

В.В. Иванов, В.Е. Хитрихеев

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова, Улан-Удэ

Проведено изучение результатов комплексной терапии больных острым циститом с применением таблеток сухого экстракта и отвара листьев толокнянки обыкновенной. В ходе исследования, при использовании фитопрепаратов, выявлено значительное повышение эффективности лечения, увеличение сроков безрецидивного периода, снижение числа рецидивов инфекции в отдаленном периоде.

Ключевые слова: фитотерапия, цистит, лечение

PHYTOTHERAPY FOR ACUTE CYSTITIS

V.V. Ivanov, V.E. Hitiheev

Buryat State University, Ulan-Ude
Municipal Clinical Hospital of First Aid named after V.V. Angapov, Ulan-Ude

The results of the complex therapy of patients with acute cystitis by tablets of dry extract and decoction of *Arctostaphylos Uvae Ursi* leaves was analyzed. The use of phytomedicines considerably improves efficiency of treatment, increases the time of without-relapse period and reduces a number of infection recurrences in the later period.

Key words: phytotherapy, cystitis, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Острый цистит является широко распространенным заболеванием и встречается преимущественно у женщин. В России имеет место 26–36 млн. случаев острого цистита в год [2, 5]. Рецидив заболевания, в течение года, развивается у 50 % женщин [8]. Традиционные курсы антибактериальной терапии не всегда дают ожидаемого эффекта [7]. С этих позиций вызывает интерес использование в комплексном лечении цистита растительных лекарственных средств, в частности, препаратов толокнянки обыкновенной, которые оказывают дезинфицирующее, мочегонное и противовоспалительное действие, благодаря содержанию в них значительного количества арбутина и дубильных веществ [1]. Кроме того, препараты толокнянки обыкновенной обладают мембраностабилизирующим, антиоксидантным, гипоазотемическим и стимулирующим регенерацию действием [6]. Лечебный эффект традиционно применяемого при цистите отвара листьев толокнянки обыкновенной в полной мере свойственен новой лекарственной форме — сухому экстракту толокнянки обыкновенной — разработанной сотрудниками Отдела биологически активных веществ Института общей и экспериментальной биологии СО РАН [4]. Создана удобная для использования лекарственная форма в виде таблеток экстракта толокнянки сухого 0,05 г, с регламентируемой не менее 25 % суммой фенологликозидов в пересчете на арбутин стандарт [3].

Цель исследования — определение клинической эффективности таблеток экстракта сухого и отвара листьев толокнянки обыкновенной в комплексной технологии лечения больных острым циститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании, из 207 больных острым циститом (ОЦ) было 198 (96 %) женщин и 9 (4 %) мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст больных ОЦ составил — $33,7 \pm 1,7$ лет. На стационарном лечении находились 24 (11,6 %) человека, амбулаторном — 183 (88,4 %). Анамнез заболевания составил от нескольких часов до 7–8 суток. У 194 (94 %) больных ОЦ, данный эпизод имел место первый раз в жизни, у 13 (6 %) в анамнезе, более года назад, отмечался единичный эпизод дизурии.

Общий отбор больных осуществлялся по следующим критериям: возраст от 18 до 65 лет; наличие клинических проявлений цистита и соответствующего анамнеза заболевания; отсутствие obstructивных уropатий и нейрогенных расстройств мочеиспускания; отсутствие аллергических реакций на антибиотики; информированное согласие больного.

Клинико-лабораторные проявления заболевания:

1. Дизурические расстройства встречались у 207 (100 %) больных.
2. Болевой синдром, включающий в себя боли внизу живота и пояснично-крестцовой области, имел место у 87 (42 %) больных.
3. Лейкоцитурия — более 8 лейкоцитов в поле зрения в клиническом анализе мочи, более 3000 в 1 мл по Нечипоренко, отмечалась у 207 (100 %) больных.
4. Эритроцитурия — 3 и более эритроцитов в поле зрения в клиническом анализе мочи, более 1000 эритроцитов в 1 мл по Нечипоренко, имела место у 98 (47 %) больных.
5. Лейкоцитоз крови (более $9 \times 10^9/\text{л}$) и повышение СОЭ более чем 15 мм/час выявлены у 36 (17 %) пациентов.

6. Биохимические показатели крови (билирубин, мочеви́на, креатинин, электролиты, сахар) были без отклонения от нормы у 203 (98 %) пациентов.

7. Субфебрильная температура, в течение первых 1 – 3 дней имела место у 14 (7 %) пациентов.

Основные возбудители заболевания, выявленные у 30 больных ОЦ: *E. coli* – 22 (73 %); *St. Saprophyticus* – 4 (13 %); *St. Epidermidis* – 2 (7 %); *Proteus sp.* – 1 (3,5 %); *Klebsiella sp.* – 1 (3,5 %). Основным видом возбудителя заболевания являлась кишечная палочка, которая была обнаружена в 22 (73 %) случаях.

