методов лечения мочекаменной болезни, таких как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), перкутанная и контактная литотрипсия, позволяет значительно уменьшить размеры камня, однако оставшиеся мелкие фрагменты конкремента должны отойти самостоятельно. В этой связи возрастает роль литокINETической терапии, призванной обеспечить эвакуацию мелких конкрементов из почек и верхних мочевых путей.

Кроме того, удаление камня лишь создает условия для улучшения уродинамики и терапии воспалительного процесса в мочевых путях, но не оказывает воздействия на метаболические процессы, происходящие в организме больного. Поэтому становится очевидной необходимость проведения динамической послеоперационной метафилактики рецидива МКБ, которая в конечном итоге определяет эффективность лечения. Результат любого оперативного вмешательства может быть сведен на нет, если после выписки из стационара лечение и наблюдение за больным не продолжатся в течение длительного времени [4].

В качестве составляющей части литокINETической терапии и средства метафилактики хорошо зарекомендовал себя растительный препарат Канефрон® Н (Bionorica, Германия).

Канефрон® Н – комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaurium umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек,

обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии.

Различные виды действия Канефрона Н обусловлены входящими в его состав эфирными маслами, фенолкарболовыми кислотами, фталидами, горечами. Преимуществом препарата является сочетание противовоспалительного и противомикробного эффектов, что особенно ценно при наличии хронических воспалительных процессов в мочевых путях, сопровождающих в своем большинстве течение МКБ. Выделение органических фенолкарболовых кислот и их глюкуронидированных и сульфатированных метаболитов с мочой ведет к изменению показателя ее рН, что препятствует росту бактерий. Кроме того, Канефрон® Н усиливает выведение солей мочевой кислоты, и это действие лишь отчасти связано с мочегонным эффектом и довольно специфично. Усиление выведения мочевой кислоты препятствует выпадению в мочевых путях кристаллов, росту имеющихся и формированию новых конкрементов. Изменение рН мочи до 6,2-6,8 также препятствует уратному камнеобразованию. Общеизвестно, что необходимым условием поддержания солей в растворенном виде является концентрация водородных ионов, показателем которой является рН мочи. Нормальное значение рН=6,2-6,4 обеспечивает стабильное коллоидное состояние мочи.

По мнению многих авторов, среди причин, вызывающих нарушение почечных функций, важную роль играют врожденные или приобретенные ферментопатии, при которых происходит поражение дистальных и проксимальных канальцев (тубулопатии), врожденные пороки анатомического развития мочевых путей, приводящие к образованию и выделению неполноценной по своему составу мочи и играющие важную роль в камнеобразовании. Наиболее распространенными тубулопатиями, способствующими камнеобразованию, являются оксалурия, уратурия, цистинурия, аминокислотурия, галактоземия, фруктоземия. Фармакологически доказано действие Канефрона Н на тубулярный аппарат почки. Проведенные исследования четко показывают, что выделение белка с мочой из-за ранее перенесенных патологических процессов, повреждающих тубулярный аппарат, резко снижается. Вышеперечисленный комплекс фармакологических эффектов обуславливает широкое применение препарата Канефрон® Н в урологической практике.

В Урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова имеется опыт применения Канефрона Н после ДУВЛ с целью ускорения отхождения осколков дезинтегрированного конкремента, а также для профилактики рецидивов МКБ [3, 5-7]. Было обследовано 79 пациентов с МКБ: часть из них была включена в группу Канефрона Н (основная группа) и часть – в контрольную группу. Группу Канефрона Н составили 45 пациентов (27 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 29 до 55 лет. Длительность заболевания у большинства больных составляла в среднем 3-5 лет. При обследовании у всех пациентов были выявлены камни почек или мочеточников (табл. 1).

Контрольную группу составили 34 пациента (19 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 34 до 62 лет. Длительность заболевания у большинства больных составляла в среднем 2-4 года. При обследовании у всех пациентов были выявлены камни в почках или мочеточниках (табл. 2).

Локализация камней	Число больных	Средний размер камней, мм
Группа А: камни почек	22	7,4
Группа В: камни верхней трети мочеточника	7	3,2
Группа С: камни средней трети мочеточника	6	2,6
Группа D: камни нижней части мочеточника	10	2,1

При обследовании пациентов как основной, так и контрольной группы обращалось внимание на лейкоцитурию, значение рН мочи, суточный диурез.

В основной группе лейкоцитурия была выявлена у 29 (64,4%) больных, в контрольной группе – у 15 (44,1%) больных. Значение рН мочи в основной и контрольной группах в среднем составляло 5,7, суточный диурез – 1300 мл.

Всем пациентам была выполнена ДУВЛ. Пациентам основной группы в составе медикаментозной терапии назначался Канефрон® Н по 2 драже 3 раза в сутки. Пациентам контрольной группы проводилась спазмолитическая и противовоспалительная терапия без назначения Канефрона Н.

