

Новые горизонты фитотерапии в профилактике и лечении инфекций мочевыделительной системы

13 марта в преддверии Всемирного дня почки в конференц-зале Киевской детской клинической больницы № 7 состоялась научно-практическая конференция «Хроническая болезнь почек: предупреждение и замедление темпов прогрессирования». В рамках данного мероприятия прозвучало множество интересных и актуальных докладов.



(г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Ирина Алексеевна Дударь.

Особенности профилактики и лечения инфекций мочевыделительной системы (ИМС) рассмотрела руководитель отдела эфферентных технологий ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Ирина Алексеевна Дударь. Докладчик подчеркнула, что актуальность проблемы не вызывает сомнений, поскольку ИМС являются одними из наиболее частых бактериальных инфекций в амбулаторной практике, уступая только инфекционной патологии дыхательной системы (М.Н. Ebell, 2006). Ежегодно в мире регистрируется около 150 млн случаев ИМС, приблизительно половина женщин переносят как минимум 1 эпизод заболевания в течение жизни, у 25-40% из них отмечается возникновение рецидива в ближайшие 6-12 мес. Каждый год около 10% женщин заболевают острым циститом.

Следует отметить, что ИМС характеризуются гендерными и возрастными особенностями. Так, частота их встречаемости среди женского и мужского населения соотносится как 30:1. Пики заболеваемости ИМС приходятся на:

- младенческий и детский возраст (следует отметить, что среди контингента в возрасте до 6 мес данная патология чаще выявляется у мальчиков);
- период 20-40 лет (диагностируются почти у 30% женщин);
- пожилой возраст (обусловлены дисфункцией предстательной железы у мужчин);
- старческий возраст (предпосылки к возникновению ИМС создают снижение мобильности, недержание мочи и другие нарушения, связанные с возрастом).

К факторам риска развития ИМС относят общие и местные нарушения (сахарный диабет (СД), иммунную дисфункцию, застой мочи, травмы и др.); пожилой возраст; неудовлетворительную гигиену; нарушения гормонального фона (дефицит эстрогенов); анатомические особенности мочевыделительной системы у женщин; факторы, способствующие колонизации энтеробактерий (смену полового партнера, задержку мочеиспускания после полового акта, использование спермицидов и противозачаточных диафрагм, ИМС в анамнезе); диагностические и лечебные манипуляции (катетеризацию мочевого пузыря, надлобковую катетеризацию и наложение нефростомы, удлинение или замену нижних мочевыводящих путей сегментами кишечника и др.).

ИМС подразделяют на острые и хронические (>3 мес), осложненные и неосложненные. Как неосложненные условно классифицируют эпизоды ИМС, возникшие у небеременных женщин репродуктивного возраста в случае отсутствия анатомических и функциональных аномалий, сопутствующей

патологии и показаний к выполнению инвазивных урологических процедур в анамнезе; как правило, заболевание обусловлено одним патогеном и лечится амбулаторно. В случаях, когда имеются расхождения (констатированы беременность, коморбидная патология, выполнялись инвазивные урологические вмешательства и др.), ИМС рассматривают как осложненные.

Основной возбудитель ИМС — *Escherichia coli* (ее этиологическая роль доказана почти в 90% случаев).

Каковы современные подходы к лечению ИМС? Основным компонентом терапии указанных заболеваний являются антибактериальные препараты (АБП). Вместе с тем необходимо акцентировать внимание на важном моменте: если еще совсем недавно применение антибиотиков в терапии ИМС считалось обязательным, то сейчас в связи с неуклонным ростом антибиотикорезистентности высказываются мнения о возможности отказа от использования препаратов этого класса у определенных категорий больных и замены их растительными средствами с антимикробным действием. В связи с этим большие надежды возлагаются на стандартизованные фитопрепараты, доказавшие свою эффективность в лечении острого неосложненного цистита. При выборе средства для

препаратов первой линии терапии острого цистита и профилактики рецидива ИМС.

«В случае рецидивирующей ИМС у женщин можно использовать уроантисептики или АБП (растворимый фуразидин/магния гидроксикарбонат в дозе 100 мг на ночь, ципрофлоксацин в дозе 0,125 г и др.), затем по 1/2 от суточной дозы длительно (до 1 года), а также фитоконтакты», — поделилась опытом И.А. Дударь.

Эффективное противорецидивное действие оказывает Канефрон® Н (2 таблетки или 50 капель 3 р/сут курсом 3-12 мес); с профилактической целью могут применяться клюквенный сок (300 мл/сут 5 дней в неделю длительно до 1 года) (однако, данные многочисленных исследований, посвященных изучению профилактического потенциала клюквы, дают неоднозначный ответ), а также эстрогены (интравагинально).

Фитопрепарат Канефрон® Н имеет обширную доказательную базу, подтверждающую его высокую эффективность. Комбинация экстрактов травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина обеспечивает комплексное воздействие, реализуя диуретический, спазмолитический, противовоспалительный, антибактериальный и нефропротекторный (антипротеинурический) эффекты.



