

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЦИЦИБОН И КАНЕФРОН Н В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

К. м. н., и.о. доцента Джакипбекова З. К.,
Несмеянова Е. П.

Казахстан, г.Шымкент,
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави

Abstract. The comparative studying of efficiency of the phytopreparations Цицибон and Канефрон® Н was carried out as mean of accompanying therapy and prevention of infections of the upper and lower urinary tract.

Keywords: infection of urinary tract, proantosianidina of type A, therapy.

Инфекции мочевыводящих путей – состояние инфицирования мочевыводящего тракта микрофлорой, которая вызывает его воспаление. У женщин ИМП встречается в 50 раз чаще, чем у мужчин. Чаще всего встречается острый неосложненный цистит, несколько реже – неосложненный пиелонефрит. Повторные ИМП развиваются у 20—30% женщин до климактерического возраста. К 50 годам частота ИМП у мужчин и женщин уравнивается. Стоимость лечения ИМП составляет в США 1,6 млрд долларов в год, одного эпизода острого цистита – 40—80 долларов. Нозокомиальные ИМП являются причиной смерти у 50 тыс. пациентов ежегодно.

Несмотря на успехи в лечении заболеваний почек и мочевых путей благодаря внедрению в практику современных антибактериальных средств и препаратов с нефропротективными свойствами, поиск новых методов лечения и профилактики инфекций верхних и нижних мочевых путей продолжается, причем особое место при патологии мочевых путей занимает современная фитотерапия. Преимущества качественных растительных препаратов - это: отсутствие осложнений, нежелательных побочных эффектов, возможность применения некоторых из них в течение длительного времени.

Термин инфекция мочевой системы (ИМС) объединяет группу заболеваний, характеризующихся ростом бактерий в мочевой системе [1]. Клиническая классификация ИМС представлена в табл. 1.

Таблица 1. Клиническая классификация ИМС

Виды ИМС	Критерии
Значимая бактериурия	Присутствие бактерий одного вида > 10 ⁵ /мл в средней порции чистого образца мочи
Асимптомная бактериурия	Значимая бактериурия при отсутствии симптомов ИМС
Возвратная ИМС	2 и более эпизода ИМС с острым пиелонефритом 1 эпизод ИМС с острым пиелонефритом + 1 и более эпизодов неосложненной ИМС 3 и более эпизодов неосложненной ИМС
Осложненная ИМС (острый пиелонефрит)	Наличие лихорадки > 39°C, симптомов интоксикации, упорной рвоты, обезвоживания, повышенная чувствительность почек, повышение креатинина
Неосложненная ИМС (цистит)	ИМС с незначительным повышением температуры тела, дизурией, учащенным мочеиспусканием и без симптомов осложненной ИМС
Атипичная ИМС (уросепсис)	Состояние тяжелое, лихорадка, слабая струя мочи, опухоль брюшной полости и мочевого пузыря, повышение креатинина, септицемия, недостаточный ответ на лечение стандартными антибиотиками через 48 часов, инфекция, вызванная микроорганизмами из группы не E.coli

Нужно отметить, что хронический пиелонефрит (ПН) встречается крайне редко, этот термин часто используется неуместно для обозначения почечного сморщивания после одного или многочисленных эпизодов острого ПН. Пиелонефритическое сморщивание почки при отсутствии документированной персистирующей инфекции не следует рассматривать как пример хронического ПН.

В норме мочевая система стерильна (кроме дистальной части уретры), в то время как прилегающий толстый кишечник колонизирует несметное число бактерий. Бактерии, вызывающие ПН, являются частью кишечной и/или уретральной флоры пациента. Они достигают мочевого пузыря путем ретроградной инвазии, или, в исключительных случаях, через кровь.

Цель данной работы - изучение эффективности фитопрепаратов Цицибон и Канефрон® Н в лечении и профилактике рецидивов инфекций верхних и нижних мочевых путей.

