






Bionorica®

Запалення сечових шляхів?  
Камені нирок?

# Канефрон® Н



-  німецька якість фітопрепарату
-  значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів<sup>1-3</sup>
-  потенціювання протизапальної терапії<sup>4</sup>



**ПАНАЦЕЯ  
ПРЕПАРАТ  
РОКУ 2012**

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 неінфекційні 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. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. **4** - Дудар І.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. Здоровье мужчины, 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

Розкриваючи силу рослин



# Инфекции мочевых путей в рутинной клинической практике: в фокусе эффективный и безопасный менеджмент

Сегодня медицинское сообщество Украины стоит на пороге больших перемен. В то время как организационные и экономические аспекты функционирования реформированной системы здравоохранения все еще являются предметом дискуссий, необходимость интеграции отечественной клинической практики в плоскость доказательной медицины уже ни у кого не вызывает сомнений. Вместе с новыми клиническими протоколами и европейскими рекомендациями в жизни украинских врачей появились интересные научно-образовательные мероприятия, помогающие интегрировать лучший мировой опыт в реалии нашей страны. Примером подобного нового формата стали организованные при содействии фармацевтической компании «Бионорика СЕ» (Германия) «Майские чтения», посвященные проблеме эффективного менеджмента инфекций мочевых путей (ИМП). Модератором конференции выступил заведующий кафедрой нефрологии и почечнозаместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов.

Особенностью конференции, состоявшейся 19 мая в столице, стал междисциплинарный подход. Участники смогли услышать мнения практикующих урологов, нефрологов, фармакологов, микробиологов и др., что позволило раскрыть проблему ведения пациентов с ИМП с разных сторон.



Научную часть мероприятия докладом «Сравнительное влияние на микробиом: антибиотики против фитотерапии» открыл специальный гость конференции, профессор клинической микробиологии и гигиены Университетской клиники г. Регенсбурга (Германия) Андре Гэсснер.

В своем выступлении профессор А. Гэсснер отметил, что микробиом в своем современном определении есть нечто большее, чем совокупность бактерий макроорганизма, поскольку также включает вирусы, грибы и простейшие. Различные качественные и количественные изменения микробиома человека ассоциируются с повышенным риском развития различной патологии: иммунологических (Hill D. A., Abt M. C. et al., 2012), сердечно-сосудистых (Wang Z., Klipfelt E. et al., 2011), метаболических, системных (Berer K., Mues M. et al., 2011) и даже онкологических (Schwabe, Jobin, 2015) заболеваний. Одной из наиболее распространенных причин серьезных изменений в человеческом микробиоме является применение антибиотиков. Необоснованный прием этих препаратов не только пагубно сказывается на составе и функциях микробиома, но и способствует селекции антибиотикорезистентности, ставшей глобальной проблемой современности. Профессор А. Гэсснер подчеркнул, что каждое назначение антибактериального препарата должно быть строго взвешенным и обоснованным. В этой связи необходимостью является и использование более безопасных, но вместе с тем не менее эффективных методов лечения, например при неосложненных ИМП. К таким методам можно отнести политаргетную терапию комбинированным фитопрепаратом, содержащим специальный экстракт из листьев розмарина (*Rosmarinus officinalis*), травы золототысячника (*Centaureum erythraea*) и корня любистка (*Levisticum officinale*). В отличие от антибактериальных средств Канефрон® Н практически не влияет на количественный и качественный состав микробиома человека, при этом в исследованиях и на практике демонстрирует высокую эффективность в лечении неосложненных ИМП.