Бактериологическое исследование мочи проводили в начале лечения, по показаниям – в процессе терапии и, в обязательном порядке – по завершению курса лечения. У большинства молодых женщин, бактериологическое исследование мочи, согласно существующим рекомендациям, в начале заболевания не проводилось, им назначалась эмпирическая антибактериальная терапия.

Стандартные схемы базисной антибактериальной терапии включали в себя использование двух антибиотиков и их сочетаний: ципрофлоксацина и цефотаксима.

Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам составила: к ципрофлоксацину – 96 %, цефотаксиму – 98 %.

Короткий курс антибактериальной терапии – 3 дня, назначали больным острым неосложненным циститом (заболевание у здоровой небеременной пациентки в возрасте 16-65 лет).

Больным острым циститом с факторами риска назначали курс антибактериальной терапии в течение 7 дней.

К факторам риска при ОЦ относили: лица мужского пола; возраст старше 65 лет; длительность сохранения симптомов более 7 дней; выраженность клинических и лабораторных проявлений заболевания (гематурия, субфебрильная температура); использование диафрагм и спермицидов; сахарный диабет; выраженность клинических и лабораторных проявлений заболевания (гематурия, субфебрильная температура).

По показаниям, как симптоматические средства, дополнительно применяли спазмолитики и анальгетики, не более 1 – 3 дней.

В нашем исследовании, на фоне традиционного курса лечения цистита, как дополнительный метод, применялась фитотерапия. В качестве растительных лекарственных средств были использованы таблетки сухого экстракта толокнянки обыкновенной (ТСЭТО) и отвар листьев толокнянки обыкновенной (ОЛТО). Использовались различные по продолжительности схемы лечения.

В основную группу включены больные циститом, получавшие комплексную терапию с использованием ТСЭТО. Группу сравнения составили больные, получавшие комплексное лечение с использованием препарата сравнения – ОЛТО. Контрольную группу больных составили пациенты, получавшие традиционную (базисную) терапию цистита. Группы больных были одинаковы по полу, возрасту, клиническому течению заболевания. Формирование контингента больных происходило методом случайной выборки.

Таблетки сухого экстракта толокнянки обыкновенной назначали по 200 мг 3 раза в день. Отвар листьев толокнянки обыкновенной готовился по технологии, рекомендованной ГФ XI (1989). Курс лечения составил 7 и 21 дней.

Группы больных ОЦ и схемы лечения отражены в таблице 1. В соответствии со схемами лечения заболевания, больные были разделены на 6 групп. Первые три группы (I, II, III) составили пациенты, у которых был острый цистит, с выявленными факторами риска. Они получали лечение в течение 7 дней. Соответственно, группа I была основной (ТСЭТО), группа II – сравнения (ОЛТО), группа III – контрольной (базисная терапия). Следующие три группы (IV, V, VI) составили пациентки с острым неосложненным циститом, антибактериальная терапия у них продолжалась 3 дня. Основная (ТСЭТО) – IV группа и сравнения (ОЛТО) – V группа, были разделены на подгруппы (А и Б) по продолжительности фитотерапии (7 или 21 день). Контрольная (VI) группа больных принимала в качестве лечения только антибактериальную терапию в течение 3 дней. Проводилось сравнение результатов лечения в разных группах больных.

Таблица 1

Группы больных ОЦ и схемы лечения

Диагноз	Группы больных	Подгруппы больных	Схема лечения	Количество больных
Острый цистит (с факторами риска)	I	–	Базисная терапия 7 дней + ТСЭТО по 200 мг 3 раза в день 7 дней	26
	II	–	Базисная терапия 7 дней + ОЛТО по 1 ст. ложке 4 раза в день 7 дней	30
	III	–	Базисная терапия 7 дней	30
Острый неосложненный цистит	IV	A	Базисная терапия 3 дня + ТСЭТО по 200 мг 3 раза в день 7 дней	24
		Б	Базисная терапия 3 дня + ТСЭТО по 200 мг 3 раза в день 21 день	22
	V	A	Базисная терапия 3 дня + ОЛТО по 1 ст. ложке 4 раза в день 7 дней	26
		Б	Базисная терапия 3 дня + ОЛТО по 1 ст. ложке 4 раза в день 21 день	24
	VI	–	Базисная терапия 3 дня	25

Терапевтический эффект, в процессе лечения, оценивался по конечному результату: выздоровление, улучшение, неэффективность терапии. Выздоровление — исчезновение клинических симптомов заболевания, нормализация анализов мочи и крови, отсутствие роста микробной флоры в посевах мочи. Улучшение — при отсутствии бактериурии, неполное исчезновение симптомов и признаков острого воспаления мочевого пузыря, отсутствие необходимости назначения дополнительной антибактериальной терапии. Неэффективность терапии — недостаточное уменьшение симптомов и признаков острого воспаления мочевого пузыря, необходимость назначения дополнительной антибактериальной терапии.

