

ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

[И. В. Алёшин¹, Ю. Е. Зайцев²](#)

¹БУЗОО «Детская городская поликлиника № 5» (г. Омск)

²БУЗОО «Областная детская клиническая больница» (г. Омск)

Терапия инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у детей имеет большое значение в виду большой распространенности у них и частой хронизации воспалительного процесса. Мы изучили действие растительного препарата Канефрон на течение ИМП у детей. Наблюдались 139 детей с ИМП. I группа (53 ребенка) по окончании основной терапии 2 месяца получали Канефрон Н. II группа (48) получали фурагин. Контрольная группа (38). В контрольной группе рецидивы отмечены в 16 % случаев, в I–II группах в 2 % случаев ($p < 0,05$). Побочных эффектов при применении Канефрона Н не отмечено. У детей с ИМП применение Канефрона Н после окончания терапии антибиотиками способствует снижению риска рецидивов заболевания.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, лекарственные растения, Канефрон Н, фитотерапия, фитопрепарат.

Алёшин Игорь Валерьевич — врач детский хирург, уролог-андролог, БУЗОО «Детская городская поликлиника № 5», г. Омск, рабочий телефон: 8 (3812) 36-04-34, e-mail: mitsib@mail.ru

Зайцев Юрий Егорович — кандидат медицинских наук, врач детский хирург, уролог-андролог, БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск, рабочий телефон: 8 (3812) 36-22-37, e-mail: zay.yuri@gmail.com

Введение. Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) у детей — группа заболеваний инфекционно-воспалительного происхождения одного или нескольких сегментов мочевого тракта от периренальной фасции до наружного отверстия уретры без конкретной локализации патологического процесса. По мнению экспертов ВОЗ, первичная, неосложненная и относительно быстро проходящая манифестация ИМП не требует проведения специальных методов исследования. При повторении эпизода ИМП пациент обязательно должен пройти полное клиническое исследование для установления топического диагноза. ИМП является одним из наиболее частых бактериальных инфекционных заболеваний в детском возрасте и имеет широкое распространение [10].

Знание вопросов диагностики и адекватной терапии ИМП у детей имеет большое практическое значение. Во-первых, в структуре заболеваний детского возраста ИМП

по распространенности уступает только инфекциям дыхательных путей. Во-вторых, у значительной части детей по разным причинам наступает хронизация воспалительного процесса, что значительно увеличивает продолжительность и стоимость лечения [1]. В-третьих, истоки многих осложнений ИМП, и в первую очередь это касается нефрогенной гипертензии и хронической почечной недостаточности (ХПН), лежат в детском возрасте [7, 4].

Предрасполагающие факторы развития инфекции включают аномалии развития мочевого тракта, нарушения пассажа мочи, незрелость иммунитета. Приблизительно у 30 % детей ИМП рецидивирует, причем у большинства из них рецидив возникает в течение 3-го месяца после начала [9].

Диагноз ИМП у ребенка устанавливается при наличии клинических проявлений заболевания и по данным бактериологического исследования мочи. Моча может быть взята из средней порции при естественном мочеиспускании, бактериурия составляет 10^5 и более КОЕ в 1 мл или в моче, полученной при катетеризации мочевого пузыря.

В общей структуре заболеваний детского возраста ИМП, включая пиелонефрит, по распространенности более 5 % у девочек и 1–2 % у мальчиков. Частота распространения зависит от пола и возраста. В период новорожденности заболевание чаще встречается у мальчиков. В последующем во всех возрастных группах преобладают девочки [2]. По сводным данным литературы, к семилетнему возрасту 5–7 % девочек и 1,6–2,0 % мальчиков имели хотя бы один эпизод ИМП, подтвержденный бактериологически [3, 8].

Кишечная палочка встречается в 80–90 % случаев внебольничной неосложненной ИМП [5]. Для ИМП и острого пиелонефрита характерна монофлора [6].

Из-за риска рубцевания почек при ИМП очень важна оптимальная этиотропная терапия. В последние годы педиатры все больше внимания уделяют фитопрепаратам, так как помимо комплексности их воздействия у них значительно меньше побочных эффектов, по сравнению с синтетическими препаратами. Мы изучили действие растительного препарата Канефрон на течение инфекции мочевых путей у детей.