Материалы и методы исследования

Пациенты первой группы (18 - с инфекцией верхних и 18 - с инфекцией нижних мочевых путей) получали этиотропную антибактериальную терапию и цицибон, пациенты второй группы (18 и 16 соответственно) - только антибактериальную терапию и Канефрон® Н; в третьей группе, контрольной, (16 и 16 пациентов) назначали профилактическую дозу уроантисептика (Фурамаг 50 мг по 1 таблетке 3 раза в день 10 дней каждого мес. в течение 3 мес.) после ликвидации клинических проявлений инфекции (отобраны ретроспективно по амбулаторным картам).

Основными (обязательными) диагностическими обследованиями, проводившиеся нами у женщин основных группы на амбулаторном этапе были общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. Бактериологическое исследование мочи – золотой стандарт в диагностике ИМС.

Таблица 2. Клинические и лабораторные симптомы

Симптом	Основные 2 группы	Контрольная группа
Болевой	21,4%	33,3%
Дизурия	78,6%	100%
Лейкоцитурия	100%	100%
Гематурия	35,7%	42,1%
Бактериурия:	42,8%	
Escherichia coli	2	26,3%
Staphylococcus	2	2
Proteus	1	3
Enterococcus	1	2
Pseudomonasaeruginos	2	2
Clebsiella	-	3
Candida	-	2

Клинические проявления хронического цистита во всех группах проявлялись в виде болевого синдрома, дизурических явлений. Обследование и лечение проводилось только при проявлении вышеуказанных клинических симптомов.

Пациенты получали антибактериальную терапию per os с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в амбулаторных условиях в возрастных дозировках в течение 7–10 дней. Также проводилась посиндромная симптоматическая терапия. Пациенты обеих групп согласно протоколам лечения продолжали антибактериальную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение

Канефрон® Н по 2 драже 3 раза в сутки и Цицибон по 2 капсулы один раз ежедневно в течение 10 дней назначали в период активного инфекционного процесса в дополнение к антибактериальной терапии-10 дней, и затем профилактически в течение 3 мес. Длительность наблюдения после достижения ремиссии у пациентов с инфекцией нижних мочевых путей составила 3 мес, у пациентов с пиелонефритом - 6 мес. Критериями оценки эффективности Канефрона® Н и цицибона были: отсутствие бактериурии, лейкоцитурии, а также клинических проявлений инфекции мочевых путей после проведенного курса антибактериальной терапии по окончании указанных сроков наблюдения. Результаты лечения оценивали по первичной

конечной точке - реинфекции органов мочевой системы и вторичной конечной точке - уровню протеинурии. Дизайн исследования представлен на рис.1.

Эффективность применяемой терапевтической тактики анализировали в период проведения антибактериальной терапии и на фоне использования профилактической дозы Цицибона, Канефрона[®] Н., фурамага.

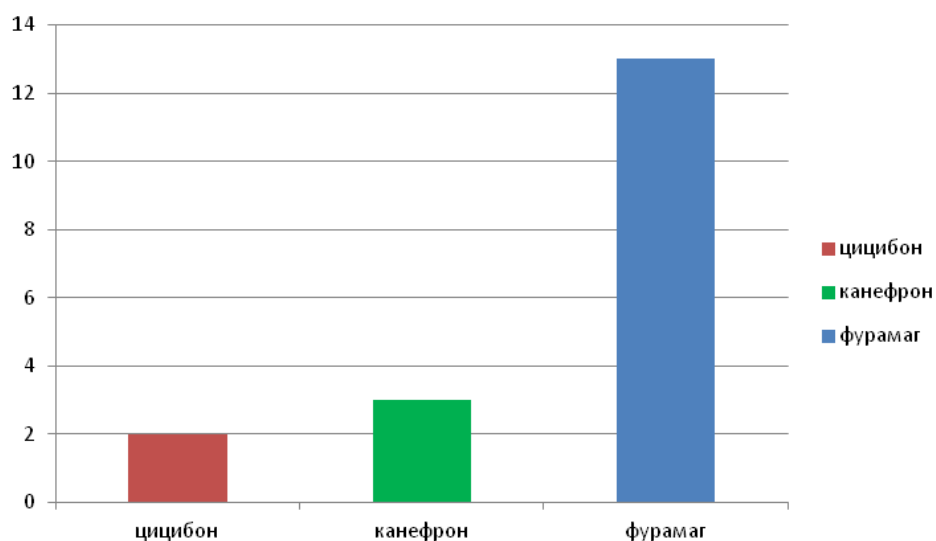


Рис. 1. Частота реинфекции у пациентов с инфекциями нижних мочевых путей.