антибактериальной терапии необходимо учитывать чувствительность к нему основных патогенов (оптимален анализ данных, полученных в соответствующем или близком к нему географическом регионе): согласно критериям профильных международных организаций IDSA, EAU, AUA, как средство выбора для лечения ИМС в амбулаторных условиях не может рассматриваться антибиотик, резистентность к которому превышает 20%. Назначение нерациональной антибактериальной терапии ассоциируется с хронизацией процесса, повышением затрат на лечение и т. д.

Базируясь на данных ряда исследований, посвященных изучению чувствительности уропатогенов к АБП и уроантисептикам, можно рекомендовать к использованию препараты нитрофуранового ряда. Доказана эффективность соединения растворимого фуразидина и магния гидроксикарбоната.

В 2011 г. в рекомендациях EAU выявились указания на необходимость использования нитрофуранов в качестве

противовоспалительный эффект (в условиях *in vitro* отмечалось угнетение синтеза медиаторов воспаления, *in vivo* — подавление отека лапки крысы);

• спазмолитическое действие (в условиях *in vitro* уменьшалась сократимость мочевого пузыря крысы/человека, *in vivo* — гиперактивность мочевого пузыря при цистите у крысы).

14 марта при поддержке Министерства здравоохранения Украины на базе Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев) состоялась научно-практическая конференция «Хронические заболевания почек. Возрастной аспект», одна из секций которой была посвящена возможностям применения фитотерапии в нефрологической и урологической практике.



Заведующий кафедрой нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов

уделил внимание

подходам к диагностике и лечению диабетической нефропатии (ДН) и ИМС. При СД повышается риск развития ДН (синонимичным термином является «диабетическая болезнь почек»), ишемической нефропатии, ИМС, гломеруло-нефрита, острого повреждения почек, пареза детрузора и обструкции. Скрининг на наличие повреждения функции почек показан пациентам с СД 1 типа через 5 лет, а в случае СД 2 типа — с момента установления диагноза.

- Маркеры ДН:
- артериальное давление (АД) $\geq 130/80$ мм рт. ст.;
 - альбуминурия $>0,033$ г/л;
 - скорость клубочковой фильтрации <90 мл/мин или уровень гемоглобина <130 г/л для мужчин и <120 г/л для женщин;
 - концентрация креатинина в крови ≥ 107 ммоль/л у женщин и ≥ 115 ммоль/л у мужчин.

Заподозрить наличие ДН можно на основе учащенного мочеиспускания в ночное время.

Цели терапии ДН — оптимизация контроля АД и нормализация обмена глюкозы, замедление прогрессирования ухудшения почечной функции. Доказано, что интенсивный контроль гликемии не обеспечивает клинических преимуществ у данной категории больных. В качестве первой линии терапии используется метформин (при его непереносимости — любой другой пероральный препарат), на втором этапе можно комбинировать его с гипогликемическими средствами других классов (глиптинами, тиазолидиндионами и др.). Значения АД, расценивающиеся как артериальная гипертензия у пациентов с СД, в различных руководствах отличаются ($\geq 130/80$ мм рт. ст. (данные отечественного протокола), $\geq 140/85$ мм рт. ст., $\geq 140/90$ мм рт. ст.); антигипертензивная терапия показана при превышении указанных уровней. Если у больного СД не повышено АД, но отмечается альбуминурия, необходимо назначить ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или сартан (в случае СД 1 типа предпочтителен

В работе российских авторов Н.И. Аврьяновой и В.В. Козлова (2007) оценивалась чувствительность уропатогенов к действию Канефрона Н. Доказано, что он оказывает антибактериальное действие на *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Staphylococcus cohnii*, *Enterococcus faecalis*. Наличие антибактериальных свойств стало предпосылкой к выполнению работы по оценке эффективности лечения неосложненных ИМС с помощью Канефрона Н в виде монотерапии, в которой была показана его эффективность (К. Naber, H. Steindl, 2013).

Активный научный поиск, направленный на детальное изучение свойств растительного комплекса Канефрон® Н, продолжается. В 2012 и 2013 гг. были обнародованы данные экспериментальных работ, убедительно подтверждающие наличие у фитопрепарата Канефрон® Н таких эффектов, как:

- антиаггезивная активность (в условиях *in vitro* наблюдалось ухудшение адгезивной способности *E. coli* к клеткам мочевого пузыря на 62%);

ИАПФ, при СД 2 типа и протеинурии – сартан). Также используются диуретики (торасемид, индапамид и др.), антагонисты кальция (лерканидипин и др.).

«Особую нишу в профилактике ИМС у пациентов с СД занимают растительные средства, изготовленные с использованием технологии фитониринга и обладающие обширной доказательной базой. Они отличаются стандартизированным составом и четко выверенным содержанием активных веществ в единице препарата (капле, таблетке и др.), что не характерно для других растительных комплексов. Фитониринговые препараты, популярные в Австрии и Германии, в Украине представляет компания «Бионорика», – подчеркнул Д.Д. Иванов. – Еще в 2004 г. нами было выполнено исследование, посвященное оценке профилактической эффективности Канефрона Н в отношении рецидивов ИМС у пациентов с СД 2 типа и метаболическим синдромом. Частота повторных эпизодов ИМС составила 4,7 против 15,6% в группе больных, не получавших Канефрон® Н. Также отмечены мягкий диуретический эффект препарата и его положительное влияние на регресс альбуминурии».

