

Фітотерапія — альтернатива антибіотикам у лікуванні неускладненого гострого циститу в жінок

14-15 листопада 2020 р. під час Всесвітнього тижня правильного застосування антибіотиків відбувся третій Міжнародний конгрес «Раціональне використання антибіотиків у сучасному світі. Antibiotic resistance STOP!». У заході взяли участь провідні експерти з різних країн, які розглянули проблему зниження ефективності антибіотиків і нові підходи в боротьбі з антибіотикорезистентністю.



Почесний член Міжнародного товариства хіміотерапії, професор кафедри урології Мюнхенського технічного університету Курт Набер представив доповідь на тему «Чи завжди потрібні антибіотики в терапії

гострих неускладнених циститів у жінок?». У своєму виступі спікер докладно розглянув питання застосування інших класів препаратів для лікування неускладнених інфекцій сечових шляхів (ІСШ) і роль такої терапії в зниженні антибіотикорезистентності.

ІСШ, беззаперечно, є тягарем для суспільства та належать до найпоширеніших інфекційних захворювань бактеріальної природи, що уражають здебільшого жінок. У половини осіб жіночої статі протягом життя можливий розвиток принаймні 1 випадку ІСШ. Близько 30% жінок, у яких виникають такі інфекції, – молодого віку (<26 років). Приблизно у 20-30% дорослих жінок, які в анамнезі мали ІСШ, виникають рецидиви захворювання (>3 випадки ІСШ на рік або >2 випадки на півроку). Варто зазначити, що статеві контакти є найімовірнішою причиною 30% усіх випадків ІСШ у жінок, які живуть статевим життям.

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урології (2019), гострий неускладнений цистит класифікують як гостру, спорадичну чи рецидивну інфекцію нижніх сечовивідних шляхів, яка виникає в невагітних жінок передменопаузального віку за відсутності даних щодо відповідних анатомічних і функціональних порушень із боку сечовивідних шляхів або супутніх захворювань. Рецидивними ІСШ слід вважати за наявності >2 епізодів неускладнених або ускладнених ІСШ, які супроводжуються симптомами протягом 6 міс, або >3 епізодів, які супроводжуються симптомами протягом 1 року. До факторів ризику, що збільшують сприйнятливості до розвитку рецидивних ІСШ, належать:

- поведінкові: статеві зносини, застосування діафрагми чи сперміцидних засобів, нещодавнє застосування антибіотиків;
- загальні: ІСШ в анамнезі, цукровий діабет, дефіцит естрогенів;
- урогенітальні: нетримання сечі, обструкція сечовивідних шляхів, дисфункція сфінктера сечового міхура, урологічні хірургічні втручання.

Встановлення діагнозу неускладненої ІСШ ґрунтується на ретельному зборі анамнезу: виявленні факту рецидивних ІСШ і факторів ризику захворювання. Важливими також є наявність характерних симптомів (полакіурія, імперативні

позиви до сечовипускання, дизурія) та дані фізикального обстеження (огляд статевих органів, біль у надлобковій ділянці, біль у боці). З метою діагностики доцільним також є загальний аналіз сечі з використанням тест-смужок, проточної цитометрії чи мікроскопії осаду сечі. Проведення посіву сечі є необхідним лише в разі рецидивних ІСШ через високу ймовірність резистентної флори. Варто підкреслити, що близько 20% жінок із симптомами циститу мали негативний результат посіву. Хоча S. Heytens і співавт. (2017) у своєму дослідженні провели кількісну полімеразноланцюгову реакцію на наявність *Escherichia coli* та *Staphylococcus saprophyticus* і встановили, що майже всі жінки з типовими симптомами з боку сечовивідних шляхів і «негативними» результатами посіву мають інфекцію, спричинену патогенами *E. coli*. Саме тому діагноз циститу може встановлюватися клінічно на підставі виявлення конкретних симптомів і результатів коректного діагностичного підходу.

Згідно з оновленими 2017 р. Німецькими клінічними настановами щодо епідеміології, діагностики, лікування, профілактики та ведення хворих на неускладнені ІСШ, у дорослих діагноз гострого циститу, що базується на клінічних критеріях, може з високою ймовірністю (чутливість – 94,7%, специфічність – 82,4%) встановлюватися із застосуванням валідованої анкети ACSS (Acute Cystitis Symptom Score). Зокрема, за допомогою останньої здійснюється оцінка тяжкості симптомів і перебігу захворювання. Крім того, цей інструмент може застосовуватися для спостереження за перебігом циститу в динаміці та для контролю ефективності лікування.

На сьогодні добре відомим є той факт, що між збільшенням застосування антибіотиків і стійкістю до них існує тісний зв'язок. На жаль, у сучасних умовах більшість випадків гострого неускладненого циститу в жінок супроводжується призначенням антибіотикотерапії. Як наслідок, резистентність уропатогенів зростає з кожним днем у глобальному масштабі. З огляду на вищезазначене виникає запитання щодо можливостей застосування інших класів препаратів у лікуванні неускладненої ІСШ, зокрема гострого циститу.