Профессор Д.Д. Иванов посвятил свой доклад дискуссионному и крайне актуальному сегодня вопросу терапии бессимптомной бактериурии (ББУ). Он напомнил, что в соответствии с классификацией Европейской ассоциации урологов (EAU) 2018 года ИМП подразделяются на осложненные и неосложненные. Согласно рекомендациям EAU, наиболее частыми неосложненными патологическими состояниями являются цистит, пиелонефрит, а также рецидивирующие ИМП. Отдельную проблему составляет ББУ, определяющаяся как наличие в анализе мочи характерных для ИМП изменений при отсутствии каких-либо клинических проявлений. Лабораторные критерии ББУ – наличие в моче  $\geq 10^5$  КОЕ патогенов в двух разных культурах, взятых с интервалом не менее 24 ч, а также лейкоцитурия  $\geq 10/\text{мм}^3$ . Как указано в рекомендациях EAU 2018, бактериологический посев мочи при ИМП следует рекомендовать только при пиелонефрите и осложненных инфекциях. Оба патологических состояния в подавляющем большинстве случаев сопровождаются развернутой клинической картиной, именно поэтому изменения воспалительного характера в моче в отсутствие жалоб и симптомов являются, как правило, случайной находкой. Тем не менее долгие годы врачи относились к ББУ как к достаточно опасному состоянию, требующему антибиотикотерапии и детального поиска очага воспаления. В последние годы произошло изменение парадигмы в тактике ведения пациентов с ББУ. Клинические и фундаментальные исследования последних лет полностью изменили представления о природе ББУ. Сейчас она считается в целом доброкачественным состоянием, а иногда трактуется и как проявление защитной реакции организма. F. Wagenlehner и соавт. (2012) отмечают, что стандартом менеджмента ББУ должен стать отказ от лечения, особенно если речь идет о молодых женщинах с рецидивирующими ИМП. При этом сопровождение антибиотиком требуется в случае выявления ББУ у беременных, а также у пациентов, которым планируется инвазивное вмешательство на мочевых путях.

Последние годы также ознаменовались пониманием того, что мысль о стерильности мочевого пузыря (МП) ошибочна. Собственный микробиом МП не только играет важнейшую роль в формировании и поддержании напряженности местного иммунитета, но также препятствует колонизации слизистой

оболочки патогенными микроорганизмами. При этом сегодня доказано, что антибиотикотерапия негативно отражается на количественном и качественном составе микробиома МП и препятствует симбиозу микро- и макроорганизмов.

Недавние клинические исследования показали, что ББУ может представлять собой защитную реакцию от суперинфекции симптоматической ИМП. Именно поэтому лечение следует проводить только в случаях высоковероятной пользы для пациента; этот подход способствует профилактике развития антибиотикорезистентности. Таким образом, лечение ББУ не показано у небеременных, пациентов с сахарным диабетом, лиц контингента домов престарелых, больных с повреждением спинного мозга, а также в случаях ИМП, в ведении которых используются стерильные катетеры.

Соответственно, лечение ББУ следует проводить у беременных и пациентов перед выполнением инвазивных урологических процедур.

При наличии показаний и в соответствии с клинической ситуацией в качестве лечения ББУ руководство EAU 2018 рекомендует использование фосфомицина (3 г однократно), или нитрофурантоина микрокристаллического (5-100 мг 4 р/сут на протяжении 5 дней), или пивмециллинама (200 мг 2 р/сут 3-5 дней). В качестве альтернативных вариантов могут быть рассмотрены цефалоспорины (3 дня), а также препараты на основе триметоприма (в том числе с сульфометаксозолом) длительностью 3-7 дней при известной локальной резистентности (к кишечной палочке <20%).

Также в качестве альтернативной терапии ББУ может быть рассмотрено назначение препарата Канефрон® Н. Его преимущество в лечении ББУ заключается в доказанном комплексном, в том числе антиадгезивном, эффекте по отношению к кишечной палочке. Этим обусловлена эффективность монотерапии Канефроном Н неосложненных циститов, показанная в рандомизированном многоцентровом исследовании CanUTI 1.



Заведующий кафедрой клинической фармакологии и клинической фармации Национального фармацевтического университета (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Игорь Альбертович Зупанец представил доклад на тему «Бренды и дженерики в фитотерапии: возможности выбора».

По данным выступающего, в 2017 г. только 4,8% лекарственных средств, реализованных на территории нашей страны, являлись оригинальными. К сожалению, не все дженерики, продающиеся в Украине, могут считаться такими в полной мере. Однако даже в идеальных условиях, когда на рынок попадают только качественные дженерики, выбор иногда попросту невозможен ввиду отсутствия альтернативного препарата.