Канефрон Н производит немецкая компания Bioplogica AG, в основе философии которой лежит такое понятие, как «фиторининг», означающее использование многовековых традиций фитотерапии и соединение их с новейшими научными технологиями. В каждой таблетке препарата этой фирмы содержится всегда одинаковое количество активных веществ, а риск побочных реакций сведен к минимуму.

В состав препарата входят лекарственные растения: золототысячник, любисток, розмарин, которые используют в народной медицине при заболеваниях почек. Трава золототысячника богата фенольными и коричневыми кислотами, содержит флавоноиды. В состав корня любистока входят эфирные масла, а также фалкариндиол, обладающий антибактериальными свойствами. Растительное сырье розмарина содержит эфирное масло, фенольные компоненты представлены целым рядом флавоноидов. В связи с содержанием в составе препарата веществ, обладающих антибактериальным эффектом, его применение при инфекции мочевой системы теоретически обосновано.

Комплексная работа этих веществ оказывает мощное оздоравливающее воздействие на мочевыделительную систему. Эфирное масло любистока и розмарина улучшают кровоснабжение почечного эпителия. Любисток, благодаря содержанию фталидов,

оказывает мощное спазмолитическое действие, из-за чего улучшается отток мочи, а боль утихает. Розмарин давно известен как хорошее противовоспалительное средство. Все вместе — розмарин, любисток и золототысячник помогают нормализовать кислотность мочи, поэтому Канефрон можно использовать и в профилактических целях для предупреждения образования камней в почках.

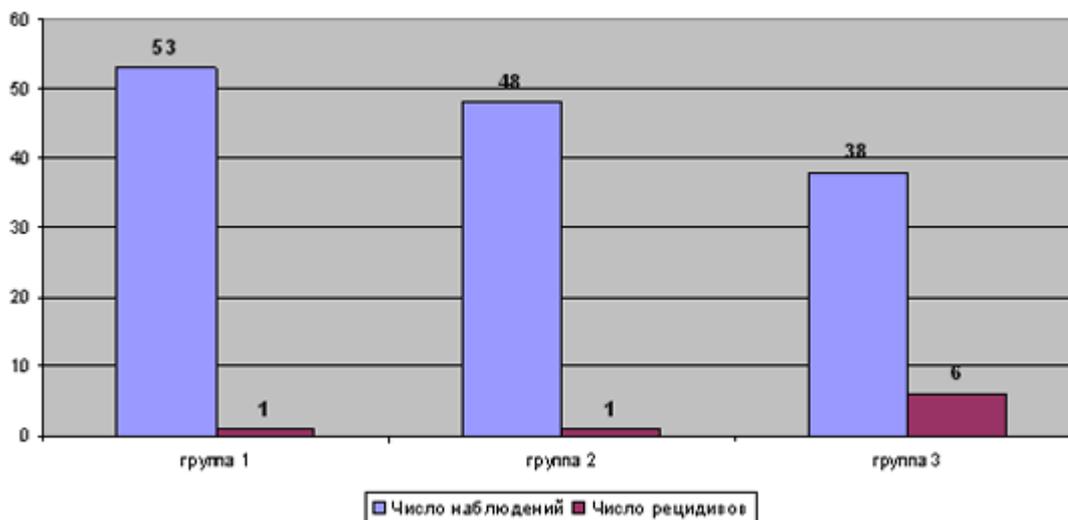
Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 139 детей в возрасте от 12 месяцев до 15 лет с ИМП или острым пиелонефритом. Все пациенты были разделены на 3 группы. В I группе (53 ребенка) после окончания терапии уросептиками или антибиотиками дети в течение 1,5–2 месяцев получали комплексный растительный препарат Канефрон Н (дети 7–15 лет — по 25 капель 3 раза в день, 1–7 лет — по 15 капель 3 раза в день). Во II группе (48 детей) после антибиотиков получали фурагин в поддерживающей (1,5–2 мг/кг в один прием) дозе в течение одного месяца. В контрольной III группе (38 детей) после окончания курса антибиотиков терапию прекращали.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с ИМП в контрольной III группе в течение 3-го месяца после окончания терапии уросептиками или антибиотиками рецидивы отмечены в 16 % случаев, в I–II группах, получавших комплексный растительный препарат и фурагин, в период приема препаратов рецидивы отмечены в 2 % случаев ($p < 0,05$) (см. табл.). Побочных эффектов за время применения комплексного растительного препарата Канефрон Н у пациентов I группы не отмечено. Во II группе (дети, принимавшие фурагин) у 9-ти детей были отмечены жалобы на тошноту и рвоту, у 2-х наблюдалась аллергическая сыпь (см. рис.).

