И.А. Дударь, д.м.н., профессор, ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины»,
А.В. Шуляк, д.м.н., профессор, ГУ «Институт урологии НАМН Украины»,
Е.Н. Лобода, к.м.н., ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины», г. Киев

Возможности фитотерапии в лечении патологии мочевыделительной системы на первичном этапе медицинской помощи

И.А. Дударь

Воспалительные заболевания мочевыводящих путей – одна из наиболее часто встречающихся соматических патологий в практике врачей широкого профиля.
Зачастую практикующим специалистам приходится сталкиваться с заболеваниями легкой и средней степени тяжести, единственными проявлениями которых бывают изменения в анализах мочи в виде лейкоцитурии с бактериурией или без нее и жалобы на незначительную дизурию. Важно отметить, что ввиду вероятности погрешности при проведении исследования (неправильно собранная моча, ложноположительные тесты, ситуативные изменения и т. д.), отсутствия выраженной клинической симптоматики, в т. ч. повышения температуры тела, подобные процессы не требуют немедленного антибактериального лечения; при этом в связи со скудностью и стертостью проявлений существует необходимость в дополнительном обследовании и уточнении диагноза.

Указанная симптоматика может быть признаком как очередного обострения (рецидива), так и других заболеваний. Кроме того, существует риск перехода данного процесса в развернутую клиническую картину обострения заболевания.

Как правило, процесс уточнения диагноза и тактики лечения требует проведения лабораторных, инструментальных исследований и наблюдения за пациентом от нескольких дней до 2 нед.

В течение этого времени целесообразно использовать щадящую терапию, которая, с одной стороны, воздействовала бы на большинство патологических процессов, лежащих в основе воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы (МВС), а с другой – не имела бы противопоказаний, ограничений и осложнений.

В настоящее время с этой целью врачами широкого профиля используются фитопрепараты, которые, обладая мягким и щадящим эффектом, не имеют существенных ограничений к применению на этапе установления диагноза, а также характеризуются комплексными фармакологическими свойствами.

Несмотря на то что фитотерапия является оптимальным решением в указанный период, с ее помощью трудно достичь прогнозируемого и гарантированного клинического эффекта. Это объясняется значительным биохимическим полиморфизмом лекарственного растительного сырья. Известно, что концентрация биологически активных веществ (БАВ), определяющих лекарственные свойства растения, может колебаться в 1,5-4 раза даже при условии сбора растений на одной территории. Это обусловлено наличием большого количества подвидов лекарственных растений, а также сбором трав на разных стадиях жизненного цикла. Кроме того, отсутствие научного подхода, направленного на идентификацию БАВ, обусловливающих лекарственную ценность растений, в большинстве случаев не позволяет разработать и применить оптимальные методы экстракции для тех или иных лекарственных растений в рамках производственного цикла.

Одним из немногих растительных лекарственных средств, в котором удалось устранить указанные недостатки, является широко применяемый в нашей практике фитонаринговый препарат Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия). Его активной субстанцией является специальная композиция BNO 1040, стандартизованная по содержанию ключевых БАВ листьев розмарина, корня любистка и травы золототысячника. В настоящее время накоплен значительный клинический опыт применения Канефрона Н как при воспалительных заболеваниях почек и мочевыводящих путей, так и при мочекаменной болезни (МКБ). Эффективность и безопасность Канефрона Н были доказаны в многочисленных клинических исследованиях, проведенных более чем в 10 странах мира. Также подтверждены такие важные фармакологические эффекты Канефрона Н, как антибактериальное (как прямое, так и обусловленное блокированием бактериальной адгезии уропатогенов к слизистым оболочкам МВС), противовоспалительное, спазмолитическое, мягкое диуретическое и нефропротекторное (антипротеинурическое) действие.

Таким образом, указанный фитопрепарат отвечает требованиям доказательной медицины и обладает широким спектром эффектов, направленных на большинство патологических процессов, лежащих в основе заболеваний МВС.

Последнее обстоятельство особенно важно для описанной ситуации отсутствия полной определенности с диагнозом и выбором оптимальной тактики лечения. Канефрон® Н применяется врачами широкого профиля в повседневной практике, в т. ч. на этапе активного наблюдения и уточнения диагноза.

