А.В. Давыдов, д. мед. н., профессор, **А.И. Неймарк**, д. мед. н., профессор, Алтайский государственный медицинский университет, РФ

Оценка эффективности применения фитопрепарата Канефрон® Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом*

В статье представлены результаты исследования эффективности применения фитопрепарата Канефрон® Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.
Ключевые слова: хронический цистит, фитопрепарат, Канефрон® Н.

Хроническое воспаление мочевого пузыря занимает важное место в структуре урологической заболеваемости, а проблема диагностики и лечения хронического цистита по-прежнему актуальна [1]. Так, до 60-70% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом [2, 3]. В течение жизни острый цистит переносят 20-25% женщин (чаще всего цистит развивается в возрасте 25-30 лет и старше 55 лет), в каждом третьем случае в течение года возникает рецидив, а в 10% случаев заболевание переходит в хроническую, рецидивирующую форму.

Ведущую роль в возникновении хронического цистита у женщин играют анатомо-топографические особенности их мочеполовой системы, присоединение гинекологических заболеваний, а также гормональный статус [4, 5].

Комплексное и патогенетическое лечение хронического цистита включает в себя антибактериальные, противовоспалительные препараты; кроме того, проводится терапия, направленная на устранение органических и функциональных нарушений уродинамики [6]. Наряду с успехами, достигнутыми в области лекарственной терапии хронического цистита, эффективность демонстрируют и немедикаментозные методы лечения [7].

Цель исследования – изучить эффективность применения фитопрепарата Канефрон® Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.

Материал и методы

В основу работы положены результаты анализа данных обследования и лечения 43 женщин в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст – 45,4± 1,3 года), страдающих хроническим рецидивирующим циститом (длительность заболевания – от 7 мес до 14 лет).

Критерий включения в исследование – диагноз «хронический цистит». В исследование не включали женщин с хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивной системы, хроническим пиелонефритом, доброкачественными и злокачественными образованиями мочевого пузыря, врожденными аномалиями развития мочевого пузыря, мочеполовым туберкулезом.

Всем пациенткам выполняли следующие методы обследования: клинико-лабораторное исследование, микроскопическое исследование мочи и мочевого осадка, бактериологическое исследование мочи, цистоскопию. Уродинамическое исследование (урофлоуметрию) проводили на аппарате Delphis IP, лазерную допплеровскую флоуметрию мочевого пузыря – на аппарате ЛАКК-02, с помощью программного обеспечения LDF 1.18.

Все пациентки, включенные в исследование, методом типологического отбора были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям и тяжести заболевания. Группа сравнения (n=21, средний возраст – 44,7±10,3 года) получала фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (фурамаг) по 100 мг три раза в день в течение 10 дней. Основная группа (n=22, средний возраст – 46,2±12,4 года) получала фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (фурамаг) по описанной выше схеме, а также дополнительно препарат Канефрон® Н по два драже три раза в сутки в течение 30 дней. Группу контроля составили 17 пациенток с хроническим циститом и отсутствием сопутствующих соматических заболеваний.

Канефрон® Н – растительный лекарственный препарат на основе травы золототысячника, корня любистка лекарственного и листьев розмарина, предназначенный для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей. Все растения, входящие в состав Канефрона Н, содержат вещества (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла и пр.) с широким спектром противомикробного действия. При приеме вместе с антибиотиками Канефрон® Н усиливает их действие, что повышает эффективность терапии инфекций мочевых путей. Кроме того, препарат оказывает мочегонное, противовоспалительное и противомикробное действие, препятствует адгезии кишечной палочки к уротелию [8, 9].

Контрольное обследование проводилось через 30 дней после окончания курса комплексной терапии.

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программ Statistica 6.0, Microsoft Excel 2007. Соответствие нормальному распределению оценивали с помощью критерия Шапиро – Уилка. Фактические данные представлены в виде среднее ± ошибка среднего (M±m). Сравнения независимых выборок проводили с применением U-критерия Манна – Уитни, а выборок до и после лечения – с помощью критерия Вилкоксона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05. При сравнении качественных признаков в связанных выборках использовали Q-критерий Кохрена.

Результаты и их обсуждение

Анализ частоты встречаемости жалоб у пациенток с хроническим циститом до лечения показал, что 40 (93,0%) женщин страдали от боли в надлобковой области, 41 (95,3%) – от учащенного мочеиспускания, 39 (90,7%) – от дизурии, 37 (86,0%) пациенток – от тянущей боли внизу живота независимо от менструального цикла и физической нагрузки. После лечения в группе сравнения боль внизу живота была купирована у 16 (76,2%) пациенток. Учащенное мочеиспускание сохранялось у четырех (19,0%) женщин, а дискомфорт над лоном при мочеиспускании – у трех (14,2%). В основной группе постоянную тянущую боль внизу живота отмечали только две (9,1%) женщины, учащенное мочеиспускание – две (9,1%), дизурию – одна (4,5%) пациентка.