Критериями оценки эффективности препарата Канефрон® Н служили сроки отхождения дезинтегрированных конкрементов после ДУВЛ, снижение лейкоцитурии, увеличение суточного диуреза, нормализация рН мочи.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых 5 сут после ДУВЛ в группе А (n=22) произошло у 16 (72,7%) больных, тогда как в группе А1 (n=12) – у 4 (33,3%) пациентов. 2 пациентам из группы А и 3 пациентам из группы А1 потребовался повторный сеанс ДУВЛ.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых 5 сут после ДУВЛ в группе В (n=7) произошло у 5 (71,4%) больных, тогда как в группе В1 (n=8) – у 3 (37,5%) пациентов. 1 пациенту из группы В1 потребовался повторный сеанс ДУВЛ.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых 5 сут после ДУВЛ в группе С (n=6) произошло у 4 (66,6%) больных, тогда как в группе С1 (n=5) – у 2 (40%) пациентов.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых 5 сут после ДУВЛ в группе D (n=10) произошло у 9 (90%) больных, тогда как в группе D1 (n=9) – у 5 (55,5%) пациентов.

Таким образом, очевидно, что применение Канефрона Н в составе комплексной терапии после ДУВЛ ускоряет отхождение осколков конкрементов из мочевых путей независимо от уровня их исходной локализации. По-видимому, это обусловлено комплексным спазмолитическим и диуретическим эффектом препарата, а также его антимикробным и противовоспалительным действием, вследствие которого уменьшались воспалительные изменения слизистой оболочки мочевых путей.

Данную гипотезу подтверждает тот факт, что исчезновение лейкоцитурии на 7-е сутки в основной группе отмечено у 27 (93,1%) пациентов, тогда как в контрольной группе – всего у 7 (46,6%).

В группе Канефрона Н повышения количества лейкоцитов в контрольных анализах мочи не наблюдалось; уровень рН мочи поддерживался в диапазоне 6,2-6,8; суточный диурез увеличился до 2-2,5 л.

Признаков непереносимости, побочных эффектов и осложнений при приеме препарата Канефрон® Н не отмечено ни у одного пациента.

Таким образом, анализ проведенного исследования позволяет рассматривать препарат Канефрон® Н как эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения больных с МКБ, включая пациентов, перенесших ДУВЛ.

В исследование эффективности применения Канефрона Н для метафилактики рецидивного камнеобразования были включены 2 группы –

Локализация камней	Число больных	Средний размер камней, мм
Группа А1: камни почек	12	8,1
Группа В1: камни верхней трети мочеточника	8	2,8
Группа С1: камни средней трети мочеточника	5	3,1
Группа D1: камни нижней части мочеточника	9	3,6

основная (n=35, 20 мужчин и 15 женщин) и контрольная (n=25, 15 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 31 года до 68 лет после малоинвазивных оперативных вмешательств [4]. В каждой группе было сформировано по 4 подгруппы, в которые распределялись больные с различными изменениями в биохимическом анализе крови и суточном анализе мочи. Распределение больных по подгруппам представлено в таблице 3.

Препарат	Биохимические изменения	Группы больных	
		Основная	Контрольная
1-я п/группа	Гиперкальциурия	13	4
2-я п/группа	Гиперурикурия	9	4
3-я п/группа	Гиперурикемия + Гиперкальциурия	8	4
4-я п/группа	рН>7, гиперфосфатурия	5	3

Всем больным проводилась специальная (медикаментозная) метафилактика МКБ в зависимости от выявленных метаболических изменений. Пациенты основной группы дополнительно принимали Канефрон® Н по 2 драже (50 капель) 3 р/сут не менее 3 месяцев. На фоне проведенной терапии выявлено снижение уровня кальция и мочевой кислоты в моче, стабилизация рН мочи на уровне 6,2-6,8; кроме того, отмечено уменьшение доз применяемых медикаментозных препаратов, стабилизация рН на требуемом уровне. Результаты контрольных анализов крови и мочи представлены в таблице 4.

1-я группа	В моче снижение уровня Са до 50%, в сыворотке крови изменения уровня Са не отмечено
2-я группа	В моче снижение уровня мочевой кислоты с 0,6±0,42 до 0,36±0,07, рН повысился с 5,2±0,5 до 6,3±0,7
3-я группа	Нормализация уровня Са и мочевой кислоты в моче, стабилизация рН на уровне 6,2-6,8
4-я группа	Нормализация уровня Са и мочевой кислоты в моче, стабилизация рН на уровне 6,2-6,8

При продолжении приема Канефрона Н до 6 мес во всех группах рН и концентрация камнеобразующих веществ в моче сохранялись в пределах нормальных значений.

Таким образом, применение препарата Канефрон® Н имеет большие перспективы в комплексной динамической метафилактике МКБ. Препарат не только повышает эффективность первичной медикаментозной терапии, но и способствует достижению более длительной ремиссии заболевания.

Литература

- Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Газимиев М.А. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике. – М.: Р. Валент, 2001.
- Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения.
- Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // Врач. – № 6. – 2000. – С. 36.
- Амосов А.В., Аляев Ю.Г., Саенко В.С. Растительный препарат Канефрон Н в послеоперационной метафилактике мочекаменной болезни.
- Калинина С.Н., Александров В.П., Тиктинский О.Л., Кореньков Д.Г. Канефрон в лечении больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств: Материалы научных трудов VII Международного конгресса урологов. – Харьков, 1999. – С. 213-214.
- Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Александров В.П. и соавт. Лечение больных с мочекаменной болезнью (МКБ) Канефроном Н в комбинации с вобензимом при ДЛТ // Материалы пленума правления Российского общества урологов, Сочи, 28-30 апреля 2003 г. – М., 2003. – С. 156-157.
- Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // Лечащий врач. – № 6. – 1999. – С. 38-39.