Для систематизации опыта многих семейных врачей и терапевтов нами было проведено ретроспективное исследование применения Канефрона Н на этапе активного наблюдения и обследования пациентов, предъявляющих жалобы на дискомфорт внизу живота, дизурию, у которых в анализах мочи имеют место лейкоцитурия, кристаллурия, бактериурия; в анамнезе – сведения о наличии либо отсутствии хронического цистита, пиелонефрита или МКБ / солевого диатеза.

Цель работы

Изучить целесообразность назначения Канефрона Н на этапе дообследования, диагностики и уточнения тактики лечения у пациентов с нечетко выраженной симптоматикой инфекции МВС, наличием мочевого синдрома в виде лейкоцитурии, минимальной протеинурии, бактериурии.

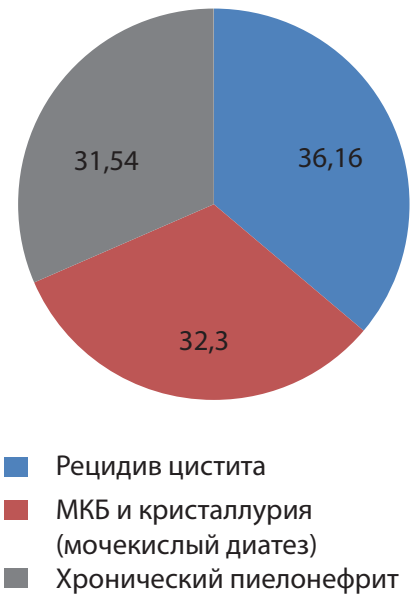
Материалы и методы

В открытом проспективном многоцентровом исследовании были обследованы 4 тыс. пациентов с проявлениями разнообразной патологии МВС. В исследовании с июня по август 2014 года были задействованы 104 врача общей практики (терапевты и семейные врачи) на базе 31 амбулаторного лечебно-профилактического учреждения в течение 12 мес. В зависимости от выраженности клинической и лабораторной симптоматики пациенты либо сразу получали терапию согласно протоколу лечения установленной патологии, либо (при нечетких клинико-лабораторных проявлениях) подвергались дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям. В последнем случае на время дальнейшего обследования назначался препарат Канефрон® Н в одной из лекарственных форм (таблетки или капли) до уточнения диагноза (визит 1). За период наблюдения пациенты повторно сдавали клинические анализы, проводилось бактериологическое исследование мочи, по показаниям использовались специальные лабораторные или инструментальные методы исследования (УЗИ и т. д.). При необходимости пациенты направлялись на консультацию к узким специалистам (урологу, нефрологу или гинекологу). Во время визита 2 при отсутствии положительной динамики после уточнения диагноза больным назначалось соответствующее лечение.

Главным критерием эффективности препарата Канефрон® Н на этапе уточнения диагноза являлась динамика дизурического синдрома, лейкоцитурии, а также появление потребности в лечении у узкого специалиста.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью стандартного пакета программ Excel, Statistics. Доверительные различия проверяли с использованием параметрического критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \le 0,05$.