Нині накопичено велику кількість даних, які підтверджують те, що симптоматична терапія може бути такою самою ефективною в зменшенні симптомів захворювання та запобіганні повторним випадкам неускладненої ІСШ, як і лікування антибіотиками. Зокрема, цікавими виявилися результати рандомізованого контрольованого дослідження, в якому порівнювалися ефективність і безпека ібупрофену (400 мг 3 р/добу протягом 3 днів) і антибактеріального препарату фосфоміцину трометамолу (3 г одноразово) в разі неускладнених ІСШ у жінок віком 18-65 років. Було виявлено, що в групі хворих, які приймали ібупрофен, порівняно з групою, що одержувала фосфоміцину трометамол, спостерігалися дещо менш виражене полегшення симптоматики й вища частота розвитку пієлонефриту, проте кількість додаткового призначення антибіотиків була значно нижчою. Крім того, прийом антибіотиків

значно частіше супроводжувався розвитком небажаних побічних реакцій із боку шлунково-кишкового тракту (Gágior I. et al., 2015). Варто відзначити й результати дослідження J. Bleidorn і співавт. (2016), у якому лікування без антибіотиків не мало негативного впливу на частоту виникнення рецидивних ІСШ або пієлонефриту через понад 4 тиж після початку терапії. З огляду на це, симптоматичне лікування та відмова від застосування антибіотиків можуть призначатися в разі гострого неускладненого циститу, що проявляється легкими чи помірно вираженими симптомами. Проте під час прийняття рішень щодо оптимальної тактики лікування слід урахувати й уподобання пацієнта (Kranz J. et al., 2018).


Останніми роками в урологічній практиці дедалі більшої популярності набуває терапія рослинними препаратами. Серед таких на особливу увагу заслуговує фітопрепарат Канефрон® Н («Біонорика СЕ», Німеччина). Цей лікарський засіб являє собою фіксовану та стандартизовану комбінацію трьох лікарських рослинних компонентів – трави золототисячника, кореня любистку й листя розмарину. Складові препарату мають діуретичні, спазмолітичні, протизапальні, антиоксидантні та нефропротекторні властивості. Крім того, Канефрон® Н значно зменшує адгезивну здатність уропатогенів до уротелію. Слід зауважити, що ефективність препарату в лікуванні неускладнених ІСШ підтверджена низкою досліджень. Зокрема, результати випробування D. Ivanov і співавт. (2015) продемонстрували високу безпеку й ефективність монотерапії препаратом Канефрон® Н у лікуванні неускладненої ІСШ (цистити).


Наведений факт став поштовхом для вивчення можливостей застосування рослинних лікарських засобів як альтернативи антибіотикам у лікуванні та профілактиці неускладнених ІСШ. Було проведено міжнародне багатоцентрове рандомізоване дослідження з подвійним плацебо-контролем III фази, де порівнювалася ефективність застосування препарату Канефрон® Н і фосфоміцину трометамолу в разі неускладнених ІСШ (Wagenlehner F.M. et al., 2018). Згідно з отриманими результатами, за ефективністю Канефрон® Н не поступався фосфоміцину трометамолу: зниження вираженості основних симптомів згідно з ACSS було зіставним в обох групах (на другому візиті результати виявилися кращими у хворих, які отримували фосфоміцину трометамол, але до третього візиту ефективність лікарських засобів обох груп виявилася аналогічною). Крім того, між групами препарату Канефрон® Н і фосфоміцину трометамолу не було виявлено виражених відмінностей щодо частоти розвитку небажаних побічних ефектів або показників безпеки. Проте слід зазначити, що в групі препарату Канефрон® Н було зареєстровано менше випадків шлунково-кишкових розладів. Окрім того, частота розвитку пієлонефриту в групі препарату Канефрон® Н була незначно вищою порівняно з групою фосфоміцину трометамолу – 1,5 та 0,3% відповідно.

Отже, в лікуванні неускладнених ІСШ фітопрепарат Канефрон® Н є реальною альтернативою антибіотикам. Така терапія має низку переваг, адже супроводжується меншою частотою розвитку небажаних побічних реакцій, а також дає змогу запобігти формуванню та поширенню резистентних штамів мікроорганізмів.

Підготувала Лілія Нестерівська







Нове дослідження III фази: Канефрон® Н як монотерапія в лікуванні гострих неускладнених циститів

Результати клінічного дослідження*:
Канефрон® Н (BNO 1045) по ефективності порівнянний з лікуванням антибіотиками

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 золототисячника 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 золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. **Показання.** Для комплексного лікування запальних захворювань сечовивідних шляхів. Профілактика утворення сечових каменів, у тому числі і після їх видалення. **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.

*Wagenlehner et al: Неантибактеріальна рослинна терапія (BNO 1045) в порівнянні з антибактеріальною терапією (фосфоміцину трометамол) при лікуванні гострих неускладнених інфекцій нижніх сечовивідних шляхів у жінок: подвійне сліпе, в паралельних групах, рандомізоване багатоцентрове дослідження неменшої ефективності фази III Urol Int. 2018; 101 (3): 327-336. doi: 10.1159/00049368. Epub 2018 вер.

Канефрон® Н таблетки, вкриті оболонкою: Р.Л. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016; **Канефрон® Н краплі оральні:** Р.Л. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

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