

М.А. Мамаева

Детский консультативно-диагностический центр Приморского района, Санкт-Петербург

Роль фитопрепаратов в комплексном лечении инфекций мочевой системы у детей

ШИРОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ (ИМС) У ДЕТЕЙ, ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ И РОСТ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗАСТАВЛЯЮТ ИСКАТЬ НОВЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ 380 ДЕТЕЙ ПОКАЗАЛ, ЧТО ФИТОТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ НЕ ВСЕГДА АДЕКВАТНО, ХОТЯ ОНА МОЖЕТ БЫТЬ ВАЖНЫМ ЗВЕНОМ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ. У 110 ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 5 МЕС ДО 15 ЛЕТ ИЗУЧЕНА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ ИМС С ВКЛЮЧЕНИЕМ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА «КАНЕФРОН Н». СОГЛАСНО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ КОМБИНАЦИИ АНТИБИОТИКОВ И ФИТОПРЕПАРАТА, РЕЦИДИВЫ ИМС ОТСУТСТВОВАЛИ В 99% СЛУЧАЕВ ЧЕРЕЗ 6 МЕС И В 91% — ЧЕРЕЗ 1 ГОД НАБЛЮДЕНИЯ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ, ФИТОТЕРАПИЯ.

101

Контактная информация:

Мамаева Марина Аркадьевна,
кандидат медицинских наук,
консультант Детского консультативно-
диагностического центра Приморского
района Санкт-Петербурга
Адрес: 197374, Санкт-Петербург,
ул. Школьная, д. 114, к. 1,
тел. (812) 344-55-20
Статья поступила 03.06.2008 г.,
принята к печати 06.10.2008 г.

Инфекции мочевой системы (ИМС) стабильно занимают ведущее место в структуре нефро- и уропатий у детей, встречаемость заболеваний данной группы составляет около 18 случаев на 1000 детского населения [1]. В то же время лечение ИМС можно считать успешным лишь у 1/3 больных. Остальным пациентам приходится назначать повторные курсы антимикробной терапии со сменой препаратов различного спектра действия, что в конечном итоге неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и качество жизни ребенка [2].

Вследствие бурного развития фармацевтического рынка в аптеках появилось большое количество антибактериальных средств, выпускаемых различными компаниями. При этом наличие нескольких торговых наименований одного и того же препарата создает иллюзию безграничного разнообразия антибиотиков и часто усложняет выбор врача. Кроме того, в настоящее время отмечается неуклонный рост антибиотикорезистентности, который является следствием нерационального и необоснованного применения антимикробных препаратов. В результате многие известные и широко распространенные антибиотики оказываются малоэффективными [2]. Важно также, что некоторые антибактериальные средства, успешно применяемые у взрослых (в частности, фторхинолоны), имеют строгие возрастные противопоказания, так как характеризуются нежелательными и даже опасными для растущего детского организма побочными эффектами [3]. Если к перечисленным выше объективным факторам добавить субъективные, например, нечеткое соблюдение родителями назначений врача (досрочное прерывание курса лечения, отказ от антибактериальной терапии, самопроизвольное изменение

М.А. Mamaeva

Children's consultative diagnostic center,
Primorskiy district, St.-Petersburg

The role of phytomedications in complex therapy of urinal infections in children

HIGH PREVALENCE OF URINAL INFECTIONS (UI) IN CHILDREN, HIGH RATE OF RELAPSE AND INCREASE OF ANTIBIOTIC RESISTANCE FORCE SPECIALISTS TO SEARCH A NEW COMPLEX METHODS OF ANTI-RELAPSE THERAPY. ANALYSIS OF 380 MEDICAL CARDS OF CHILDREN SHOWED THAT PHYTOTHERAPY IS NOT ALWAYS USED CORRECTLY; IN SPITE OF IT CAN BE IMPORTANT PART OF ANTI-RELAPSE THERAPY. THE ACTIVITY OF DIFFERENT SCHEMES OF TREATMENT OF UI WITH PHYTOMEDICAMENT «CANEPHRON N» INCLUDED IN IT WAS STUDIED IN 110 CHILDREN (AGED FROM 5 MONTH TO 15 YEARS). CHILDREN TREATED WITH COMPLEX THERAPY WITH ANTIBIOTICS AND PHYTOMEDICATION HAD NO RELAPSE IN 99% OF CASES IN 6 MONTHS AND IN 91% IN 1 YEAR FOLLOW-UP.

KEY WORDS: CHILDREN, URINAL INFECTIONS, PHYTOTHERAPY.

дозы или кратности приема препарата), переохлаждения ребенка, заболевания острыми респираторными инфекциями во время лечения и многое другое, то становится понятно, как много трудностей в лечении ИМС у детей.

Особую тревогу педиатров вызывают рецидивирующие ИМС, которыми, как правило, страдают часто болеющие дети с наличием сопутствующей хронической патологии других органов и систем. Рецидивирующие ИМС, особенно в сочетании с нарушениями уродинамики, у большинства детей осложняются хроническим пиелонефритом, исходом которого в 1/3 случаев является вторичное сморщивание почки, а у 4% детей — стойкая ренальная гипертензия и хроническая почечная недостаточность [4].

Перечисленные обстоятельства заставляют продолжать поиск более эффективных методов лечения острых ИМС у детей и схем противорецидивной терапии. При этом одним из наиболее популярных методов традиционно является фитотерапия, которая используется как самостоятельно, так и в комплексе с антимикробными средствами.

