



Bionorica®

Запалення сечових шляхів?
Камені нирок?

Канефрон® Н



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



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Розкриваючи силу рослин

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.** 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.

Канефрон® Н таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016, **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательству. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. 2 - Кравченко Н.Ф. 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. Современ. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар І.О., 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 людини, 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: info@bionorica.ua



Трава золототисячнику



Корінь любистку



Листя розмарину

Т.В. Будник, к.м.н., Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Инфекции мочевыделительной системы: пути повышения комплайенса к терапии у женщин

Патология мочевыделительной системы является достаточно сложной медицинской проблемой. Она вызывает множество вопросов у врачей различных специальностей. Отдельной проблемой современной медицины является вопрос комплайенса.

Термин «комплаенс» (англ. compliance) позаимствован из деловой лексики, обслуживающей экономическую сферу и бизнес. В буквальном переводе он означает «действие в соответствии с запросом или указанием». В медицине же под этим соответствием подразумевается нахождение общего языка с пациентом и достижение его приверженности к лечению, что положительно сказывается на эффективности терапии и качестве жизни больного. Вопрос комплайенса важен и в лечении инфекций мочевыделительной системы (ИМВС), поскольку это наиболее распространенные бактериальные инфекции, которые у женщин встречаются в 50 раз чаще, чем у мужчин, в основном за счет неосложненных форм острого цистита и пиелонефрита. Интересно, что к 50 годам частота развития ИМВС у мужчин и женщин примерно одинаковая. При этом у 20-30% женщин доклимактерического возраста наблюдаются повторные ИМВС, а беременность, несмотря на физиологичность процесса, является фактором, осложняющим течение ИМВС.

Говоря об осложненных и неосложненных ИМВС, необходимо помнить, что неосложненными считаются инфекционные процессы, возникшие у молодой женщины без предшествующей урологической патологии. ИМВС у мужчин и катетерассоциированные ИМВС относятся к осложненным формам.

Следует обращать внимание на наличие у больного анатомических (врожденные аномалии развития и/или расположения, стриктуры мочеточников, уретры, поликистоз почек, мочекаменная болезнь и пр.) и функциональных (гиперактивный мочевого пузырь, в т. ч. нейрогенный, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, мочеточниково-лоханочный рефлюкс) нарушений мочевыводящих путей, а также сопутствующих заболеваний (в частности, сахарного диабета, почечной и сердечной недостаточности, ВИЧ-инфекции, нейтропений различного генеза и т. д.), поскольку эти процессы предрасполагают к ИМВС. Пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии тоже попадают в категорию риска, так как установка мочевого катетера открывает входные ворота инфекции. Особенно необходимо учитывать наличие этих факторов при выборе препарата этиотропного лечения.

Проблемы рецидивирования ИМВС и антибиотикорезистентность

Одним из важнейших вопросов современной медицины является профилактика рецидивирования ИМВС и хронизации пиелонефрита. Рецидивирующей ИМВС считается при наличии до 3 эпизодов обострения в течение года или же до 2 — на протяжении полугода. Повторные инфекции мочевыводящих путей, как уже было упомянуто, развиваются чаще у женщин, причем на риск

их развития прямо влияет использование некоторых методов контрацепции и средств гигиены (например, спермициды, диафрагмальное кольцо, тампоны).

Сегодня выделяют понятия реинфекции и рецидива. При реинфекции заболевание имеет рекуррентное течение, то есть повторное проявление происходит после периода ремиссии в течение ближайших 3 мес. В случае же рецидива возобновление заболевания возникает не более чем через 2 нед после первого эпизода, пока возбудитель не изменился, а инфекционный процесс при этом является неоконченным. Как правило, рецидивы связаны с незавершенным лечением первичной инфекции из-за неадекватного подбора доз антимикробных препаратов или несоблюдения режима терапии самим пациентом. Что касается возбудителя, то факторами, влияющими на эффективность лечения, могут быть формирование резистентности к антибактериальным средствам, а также длительная персистенция инфекционного агента в организме, поскольку многие бактерии способны прикрепляться к слизистой оболочке мочевыводящих путей и долгое время оставаться в очаге инфекции, формируя т. н. биопленку. По данным зарубежных авторов, в состоянии биопленки находятся до 70% микроорганизмов. Если у пациента действительно протекает инфекционный процесс, важно вовремя назначить антибактериальный препарат, поскольку чем дольше ИМВС остается неизлеченной, тем биопленка становится толще и тем сложнее будет в дальнейшем проникнуть через нее антимикробному веществу, даже максимально правильно выбранному.

Еще одной существенной проблемой, заслуживающей пристального медицинского внимания, является, конечно же, антибиотикорезистентность. В первую очередь она активно формируется к β -лактамам антибиотикам (АБ). По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году 85% существующих АБ потеряют свою эффективность, в то время как активной разработки новых классов препаратов не ожидается. Согласно критериям, принятым международными сообществами урологов, АБ и антимикробные препараты, уровень резистентности к которым >10-20%, не могут рассматриваться в качестве эмпирической терапии ИМВС. Так, по рекомендациям ВОЗ, для предупреждения развития дальнейшей резистентности необходимо значительно сократить назначение ципрофлоксацина, который широко применяется в лечении циститов. В Украине для эмпирической антибактериальной терапии первой линии острого неосложненного цистита рекомендовано использование фосфомицина, нитрофурантоина, пивмедициллина. Какие еще меры можно предпринять для успешной борьбы с указанной проблемой? Прежде всего это исследование структуры возбудителей ИМВС и определение их

чувствительности к АБ. Следующий современный подход к лечению ИМВС — это использование альтернативных препаратов на растительной основе и формирование доказательной базы для их назначения.