Рис. 1. Структура заболеваний МВС у обследованных пациентов

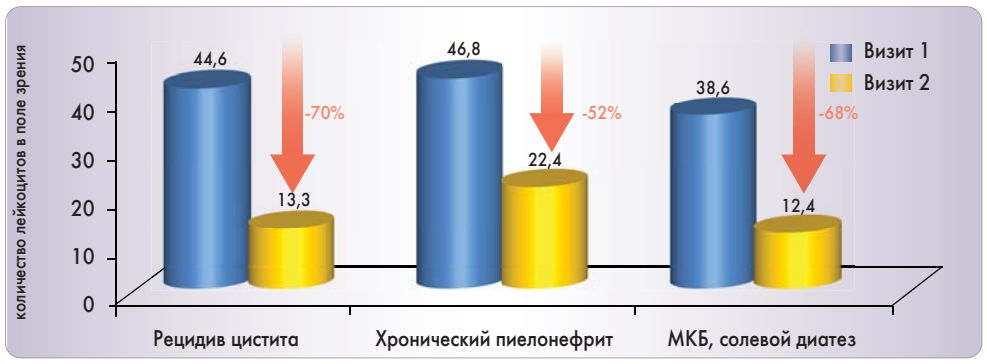


Результаты и обсуждение

Анкеты-опросники были заполнены врачами общей практики на 4 тыс. пациентов. Во время визита 1 у всех пациентов анализировались жалобы, анамнез, а также результаты общего анализа крови и мочи. Из 4 тыс. обследованных у 1708 (42,7%) пациентов имели место выраженные клинические и лабораторные проявления инфекции мочевыводящих путей (ИМП), что позволяло уже на визите 1 установить диагноз и назначить лечение. Пациенты с четкими клинико-лабораторными проявлениями заболевания в исследование не включались, терапия проводилась по протоколу лечения ИМП, при необходимости осуществлялись госпитализация, лечение у узких специалистов.

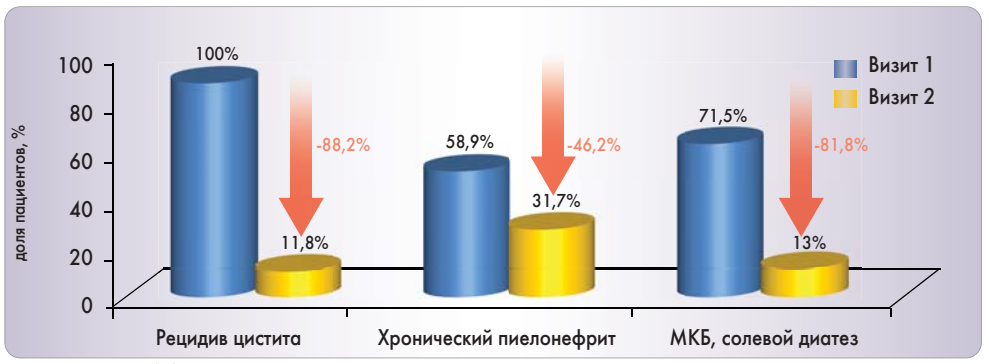
У 2292 (57,3%) пациентов нечеткая клинико-лабораторная картина

Рис. 2. Динамика лейкоцитурии на этапе дообследования в зависимости от нозологии



Примечание: p≤0,05.

Рис. 3. Динамика дизурии на этапе дообследования в зависимости от нозологии



Примечание: p≤0,05 для каждой нозологии.

диктовала необходимость дальнейшего наблюдения и проведения дополнительных инструментальных или лабораторных исследований с целью уточнения диагноза. Эти пациенты составили группу наблюдения. Все они на момент обращения (визит 1) предъявляли жалобы на невыраженные симптомы дизурии, дискомфорт внизу живота, периодические боли в поясничном отделе; в анализах мочи отмечалась незначительная либо, редко, умеренная лейкоцитурия.

Из 2292 пациентов группы наблюдения 1251 (54,6%) составляли женщины, 1041 (45,4%) – мужчины. Средний возраст пациентов равнялся 46,6 года. Среди нозологий, отмечающихся у пациентов при сборе анамнеза, наиболее частым был рецидив цистита, на втором месте по частоте – МКБ / солевой диатез. Последнее место по частоте занимал хронический пиелонефрит в фазе нестойкой ремиссии (рис. 1). Из сопутствующих заболеваний следует отметить сахарный диабет (у 8,6% пациентов), острые респираторные вирусные инфекции (у 42% обследованных ставшие причиной обращения к врачу-терапевту), гинекологические заболевания (у 18% участниц); 61% пациенток были в менопаузе. К визиту 2 у всех пациентов был установлен/уточнен окончательный диагноз и было принято решение относительно дальнейшего наблюдения и лечения.

В период между визитом 1 и визитом 2 пациенты принимали препарат Канефрон® Н 5-10 дней (в среднем 7,8 дня). Под влиянием лечения к моменту визита 2 у подавляющего большинства больных отмечались регресс дизурических жалоб и лейкоцитурия в общем анализе мочи. Так, из всего массива обследованных положительная динамика данных показателей отмечалась у 1955 (85,3%) пациентов. У 337 (14,7%) участников имела место отрицательная динамика (усиление лейкоцитурии и дизурии), что в совокупности с данными дообследования (трехразовый анализ мочи, двухстаканная проба, лейкоцитарная формула мочи, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря, при необходимости – рентгенография почек) дало возможность диагностировать обострение или рецидив заболевания, направить пациента для дальнейшего лечения к урологу или нефрологу либо назначить антибактериальную терапию согласно результатам бактериологического исследования мочи.