До лечения у 43 (100%) пациенток в общем анализе мочи наблюдалась лейкоцитурия в среднем 14,8±2,28 в поле зрения. После лечения количество пациенток с лейкоцитурией уменьшилось в обеих группах, но более значимо – в основной группе: до 13,6% (в группе сравнения – до 33,3%).

По данным бактериологического исследования мочи до лечения у 15 (71,4%) пациенток группы сравнения и 17 (77,3%) пациенток основной группы высевался тот или иной возбудитель в титре от 10^4 КОЕ/мл и выше. При этом в большинстве (76%) случаев определялась *Escherichia coli*, в 11,3% – *Enterococcus spp.*, в 9,2% – *Klebsiella spp.*, в 3,5% – *Proteus spp.* По результатам бактериологического исследования мочи, после проведенной терапии патогенные микроорганизмы не выявлялись у 21 (95,5%) женщины основной группы, в то время как в группе сравнения – у 15 (71,4%) женщин. Такой результат, по-видимому, был достигнут благодаря тому, что биофлавоноиды, содержащиеся в препарате Канефрон® Н, тормозят бактериальную гиалуронидазу и тем самым ограничивают распространение бактерий в тканях, а диуретический эффект препятствует адгезии микроорганизмов.

При цистоскопии у 39 (90,7%) женщин наблюдались изменения слизистой мочевого пузыря: у 21 (48,8%) – гиперемия шейки мочевого пузыря, у 12 (27,9%) – отечность слизистой мочевого пузыря, у шести (13,9%) – петехиальные кровоизлияния. При проведении контрольной цистоскопии выявлено наличие очагов гиперемии и отека у шести (28,6%) пациенток группы сравнения и двух (9,1%) – основной группы.

При исследовании уродинамики у пациенток обеих групп до лечения при достаточном объеме выделяемой мочи отмечались повышение максимальной скорости потока мочи и снижение его средней объемной скорости (табл. 1). После проведенной терапии наблюдались снижение максимальной скорости потока мочи в основной группе на 37,5%, в группе сравнения – на 20,95% и повышение средней объемной скорости потока мочи по группам на 84,4 и 52,2% соответственно (p<0,05).

При лазерной допплеровской флоуметрии мочевого пузыря у пациенток обеих групп до лечения регистрировали снижение среднего потока крови на 25,9%, индекса эффективности микроциркуляции – на 50%. На фоне лечения показатели базального кровотока максимально возросли в основной группе, что проявилось в статистически значимом повышении и нормализации показателей перфузии и индекса эффективности микроциркуляции (табл. 2).

Заключение

Полученные результаты позволяют рекомендовать включение фитопрепарата Канефрон® Н в комплексное лечение пациенток с хроническим циститом с целью нормализации показателей уродинамики и микроциркуляции слизистой мочевого пузыря, элиминации возбудителей хронического цистита и повышения эффективности лечения.

Список литературы находится в редакции.

Таблица 1. **Динамика показателей урофлоуметрии в сравниваемых группах**

Показатель	Контрольная группа	Группа сравнения		Основная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Максимальная скорость потока мочи, мл/с	3,66±0,52	6,11±0,76	4,83±0,52	5,96±0,23	3,72±0,22*
Средняя объемная скорость потока мочи, мл/с	14,68±1,09	7,45±1,31	11,34±1,02	8,12±1,24	14,97±1,43*

*Примечание: * — разница достоверна по сравнению с данными после лечения группы сравнения, p<0,05.*

Таблица 2. **Динамика показателей микроциркуляции в сравниваемых группах**

Показатель	Контрольная группа	Группа сравнения		Основная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Показатель микроциркуляции, пф. ед.	28,50±0,80	21,50±0,81	25,63±0,92	20,65±0,34	27,24±0,76*
Среднее квадратическое отклонение, пф. ед.	7,31±0,28	5,62±0,11	6,21±0,54	5,87±0,23	6,98±0,12*
Индекс эффективности микроциркуляции, у. е.	1,36±0,10	0,65±0,03	0,94±0,87	0,71±0,02	1,32±0,45*

*Примечание: * — разница достоверна по сравнению с данными после лечения группы сравнения, p<0,05.*

* *Эффективная фармакотерапия. — 2019. — Т. 15, № 10. — С. 20-23.*

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 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.** 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.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016; **Канефрон® Н краплі оральні:** Р.П. № 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.