Менеджмент бессимптомной бактериурии

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2017), лечение бессимптомной бактериурии у взрослых должно проводиться только в том случае, если подтверждена польза назначенных препаратов для пациента, поскольку это дополнительно позволяет избежать формирования резистентности к антибактериальным средствам. К тому же в ряде клинических исследований продемонстрировано, что наличие бессимптомной бактериурии обеспечивает защиту организма от суперинфекции и симптомной ИМВС. Указанный подход отличается лишь у беременных: настоятельно рекомендованы скрининг бессимптомной бактериурии и санация очага в случае ее выявления.

Вопрос лечения урогенитальных расстройств у женщин во время климактерия полностью не изучен. В этот период происходят различные патологические изменения, в т. ч. эпителия, которые служат предрасполагающим фоном для развития урогенитальной инфекции. Таким образом, женщинам с ИМВС не следует пренебрегать консультацией гинеколога с соответствующим назначением заместительной или местной гормональной терапии. Около 10% женщин в перименопаузальный период страдают ИМВС, тогда как в возрастной категории 55-60 лет этот показатель достигает 50%. Около 11% женщин имеют рецидивирующие циститы, не поддающиеся рутинной терапии. Поэтому среди основных рекомендаций лечения таких пациентов — минимизация антибактериальной терапии с ее назначением только при наличии реальных показаний и с учетом чувствительности микрофлоры. В ряде случаев фитотерапия, базирующаяся на принципах доказательной медицины, может быть альтернативой АБ при неосложненных формах ИМВС. Важным моментом является то, что некоторые фитоуросептики обладают симптоматической лечебно-профилактической направленностью на клинические проявления климактерия, благодаря чему они могут дополнять заместительную гормональную терапию, а также быть препаратами выбора у женщин с противопоказаниями к ней.

Антибиотики: есть ли альтернатива?

Растительные стандартизованные уросептики занимают важное место в стратегии предотвращения рецидивной инфекции мочеполовой системы у женщин наряду с прекращением использования спермицидов; длительной низкодозовой антибактериальной профилактики; приемом пероральных пробиотиков

и/или топических средств для нормализации pH влагалища; применением официальных уровакцин и эстрогенов в менопаузальный период.

Одним из действенных фитопрепаратов является Канефрон Н (компания «Бионорика СЕ», Германия). Открытое неконтролируемое многоцентровое интервенционное исследование, проведенное по стандартам GMP, в котором изучались эффективность и безопасность применения препарата Канефрон Н для лечения неосложненных ИМВС (в нем приняла участие и Украина), продемонстрировало обнадеживающие результаты. При назначении недельного курса препарата пациенткам репродуктивного возраста с острым неосложненным циститом (n=125) ни у кого из них на протяжении месяца не наблюдалось рецидивов. Во время исследования допускался (если было необходимо) переход на АБ с 3-го дня в случае отсутствия облегчения симптоматики, однако такая потребность на фоне лечения Канефроном Н возникла у менее чем 3% больных. Таким образом, Канефрон Н оказался эффективным и рациональным препаратом при лечении неосложненных ИМВС как в монотерапии, так и в комбинации с АБ, что выделяет его среди других фитопрепаратов. Он доказал принципиальную возможность выступать в качестве альтернативы уроантисептикам при остром неосложненном цистите (Иванов Д. и соавт., 2015).

Что же касается противоинфекционной активности Канефрона Н по сравнению с АБ, то одно из исследований оценки результатов применения Канефрона Н и антибактериальных препаратов у женщин с ИМВС продемонстрировало их эквивалентную эффективность. Но преимущество было все же на стороне Канефрона Н, поскольку он имел значительно меньшую частоту развития побочных явлений. Это имеет особое значение и для акушерской практики, учитывая отсутствие влияния Канефрона Н на плод. У женщин с ИМВС (у тех, кто планирует беременность, и у тех, кто готовится к родам) Канефрон Н может быть также альтернативой АБ (Квашенко В.П., 2015).

Таким образом, использование комбинированного препарата растительного происхождения Канефрон Н немецкой компании «Бионорика СЕ» является перспективным и эффективным в лечении неосложненных форм ИМВС, поскольку, помимо улучшения клинической картины и профилактики возникновения рецидивов, он способен снизить риск формирования антибиотикорезистентности, что, безусловно, одно из ключевых его преимуществ. На сегодняшний день эффективность Канефрона Н подтверждена при таких нозологиях: острые и хронические ИМВС, инфекции почек; мочекаменная болезнь (лечение и метафилактика), хронические обменные поражения почек (в т. ч. гломерулонефрит, подагра, гиперурикемия).



Т.В. Будник