Количество рецидивов в группах

Частота рецидивов	Группа		
	1-я группа (n = 53)	2-я группа (n = 48)	3-я группа (n = 38)
	1	1	6
Процент от числа наблюдаемых в группе	1,89 % *	2,08 %	15,79 %

Примечание: достоверность * — $p < 0,05$



Количество рецидивов в группах

По нашим данным, действие комплексного растительного препарата Канефрон Н у детей с инфекцией мочевой системы без нарушения уродинамики сопоставимо с действием нитрофуранов. Все входящие в комплексный растительный препарат лекарственные растения обладают антимикробным действием в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов.

Преимуществом применения комплексного растительного препарата в целях профилактики рецидивов инфекции мочевой системы является меньшая частота побочных эффектов по сравнению с антибактериальными препаратами.

Выводы. Таким образом, у детей с ИМП или острым пиелонефритом применение Канефрона Н в первые 2 месяца после окончания терапии антибиотиками способствует снижению риска рецидивов заболевания, что наряду с редкостью побочных реакций обуславливает целесообразность использования данного препарата. Выявлено снижение частоты рецидивов у детей с ИМП, получавших растительный препарат в течение двух месяцев после окончания лечения антибиотиками по сравнению с детьми, у которых после курса антибиотиков терапия была прекращена.

Большим преимуществом средства Канефрон Н является возможность его использования и в качестве основной терапии, и как комплексного средства, которое усиливает эффект базового противовоспалительного лечения.

Можно принимать Канефрон Н довольно продолжительное время от начала лечения, а затем и для закрепления результата. О конкретных цифрах лучше всего говорить индивидуально с врачом.

Список литературы

1. Особенности течения, клиники, диагностики и лечения некоторых заболеваний органов мочевой системы у детей раннего возраста / В. И. Вербицкий, О. Л. Чугунова, С. В. Яковлева [и др.] // Педиатрия. — 2002. — № 2. — С. 4–9.
2. Игнатова М. С. Эволюция представлений о микробно-воспалительных заболеваниях органов мочевой системы / М. С. Игнатова // Нефрология и диализ. — 2001. — № 2. — С. 218–222.
3. Коровина Н. А. Острый цистит у детей : клиника, диагностика, лечение / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Э. Б. Мумладзе // Лечащий врач. — 2003. — № 7. — С. 63–69.
4. Лукьянов А. В. Современная технология диспансеризации детей с инфекциями мочевой системы / А. В. Лукьянов // III Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». — М. : Медпрактика, 2004. — С. 279–280.
5. Наумова В. И. Роль фимбриальных адгезинов и продукция некоторых ферментов *E. Coli* в развитии пиелонефрита у детей / В. И. Наумова, Т. Б. Сенцова // Вопр. охраны материнства и детства. — 1991. — № 9. — С. 54–59.
6. Этиопатогенетическая структура воспалительных заболеваний мочевыводящей системы у детей по данным детского урологического отделения 4-й городской клинической больницы г. Минска / Н. Е. Савченко, Е. И. Юшко, А. Д. Апцешко [и др.] // 5-я конф. Бел. ассоц. урологов (БАУ) «Инфекция в урологии», 4-й ежегод. бел.-пол. симп. урологов, 2-я школа-семинар Евр. ассоц. урологов (ЕАУ) в Беларуси : тез. докл. — Минск, 2001. — С. 120–122.
7. Raz R. Urinary tract infections in children — present and future / R. Raz // Harefuah. — 2003. — Vol. 142, N 4. — P. 269–271.