Критерием бактериологической оценки эффективности лечения являлась эрадикация — полное исчезновение первоначально выявленного возбудителя.

Одним из основных показателей эффективности лечения считали процент рецидивов заболевания в течение года. За рецидив заболевания принимали, появляющиеся в период наблюдения клинические проявления цистита, с изменениями в анализах мочи воспалительного характера. Основным признаком рецидива инфекционного процесса являлась бактериурия 10^3 микробных тел в 1 мл мочи и более.

Диспансерное наблюдение проводилось в течение года, с 1–3-месячным интервалом между посещениями, при которых по показаниям выполнялся посев мочи на микрофлору, клинические анализы крови и мочи. При первых признаках рецидива заболевания, пациенты сразу же обращались на прием к врачу.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ (Microsoft Office 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения оценивали в виде интегрального показателя — среднего срока восстановления нормального акта мочеиспускания и купирования клинических симптомов заболевания. Симптомы заболевания прекращались значительно раньше в I группе больных — $3,1 \pm 0,1$ дней, IV — подгруппа «А» — $3,2 \pm 0,6$ дней, «Б» — $3,2 \pm 0,4$, т. е. в группах больных, получавших дополнительно к базисной терапии ТСЭТО. Показатели в группах больных, получавших ОЛТО следующие: II — $3,8 \pm 0,4$ дней, V: «А» — $3,9 \pm 0,3$ дней, «Б» — $4,0 \pm 0$. Средние сроки купирования клинических симптомов заболевания в группах больных, получавших ОЛТО, были несколько больше, чем в группах, получавших ТСЭТО, но эта разница не достоверна ($p > 0,05$). Средние сроки восстановления нормального акта мочеиспускания и купирования клинических симптомов заболевания в группах больных (III — $4,5 \pm 0,3$ дней, VI — $5,6 \pm 0,1$), получавших только базисную терапию достоверно удлинялись по сравнению с группами, получавшими ТСЭТО. Причем, в группе больных (VI), получавшей только

короткий курс антибактериальной терапии, этот показатель составил $5,6 \pm 0,1$ дней (сроки восстановления значительно позже, чем во всех других группах больных). Необходимо отметить, что у 4 (16 %) пациенток из этой группы больных жалобы на чувство дискомфорта при мочеиспускании сохранялись более длительное время (до двух недель).

Результаты анализов лабораторных и биохимических показателей крови, во всех группах больных достоверно не отличались до и после лечения.

Нормализация показателей анализов мочи в результате лечения отмечалась на 7 сутки во всех группах больных. Лейкоцитурия сохранялась у 2 (7 %) больных III группы (базисная терапия 7 дней) и у 1 (4 %) больной из VI группы (базисная терапия 3 дня), по окончании срока лечения.

При анализе клинической эффективности проведенной терапии констатируется, что во всех группах больных, принимавших дополнительно фитопрепараты, имело место выздоровление в процессе лечения. В группах больных, принимавших только базисную терапию, выздоровление достигнуто в 93 % случаев, в 7 % — улучшение.

У больных острым циститом с факторами риска рецидивы заболевания в течение года достоверно чаще развивались у больных III группы (базисная терапия) — 8 (26,6 %), по сравнению с I (ТСЭТО) — 3 (11,5 %) и II (ОЛТО) — 5 (16,6 %). Разница в результатах лечения между I — II и III группами достоверна — $p < 0,05$. Достоверной разницы в результатах отдаленного лечения между группами больных, получавших ТСЭТО и ОЛТО, нет. Однако, в абсолютном количестве, число рецидивов в группе, получавшей ТСЭТО на 2 (5,1 %) меньше, чем в группе больных, получавшей ОЛТО. Из 7 рецидивов заболевания, развившихся в течение года у больных III группы (базисная терапия 7 дней), 6 (85,7 %) — имели место в течение первых трех месяцев после лечения. В I и II группе было по два рецидива (66,7 % и 40 %) позднее 3 месяцев.

Рецидивы заболевания у больных острым неосложненным циститом, получавших короткие курсы антибактериальной терапии (VI группа), отмечены у 8 (32 %) из 25, что достоверно выше, чем IV и V группах — $p < 0,01$. Число рецидивов заболевания в IV и V группах больных: IV (ТСЭТО) — подгруппа «А» — 3 (12,5 %), «Б» — 2 (9 %); V (ОЛТО) — подгруппа «А» — 3 (11,5 %), «Б» — 2 (8,3 %). В подгруппах больных, принимавших фитопрепараты в течение 21 дня (подгруппы «Б»), рецидивы заболевания встречались несколько реже, чем в подгруппах «А», принимавших фитопрепараты 7 дней, однако, эти отличия статистически не достоверны.