Также докладчик акцентировал внимание на необходимости коррекции гиперактивности симпатической нервной системы (например, посредством применения моксонидина, урапидила), осторожного использования реосорбилакта в качестве инфузионной терапии (предпочтительны растворы на основе ксилитола, натрия ацетата и натрия гидрокарбоната), адекватной сопроводительной терапии.

Что касается подходов к лечению ИМС, при цистите рекомендуется применение уроантисептиков (например, растворимого фуразидина/магния гидрокарбоната, триметоприма/сульфаметоксазола) курсом 5 дней или АБП (фторхинолонов или цефалоспоринов II-III поколений) в течение 3 дней.

Необходимо принимать во внимание, что рецидив цистита может быть обусловлен микрофлорой, передающейся половым путем, что требует проведения соответствующей диагностики.

Длительность лечения при повторном эпизоде инфекции увеличивается на 2 дня (уроантисептики – 7 дней, АБП – 5 дней), целесообразно чередовать препараты: если при первом эпизоде применяли АБП, в случае рецидива необходимо назначить уроантисептик или АБП другого класса.

Продолжительность терапии рецидива цистита у мужчин – 7-14 дней, есть существенные ограничения в плане использования нитрофуранов.

С целью купирования императивных позывов к мочеиспусканию, характерных для цистита, – т. н. ургентности – применяются прифиния бромид, дротаверин, Канефрон® Н и др.

В последние годы широкое распространение в лечении ИМС получила фитотерапия. Под руководством К. Nabeig и Н. Steindl (2013) было выполнено открытое нерандомизированное исследование с участием 125 пациенток в возрасте 20-65 лет с острыми неосложненными ИМС, которым назначали монотерапию Канефроном® Н по 2 таблетки 3 р/сут длительностью 7 дней с последующим наблюдением до 37-го дня. На 7-й день симптомы заболевания полностью исчезли на фоне монотерапии Канефроном Н у 71,2% больных, на 37-й день жалобы отсутствовали у 85,6% женщин. При этом у 97,6% участниц не возникло потребности в назначении АБП и уроантисептиков. Не было зарегистрировано ни одного случая побочных эффектов фитотерапии, а также рецидива ИМС через 37 дней наблюдения. Таким образом, результаты этой работы убедительно продемонстрировали, что Канефрон® Н может быть

альтернативой АБП у подавляющего количества (97,6%) пациентов с острым неосложненным циститом.

«Я не противопоставляю растительные средства АБП и уроантисептикам, однако есть ряд клинических ситуаций, в которых фитопрепараты могут и должны быть достойной и оправданной альтернативой, эффективной и безопасной стратегией лечения неосложненных ИМС», – прокомментировал результаты испытания Д.Д. Иванов.

Терапия острого пиелонефрита базируется на схеме «3+» и предполагает использование дезинтоксикационных, противовоспалительных и антибактериальных средств. Среди АБП предпочтительны цефалоспорины II-III поколений (для детей и взрослых) и фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин, норфлоксацин и гатифлоксацин; для взрослых),

рекомендуются внутривенный и пероральный пути введения, ступенчатая терапия.

Д.Д. Иванов привел схему внутривенной терапии, которую использует в практике: левофлоксацин 750 мг 1 р/сут курсом 7 дней, реосорбилакт 200 мл 2 р/сут в течение 3 дней, парацетамол 1 г 2 р/сут на протяжении 3 дней.

Профилактика пиелонефрита актуальна только для женщин и должна проводиться длительно (3-12 мес) в случае осложненного течения или возникновении 2 и более рецидивов в год.

«С целью противорецидивного лечения рекомендуется прием Канефрона Н по 50 капель или 2 таблетки 3 р/сут длительностью 1-3 мес после эпизода острого пиелонефрита», – уточнил докладчик.

В 2012 г. Канефрон® Н стал «Препаратом года» по итогам конкурса «Панацея».

Причинами столь высокой оценки и признания его профессионалами медицинской и фармацевтической отраслей стали высокое качество продукта, обеспечивающееся уникальной технологией фитониринга; мощная доказательная база, подтверждающая эффективность использования этого растительного средства в лечении и профилактике инфекций нижних мочевыводящих путей, острого и хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни; хорошая переносимость.

Кроме того, у некоторых групп больных урологического и нефрологического профиля в случае неосложненных инфекций мочевыводящих путей возможно применение монотерапии Канефроном Н, что дает возможность уменьшить потребность в АБП и минимизировать связанные с их приемом медицинские и экономические риски.

Подготовила **Ольга Радучич**



Запалення нирок? Сечового міхура?

Канефрон® Н



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

Розкриваючи силу рослин



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах 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. Р.П. № U A/4708/01/01; UA/4708/02/01.

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. Кравченко Н.Ф. 2 - 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 Ю., 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 чоловіка, 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: office@bionorica.com