Так, нет и по определению не может быть дженериков у фитониринговых препаратов, как не существует точных копий марочных вин. Это объясняется

Продолжение на стр. 70.

## Инфекции мочевых путей в рутинной клинической практике: в фокусе эффективный и безопасный менеджмент

Продолжение. Начало на стр. 69.

тем, что выпуск фитосимиларов – гораздо более трудоемкий процесс, чем производство биосимиларов, поскольку конечные свойства первых определяются не только синтезом химической молекулы, но и прежде всего качеством сырья, особенностями процесса производства. Производство фитониринговых препаратов осуществляется в соответствии с четко разработанной стратегией. Концепция фитониринга предполагает культивацию растений строго определенных подвидов на контролируемых плантациях с неизменным составом активных веществ, что гарантирует результативность и прогнозируемость лечения, так как в состав каждой готовой таблетки и каждого готового миллилитра раствора, сиропа или настойки входит абсолютно точное количество активных компонентов. Полная технологичность с четким соблюдением стадийности и всех условий процесса обеспечивает высочайшее качество сырья и экстрактов. Производство готовых лекарственных форм в соответствии с принципами надлежащей производственной практики гарантирует безопасность и точность последующего лечения. И конечно же, обязательной составляющей стратегии фитониринга является научное обоснование, подкрепленное обширной доказательной базой и многочисленными публикациями. Важно подчеркнуть, что все научные доказательства эффективности и безопасности использования фитониринговых продуктов относятся только к конкретным препаратам и ни в коем случае не могут быть экстраполированы на другие растительные средства, содержащие растения тех же ботанических видов. Данные продукты могут быть обозначены термином «симиляр» (подобный). Симиляр гарантирует подобие свойств продуктов, но никак не их идентичность (как, например, разные сорта чая, созданные на основе одного и того же ботанического вида *Camelia tea*). Следовательно, генериков у препаратов компании «Бионорика СЕ» не существует, в том числе у Канефрона Н. Подтверждением этому могут стать результаты наших недавних исследований, которые показали существенную разницу в дисперсности и растворимости, пропорциях растительных компонентов и вспомогательных веществ в составе препарата Канефрон® Н таблетки и отечественного симиляра в форме капсул. Предклинические исследования показали, что одинаковый противовоспалительный и спазмолитический эффект достигается в 2 раза меньшими концентрациями Канефрона Н по сравнению с симиляром. Таким образом, научные данные, накопленные для препарата Канефрон® Н, не могут быть экстраполированы на симиляры. Каждому из них необходимо формировать собственную базу данных, основанную на результатах исследования именно данного препарата.

Точность состава, прогнозируемость эффектов и безопасность обеспечили препарату Канефрон® Н место в клинических рекомендациях, созданных в соответствии с принципами доказательной медицины.

Современным подходам к менеджменту мочекаменной болезни (МКБ) уделил особое внимание в своем докладе **заведующий кафедрой урологии**



**и нефрологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (г. Минск), доктор медицинских наук Дмитрий Михайлович Ниткин.** Он напомнил, что МКБ представляет собой полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание. Формирование и рост конкрементов в мочевыводящей системе является результатом нарушения обменных процессов в организме, наличия морфологических аномалий, а также персистирующего инфекционно-воспалительного процесса мочевых путей.

Больные нефролитиазом составляют до 40% пациентов урологических стационаров. На сегодня в Республике Беларусь (РБ) уровень общей заболеваемости уролитиазом – 460-470 случаев на 100 тыс. населения. Если говорить о МКБ, то наибольшее беспокойство врачей и пациентов вызывает высокий риск развития рецидивов. Так, среднее время до возникновения рецидива МКБ у каждого второго пациента составляет  $8,8 \pm 1,2$  года. К основным факторам, способствующим рецидивированию МКБ, относят наличие резидуальных фрагментов после дезинтеграции камней, метаболические расстройства, наличие очагов инфекции, а также нарушения уродинамики. Именно по причине частых рецидивов терапевтическая концепция МКБ в настоящее время направлена на устранение причины, а не симптомов и проявлений болезни. Начинать ведение пациента с МКБ следует с выявления возможных метаболических нарушений. С этой целью необходимы лабораторные исследования мочи и крови, а также тщательный анализ камней. Докладчик сообщил о результатах собственного исследования, в рамках которого был проведен качественный анализ 494 образцов мочевых камней пациентов из всех регионов РБ и были определены метаболические нарушения, сопряженные с тем или иным типом камня.