В результате проведенного исследования отмечена тенденция к сокращению длительности лейкоцитурии и лучшей субъективной оценке самочувствия у пациентов первой и второй групп, по сравнению с третьей. Установлено также достоверное снижение частоты реинфекции нижних мочевых путей у пациентов, получавших Цицибон и Канефрон[®] Н, по сравнению с пациентами, не получавшими этого препарата: реинфекция выявлена соответственно у 2 из 32 и 10 из 46 больных (рис.1.). Ремиссия после проведенного курса лечения сохранилась в течение срока наблюдения соответственно у 69,8% и 56,2% больных (рис.2).

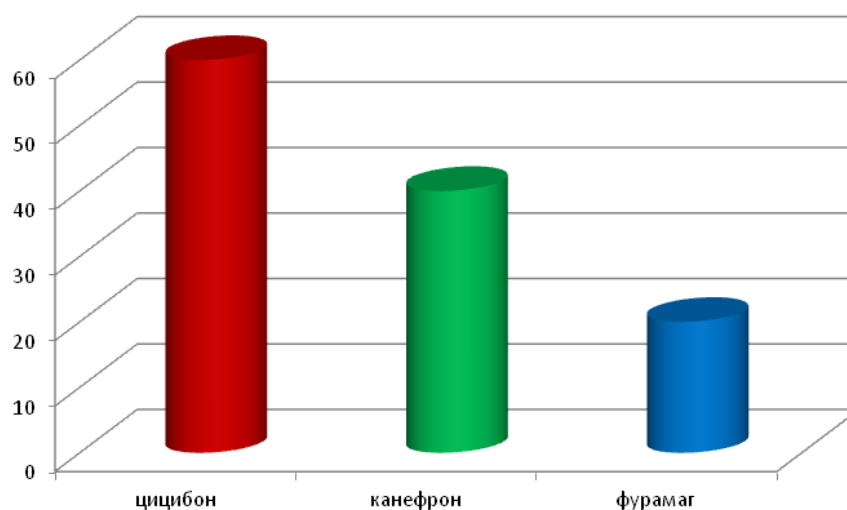


Рис. 2. Эффективность лечения инфекции нижних мочевых путей по критерию "сохранение ремиссии".

При сравнении эффективности профилактического лечения Цицибоном и Канефроном[®] Н и уроантисептиком достоверных отличий при инфекции нижних мочевых путей не выявлено. Это свидетельствует о сравнимой эффективности этих препаратов в профилактическом лечении данной патологии.

Вероятно, ввиду немногочисленности групп пациентов с инфекцией верхних мочевых путей (острая фаза) отличий в эффективности терапии с использованием Канефрона® Н и без него по критериям "наличие реинфекции" и "сохранение ремиссии" не обнаружено. Достоверных отличий в результатах применения Канефрона® Н и уроантисептика в профилактической дозе в течение 6 месяцев у больных с инфекцией верхних мочевых путей также не выявлено, что свидетельствует о возможном применении Канефрона® Н вместо уроантисептика с профилактической целью.

После 3 месяцев применения Канефрона® Н отмечено снижение протеинурии в среднем на 55,9%, тогда как в группе пациентов, получавших Цицибон оно несколько меньше и значительно меньше в контрольной группе (рис.3.) Антипротеинурическое действие Канефрона® Н, очевидно, обусловлено его способностью расширять капиллярную сеть нефрона. Этот эффект сходен с действием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