Важно отметить, что эффективность применения препарата Канефрон® Н на этапе обследования была различной. Так, к визиту 2 регресс жалоб и мочевого синдрома чаще отмечался у пациентов с рецидивом цистита, в несколько меньшей степени – у пациентов с МКБ / солевым диатезом либо хроническим пиелонефритом (рис. 2, 3).

Таким образом, уровень лейкоцитурии в подгруппе пациентов с циститом к моменту визита 2 снизился на 70%, в подгруппе хронического пиелонефрита – на 52%, в подгруппе МКБ / солевого диатеза – на 68%.

Как видно из рисунка 3, в подгруппе больных, имеющих в анамнезе указания на цистит, дизурический синдром был ликвидирован у 88,2% участников, в подгруппе хронического пиелонефрита отмечался регресс на 46,2%, в подгруппе МКБ / солевого диатеза – на 81,8%.

Таким образом, к моменту визита 2 у подавляющего большинства пациентов (85,3%) не было показаний для госпитализации или специального лечения. Необходимо подчеркнуть, что положительная динамика лейкоцитурии совместно с исчезновением дизурии на фоне невысокого микробного числа при бактериологическом исследовании ($<10^5$ микробных тел в 1 мл средней порции мочи у женщин или $<10^4$ микробных тел в 1 мл средней порции мочи у мужчин) стали показанием для продолжения приема Канефрона Н до нормализации анализов мочи.

Из 2292 пациентов побочные реакции в виде небольшой кожной сыпи отмечались только у 2 (менее 0,1%) пациентов. Канефрон® Н у этих участников был отменен, дальнейшее лечение проводилось в соответствии с уточненным диагнозом.

Выводы

1. Хроническая или рецидивирующая патология МВС (цистит, пиелонефрит, МКБ) в фазе нестойкой ремиссии (с минимальной степенью активности патологических процессов и клинических проявлений) требует пристального наблюдения и уточнения диагноза. За это время активность патологического процесса может уменьшиться либо трансформироваться в развернутую клиническую картину обострения. Это обстоятельство обусловливает целесообразность проведения щадящей комплексной терапии в период обследования.

2. Терапия в указанный период должна включать воздействие на широкий спектр универсальных патологических процессов, лежащих в основе воспалительных и невоспалительных заболеваний МВС.

3. Применение комплексного растительного препарата Канефрон® Н на этапе дообследования позволяет достичь снижения активности патологических процессов без перехода в развернутую клиническую картину обострения у 85,3% пациентов.

4. Наибольшая эффективность применения препарата Канефрон® Н на этапе дообследования и наблюдения отмечалась у пациентов с рецидивом цистита (регресс дизурии и лейкоцитурии на 88,2 и 70% соответственно).

5. Для полного раскрытия лечебно-профилактического потенциала Канефрона Н требуется проведение более углубленных плацебо контролируемых исследований.

Еще раз необходимо подчеркнуть, что не во всех случаях дизурия и лейкоцитурия требуют немедленного назначения антибактериальной терапии. Известные проблемы с возрастающей антибиотикорезистентностью микроорганизмов диктуют необходимость соблюдения строгих показаний при назначении антибактериальных препаратов. Отсутствие повышения температуры тела у пациентов с умеренной и незначительной лейкоцитурией и стертыми симптомами ИМП позволяет клиницисту продолжить наблюдение и дообследование пациентов. Назначение Канефрона Н в этот период оправданно, так как позволяет достичь положительной динамики без назначения антибактериальных препаратов у большинства пациентов.

Наши данные относительно наблюдения и лечения пациентов на первичном этапе оказания медицинской помощи полностью подтвердили результаты ранее проведеннного нами многоцентрового исследования эффективности Канефрона Н у больных с рецидивом цистита, хроническим пиелонефритом.

Список литературы находится в редакции.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476