Общее количество рецидивов в группах больных представлено в таблице 2. Как отражено в таблице 2, число рецидивов заболевания у больных, принимавших фитопрепараты значительно меньше, чем у пациентов, получавших только антибактериальную терапию. Необходимо отметить следующее: количество рецидивов в группе больных, принимавшей антибактериальную терапию, в 81 % случаев произошло в течение 3 месяцев после лечения, в группах

Отдаленные результаты лечения в группах больных острым циститом, абс. (%)

Рецидив заболевания	Группы больных			
	Основная (ТСЭТО)	Сравнения (ОЛТО)	Контрольная (базисная терапии)	Итого
Через 1 месяц	–	–	5	5
Через 2 месяца	–	–	4	4
Через 3 месяца	4	5	4	13
Через 4–6 месяцев	3	3	2	8
Через 7–9 месяцев	1	2	1	4
Через 10–12 месяцев	–	–	–	–
Всего, в течение года	8 (11,1)*	10 (12,5)*	16 (29)	34 (16,4)
Отсутствие рецидива	64 (88,9)*	70 (87,5)*	36 (71)	173 (83,6)
Всего	72 (100)	80 (100)	55 (100)	207 (100)

Примечание: * – $p < 0,05$ – достоверность различий результатов в сравнении с контрольной группой больных.

больных, дополнительно принимавших ТСЭТО и ОЛТО, это произошло в 50 % случаев.

Таким образом, применение ТСЭТО и ОЛТО в комплексном лечении больных острым циститом сокращает сроки купирования клинических симптомов заболевания в остром периоде, причем, эффективность ТСЭТО, превышает эффект использования традиционного растительного средства – ОЛТО.

Применение фитопрепаратов в комплексном лечении острого цистита сокращает количество рецидивов инфекции мочевого пузыря в течение года.

Наиболее перспективным является использование фитотерапии в комплексном лечении больных острым неосложненным циститом, где применяются короткие курсы антибактериальной терапии, прием фитопрепаратов, в данном случае, значительно повышает эффективность лечения, при минимальном использовании антибиотиков.

Эффективность фитотерапии, с использованием препаратов толокнянки обыкновенной, зависит от длительности приема растительного лекарственного средства. Применение фитопрепаратов в течение 21 дня, показало лучшие результаты, чем 7 дневные курсы, хотя эти результаты оказались в наших исследованиях статистически не достоверными. Тем не менее, по нашему мнению, предпочтительнее использовать более продолжительные курсы фитотерапии (3 – 4 недели).

Лекарственная форма в виде таблеток, является более удобной для использования, чем отвар, что неоднократно отмечалось пациентами.

Сведения об авторах

Иванов Виктор Викторович – МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангасова, заведующий урологическим отделением, кандидат медицинских наук. 670042, г. Улан-Удэ, Проспект Строителей 1, МУЗ ГК БСМП урологическое отделение, тел. 8(3012) 55-62-58; bsmtp@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – Бурятский Государственный Университет, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук

ЛИТЕРАТУРА

1. Кукес В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии / В.Г. Кукес. – М.: Медицина, 1999. – 192 с.
2. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы / О.Б. Лоран, Л.А. Сиянкова. – М.: МИА, 2008. – 88 с.
3. Нагаслаева Л.А. Разработка технологии производства экстракта толокнянки сухого и создание лекарственной формы на его основе. Методы их стандартизации: Автореф. дис. ... канд. фарм. наук / Л.А. Нагаслаева. – М., 1994. – 21 с.
4. Патент 206430 РФ. Способ получения средства, обладающего мочегонной и противовоспалительной активностью / Л.А. Нагаслаева, В.И. Глызин, Т.Д. Даргаева, С.М. Николаев, Л.Н. Шантанова, А.Г. Мондодоев; Опубл. 27.07.96.
5. Переверзев А.С. Инфекции и воспаление в урологии / А.С. Переверзев, М.И. Коган – М.: АБВ-пресс, 2007. – 244 с.
6. Экспериментальная фитотерапия поврежденных почек / С.М. Николаев, Л.Н. Шантанова, А.Г. Мондодоев, А.А. Маркарян и др. – Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 2003. – 186 с.
7. Guidelines on urinary and male genital tract infections / E.U.A. – 2007. – 75 p.
8. Hooton T.M. **Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection** / T.M. Hooton, W.E. Stamm / Infect. Dis. Clin. N. Am. – 1997. – Vol. 11. – P. 551 – 581.