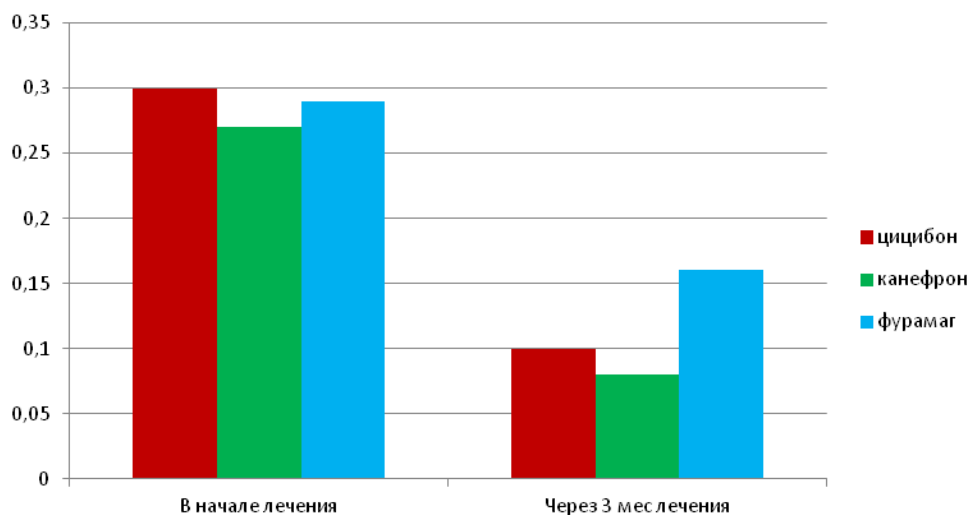


Рис. 3. Динамика протеинурии у пациентов.

Побочных эффектов при использовании Канефрона® Н не зарегистрировано.

Большая степень частоты полной элиминации инфекционного агента свидетельствует о повышении чувствительности возбудителей к антибактериальной терапии под влиянием Цицибона и, тем самым, способствует повышению эффективности комбинированной терапии, что также было отмечено у пациентов основных групп в сравнении с контрольной. Устранение проявлений дизурии и мочевого синдрома, также достигаемое достоверно чаще при использовании Цицибона ($p < 0,05$), служит дополнительным свидетельством эффективности проводимого лечения, снижает риск пролонгации заболевания, улучшает общее состояние пациента и повышает качество его жизни. У пациентов основных групп в течение года не отмечалось рецидивов хронического цистита в отличие от пациентов контрольной группы, где рецидивы ИМС отмечались у 6 (31,5 %) больных. Ни у кого из наших пациентов побочных эффектов от терапии Цицибоном не отмечалось. Применение Цицибона, содержащего североамериканскую клюкву в комплексной терапии хронического цистита у пациентов способствует ускорению ремиссии, профилактике обострений. Цицибон необходимо применять по 2 капсулы запивая стаканом воды ежедневно в течение 1–2 месяцев. Допускается до 3 курсов в год с профилактической целью. Цицибон усиливает действие антибиотиков, способствует нормализации мочеиспускания, уменьшает риск повторных обострений хронического цистита, улучшает функциональное состояние почек и мочевых путей. В составе одной капсулы Цицибона содержится 260 мг сухого экстракта клюквы североамериканской, 90 мг сухого экстракта листьев толокнянки, 37 мг витамина С, 37 мг сухого экстракта листьев ортосифона. Уникальность североамериканской клюквы в том, что она содержит проантоцианидины типа А (ПАЦ-А), которые блокируют прикрепление бактерий к стенке мочевого пузыря. Североамериканская клюква (*Vaccinium macrocarpon* или Клюква крупноплодная) – растение, плоды которого издревле используются как лечебное средство от проблем мочевыделительной системы. Только А-связанный проантоцианидин ПАЦ-А экстракта клюквы обладает антиадгезивными свойствами в отношении бактерий. Во многих растениях встречается В-связанные ПАЦ (какао бобы, яблоки, черника, виноград и др.), но ПАЦ-В не демонстрирует бактериальной антиадгезии. В то время как ПАЦ-А, обладает

антиадгезивной активностью по отношению к бактериальным агентам, что не позволяет бактериям закрепляться на стенках мочевого пузыря. ПАЦ-А повреждает бактериальную оболочку, что препятствует размножению болезнетворных микроорганизмов на поверхности эпителия мочевого пузыря и мочевыводящих путей. Европейская Ассоциация Урологов в 2010 году включила в свои рекомендации по профилактике инфекций мочевыводящих путей применение препаратов, содержащих 36 мг ПАЦ-А клюквы.