Зная тип камня и особенности метаболических нарушений, можно назначать специфическую вторичную профилактику МКБ. Вместе с тем не стоит забывать и о неспецифических методах, к которым относятся нормализация массы тела, соблюдение диеты, надлежащий питьевой режим и др. Дифференцированная коррекция метаболических нарушений позволяет достоверно снизить частоту рецидивирующего камнеобразования у пациентов с МКБ на 27,61% по сравнению с контрольной группой на протяжении 2 лет после элиминации конкремента (Вошула В.И., Ниткин Д.М., Гресь А.А., 2015).

Кроме названных методов, во вторичной профилактике рецидивов МКБ большое значение имеют снижение плотности мочи и подавление ее патологической кристаллизации. Возможность решения последней задачи предоставляют некоторые лекарственные препараты. В частности, в исследовании В.И. Вошулы (2004) была продемонстрирована эффективность препарата Канефрон® Н в снижении патологической кристаллизации мочи, что подтверждалось результатами микроскопии мочи после 14 дней приема.

Таким образом, вторичная профилактика рецидивов МКБ – непростая задача, требующая

комплексного подхода. Помимо изменений образа жизни, для предупреждения повторного камнеобразования пациенту может быть рекомендовано применение растительного препарата Канефрон® Н, способствующего снижению патологической кристаллизации мочи, а также устранению инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях.



**Кандидат медицинских наук Кирилл Сергеевич Комиссаров (кафедра урологии и нефрологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»)** коснулся роли гематурии в прогрессировании хронической болезни почек (ХБП). Как известно, в норме

количество эритроцитов в моче не должно превышать 5-8 в мкл или в  $1 \text{ мм}^3$  свежесобранной мочи. Гематурия – синдром, с которым достаточно часто приходится сталкиваться практикующим урологам и нефрологам. Частота гематурии коррелирует с возрастом (прямая зависимость) и полом (у женщин встречается примерно в 5 раз чаще). Примечательно, что даже следовые количества крови в моче у подростков и молодых людей могут быть маркером развития в будущем ХБП. Также гематурия является достаточно надежным маркером прогрессирования ХБП. Микрогематурии оказывают повреждающее действие как на эпителий проксимальных канальцев, так и на подоциты с последующим развитием геминдуцированной нефропатии. В основе последней лежат эндотелиальная дисфункция и оксидативный стресс. Именно по этой причине пациентам с синдромом гематурии на фоне ХБП любой клинической стадии показано применение антиоксидантных препаратов.

Разумеется, когда речь идет о пациентах с ХБП, первое требование к используемым медикаментам – безопасность и отсутствие нефротоксичности. Например, препаратом с необходимым уровнем безопасности и доказанными антиоксидантными эффектами является Канефрон® Н. Терапия этим фитониринговым средством способствует нормализации антиоксидантного статуса: снижению влияния факторов оксидативного стресса (например по динамике малонового диальдегида) и повышению активности факторов антиоксидантной защиты (каталаза) (Мартынчук Л., 2014).

Таким образом, Канефрон® Н обладает антиоксидантными эффектами, позволяющими рекомендовать его назначение с нефропротекторной целью у пациентов с гематурией для предупреждения развития геминдуцированной нефропатии.

Образовательную программу конференции завершал доклад **главного научного сотрудника отдела психосоматической медицины и психотерапии Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Олега Созонтовича Чабана**, рассказавшего о методах повышения эффективности работы врача, принцип которых заключается в емкой фразе «Эффективный врач – счастливый врач». Выступление, выстроенное в форме диалога со зрителем и коуч-сессии одновременно, вызвало живой отклик аудитории.

Таким образом, «Майские чтения» продемонстрировали горизонты возможных взглядов на заболевания почек и мочевыводящих путей, разные углы зрения и подчеркнули необходимость интегративного междисциплинарного принципа их менеджмента.

Подготовила **Александра Меркулова**