8. Riccabona M. Urinary tract infections in children / M. Riccabona // Curr. Opin. Urol. — 2003. — Vol. 13, N 1. — P. 59–62.
9. Shlager T. Urinary tract infections in infants and children II Infect. / T. Shlager // Dis. Clin. — 2003. — N 17. — P. 353–365.
10. Zorc J. Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections II / J. Zorc, D. Kiddoo, K. Shaw // Clin. Microbiol. Rev. — 2005. — N 18. — P. 417–422.

PHYTOTHERAPY IN TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTION AT CHILDREN

I. V. Alyoshin¹, Y. E. Zaytsev²

¹*BHEOR «Children city out-patient hospital № 5» (Omsk c.)*

²*BHEOR «Regional children clinical hospital» (Omsk c.)*

Therapy of the urinary tract infection (UTI) at children is of great importance owing to big prevalence at them and frequent synchronization of inflammatory process. We studied action of vegetable preparation such as Kanefron on UTI progress at children. 139 children with UTI were observed. The I group (53 children) received Kanefron N upon termination of the main therapy during 2 months. II group (48) received furaginum. Control group (38). Recurrence is registered in control group in 16% of cases, in the I-II groups in 2% of cases ($p < 0,05$). By-effects at application of Kanefron N are not registered. Application of Kanefron N after the end of antibiotics therapy promotes depression of risk of recurrence of the disease at children with UTI.

Keywords: urinary tract infection, pyelonephritis, herbs, Kanefron N, phytotherapy, phytopreparation.

About authors:

Alyoshin Igor Valeryevich — doctor, children surgeon, urologist-andrologist at BHEOR «Children city out-patient hospital № 5», office phone: 8 (3812) 36-04-34, e-mail: mitsib@mail.ru

Zaitsev Yury Egorovich — candidate of medical sciences, doctor, children surgeon, urologist-andrologist at BHEOR «Regional children clinical hospital», office phone: 8 (3812) 36-22-37, e-mail: zay.yuri@gmail.com

List of the Literature:

1. Features of progress, clinic, diagnostics and treatment of some diseases of urinary organs system at children of early age / V. I. Verbitsky, O. L. Chugunova, S. V. Yakovleva [etc.] // Pediatrics. — 2002. — № 2. — P. 4-9.
2. Ignatov M. S. Evolution of ideas of microbial and inflammatory diseases of urinary system organs / M. S. Ignatov // Nephrology and dialysis. — 2001. — № 2. — P. 218-222.

3. Korovina N. A. Acute cystitis at children: clinic, diagnostics, treatment / N. A. Korovina, I. N. Zakharova, E. B. Mumladze // *Attending physician*. — 2003. — № 7. — P. 63-69.
4. Lukyanov A. V. Modern technology of medical examination of children with urinary tract infections / A. V. Lukyanov // the III Russian congress «Modern technologies in pediatrics and children's surgery». — M: Medical practice, 2004. — P. 279-280.
5. Naumov V. I. Role fimbria adhesin and production of some E. Coli enzymes in development of pyelonephritis in children / V. I. Naumova, T. B. Sentsov // *Issues maternity and childhood protection*. — 1991. — № 9. — P. 54-59.
6. Ethio-pathogenetic structure of inflammatory diseases of urinary system at children according to children's urology department of the 4th city hospital of Minsk / N. E. Savchenko, E. I. Yushko, A. D. Aptseshko [etc.] // The 5th conf. of as. of urologists (BAU) «Infection in urology», the 4th ann. Bel. as. of urologists, 2nd school seminar of Ur. as. of urologists (EAU) in Belarus: thesis. of rep. — Minsk, 2001. — P. 120-122.
7. Raz R. Urinary tract infections in children — present and future / R. Raz // *Harefuah*. — 2003. — Vol. 142, N 4. — P. 269-271.
8. Riccabona M. Urinary tract infections in children / M. Riccabona // *Curr. Opin. Urol.* — 2003. — Vol. 13, N 1. — P. 59-62.
9. Shlager T. Urinary tract infections in infants and children II *Infect.* / T. Shlager // *Dis. Clin.* — 2003. — N 17. — P. 353-365.
10. Zorc J. Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections II / J. Zorc, D. Kiddoo, K. Shaw // *Clin. Microbiol. Rev.* — 2005. — N 18. — P. 417-422.