Канефрон® Н - комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий стандартизованные экстракты травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина. Комплекс биологически активных веществ (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, горечи, флавоноиды, флавоноиды и др.) определяет фармакологические эффекты препарата. Канефрон® Н оказывает мягкое диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое, вазодилатирующее и антибактериальное действие, поддерживает физиологический уровень рН мочи. Улучшение кровоснабжения почек и лоханок обеспечивает увеличение концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек и моче, что повышает эффективность антибактериальной терапии. Канефрон® Н, в основном за счет флавоноидов, уменьшает проницаемость капилляров почек, оказывая тем самым антипротеинурическое действие. Указанные свойства патогенетически оправдывают использование Канефрона® Н в комплексной терапии инфекций мочевой системы у пациентов.

Заключение Таким образом, Цицибон и Канефрон® Н могут быть использованы в качестве средства сопроводительной терапии и профилактического лечения как альтернатива профилактической дозе уроантисептика длительностью не менее 3 мес у пациентов с инфекцией верхних и нижних мочевых путей. Благодаря проведенным исследованиям уже сейчас можно говорить о высоком терапевтическом эффекте Цицибона и Канефрона Н в лечении инфекции мочевой системы. Благодаря входящим в Цицибон компонентам и особенно наличие проантоцианидинов типа А в составе североамериканской клюквы, Цицибон оказывает противовоспалительное, мягкое диуретическое, антиоксидантное действие, практически не вызывающим побочных явлений и обладающее широким профилем безопасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.Д., Кушніренко С.В., Мехатишвили Н., Резник Т.К. /Инфекции сечових шляхів у дітей та дорослих: Київ-Дніпропетровськ, Методические рекомендации, 2004.- 19 с.
2. Лапчинская И.И. В центре внимания нефрологов диабетическая нефропатия //Здоров'я України.-2004.-№6 (91).-32 с.
3. Медведь В.И., Быкова Л.М., Данылкив О.Е., Шкабаровская Е.Н. Пиелонефрит у беременных с сахарным диабетом: особенности течения и лечения // Здоров'я України.- 2003.- № 6 (67).- С. 22-23.
4. Fahim F.A., Esmat A.X., Fadel H.M. et al. Allied studies on the effect of Rosmarinus officinalis L. on experimental hepatotoxicity and mutagenesis // Int. J. Food Sci. Nutr.- 1999.- V. 50.- P. 413-427.
5. Yokoo T., Kitamura M. Unexpected protection of glomerular mesangial cells from oxidant-triggered apoptosis by bioflavonoid quercetin //Am. J. Physiol.-1997.- V. 273.-P.F206-F212.
6. Yokozawa T., Dong E., Kawai Y., Gemba M. Protective effect of some flavonoids on the renal cellular membrane // Exp. Toxic. Pathol.- 1999.-V. 51.-P. 9-14.
7. Лойман Э., Цыгин А.Н., Саркисян А.А. Детская нефрология. Практическое руководство // Литтера. – М., 2010. – С. 255–267.
8. Indian Pediatric Nephrology Group. Consensus statement on management of urinary tract infections // Indian Pediatr. – 2001. – Vol. 38. – P. 1106–1115.
9. Phadke K., Goodyer P., Bitzan M. Manual of Pediatric Nephrology // Springer-Verlag. – Berlin, Heidelberg., 2014. – P. 238–254.
10. Wald E. Genitourinary tract infections: cystitis and pyelonephritis. In: Feigin R., Cherry J.D., Demmler G.J., Kaplan S.L., eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases // 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders, 2004. – P. 541–555.
11. Hellerstein S. Recurrent urinary tract infections in children // Pediatr Infect Dis J. – 1982. – Vol. 1. – P. 271–281.
12. Rees L., Webb N.J.A. Paediatric nephrology – 2nd ed. p. // Oxford specialist handbooks in paediatrics. – 2007. – P. 114–126.
13. Абеева Б.А. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 11 – С. 442-444