Анализ медицинской документации 380 детей, пролеченных амбулаторно по поводу ИМС, показал, что нередко врачи-педиатры и даже нефрологи вольно обращаются с фитопрепаратами, назначая их: 1) в остром периоде заболевания вместо антибиотиков и уросептиков; 2) в виде нерациональных комбинаций, без учета побочных действий; 3) без расчета возрастной дозы; 4) необоснованно короткими или, наоборот, длительными курсами. Все вышеперечисленное дискредитирует метод фитотерапии и подрывает веру врачей и пациентов в его эффективность. Во многих случаях фитотерапия не применяется врачами вовсе, и лечение ИМС у детей ограничивается проведением только одного курса антибиотикотерапии или назначения уросептика.

Вместе с тем фитотерапия может играть значительную роль в повышении результативности схем противорецидивной терапии ИМС у детей. При адекватном подборе фитопрепарата в острый период заболевания и назначении его совместно с антибиотиком (уросептиком) фитотерапия способна потенцировать антибактериальный и противовоспалительный эффекты основного лекарственного средства. Кроме того, если антибиотик (уросептик) может назначаться довольно коротким курсом (во избежание привыкания микробного агента к действию данного препарата), то фитотерапия, хотя и имеет курсовые временные ограничения, тем не менее может назначаться более длительно без риска привыкания, продлевая и поддерживая антимикробный эффект. Наконец, фитопрепараты, как правило, лишены тех серьезных побочных действий, которыми обладают антибиотики (негативное воздействие на иммунную систему ребенка, дисбиотические нарушения и т.п.). Одновременно многие фитопрепараты оказывают полезные дополнительные эффекты: нефропротективный, мочегонный, спазмолитический и др.

До последнего времени фитопрепараты использовались в основном в виде сырья, из которого в домашних условиях приготавливали настои или отвары. Элементарное несоблюдение правил хранения, ошибки в дозировании или технологии приготовления могут свести к нулю эффективность такого лекарства. Появление готовых форм фитопрепаратов для лечения ИМС значительно упростило использование метода фитотерапии в практике педиатра.

С целью изучения эффективности различных схем терапии ИМС у детей с включением в комплекс лечения фитопрепарата «Канефрон Н» (Бионорика АГ) мы наблюдали 110 детей с диагнозом: «инфекция мочевой системы». Из них у 16 (15%) отмечены признаки острого пиелонефрита и у 94 (86%) — острого цистита. Заболевание протекало в легкой форме, без ухудшения общего состояния. В 1/3 случаев дети жаловались на учащенные и (или) болезненные мочеиспускания. Причем данный симптом не был связан со степенью патологических изменений в анализах мочи. Дети (85 девочек и 25 мальчиков) были в возрасте от 5 мес до 15 лет. Детей первого года жизни было 10 (9%), от 1 года до 3 лет — 19 (17%), от 3 до 7 лет — 52 (47%), старше 7 лет — 29 (26%).

В анализах мочи у детей обследуемой группы отмечались лейкоцитурия и бактериурия (100%), микроэритроцитурия (7%), микропротеинурия (11%), кристаллурия (41%). Посевы мочи до начала лечения оказались «стерильными» у 1/3 детей при наличии бактериурии в общих анализах мочи. В остальных случаях высевались *Escherichia coli* (81% от числа положительных посевов), *Staphylococcus spp.* (12%), *Pseudomonas aeruginosa* (7%). В 32% случаев ИМС протекала на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, в 41% — на фоне обменной нефропатии. У 37% детей выявлены признаки дисплазии почек (по данным ультразвукового исследования — УЗИ). Во многих случаях обнаружена сопутствующая патология со стороны других органов и систем:

- дисбактериоз кишечника — в 25% случаев;
- аллергические заболевания — в 79%;
- дискинезия желчевыводящих путей — в 24%;
- хронический гастродуоденит — в 5%;
- хронические очаги инфекции в области носоглотки (аденоидит, синусит, тонзиллит) — у 34% детей.

Кроме того, у 8 детей установлена железодефицитная анемия I степени, у 15 — лямблиоз кишечника, у 4 — энтеробиоз.

При изучении медицинской документации детей оказалось, что данный эпизод ИМС у 62 (56%) обследованных являлся дебютом заболевания, у 48 (44%) — рецидивом. При этом у 42 детей временной интервал от последнего обострения не превышал 2–4 мес (88% от числа детей с рецидивирующими ИМС). По данным ретроспективного исследования, при последнем обострении (или дебюте) дети получали лечение только в виде отваров трав (брусничный лист, крапива, толокнянка, многокомпонентные сборы) в 24% случаев, в виде 5–7-дневного курса антибактериальной терапии (амоксиклав) — в 29%, а также уросептиками (ко-тримоксазол — 19%, налидиксовая кислота — 4%, нитроксалин — 12%). Фитопрепараты в готовых формах применяли 7% («Канефрон Н») и 5% («Цистон») пациентов.

Антибактериальную терапию детям назначали эмпирически, опираясь на результаты многоцентрового исследования резистентности основных уропатогенов «АРМИД-1» [3]. Все антимикробные препараты вводили только перорально: амоксициллин + клавулановую кислоту — детям с признаками острого пиелонефрита и при подозрении на острый пиелонефрит; цефалоспорины (цефиксим, цефуроксим) — детям с признаками цистита или при подозрении на пиелонефрит, ранее получавшим пенициллины, в виде суспензии (цефиксим) — детям первого года жизни; фуразидин — остальным детям с признаками цистита старше 1 года. Коррекция антимикробного лечения проводилась в зависимости от результатов посева мочи.

Выбор фитопрепаратов был не случаен. Цетрария исландская («исландский мох») используется в виде сырья, из которого в домашних условиях приготавливают настой, обладающий мощным противовоспалительным и антимикробным эффектом. Это растительное лекарство имеет давнюю историю применения в народной медицине. «Канефрон Н» — комбинированный растительный препарат, состоящий из травы золототысячника, корня любистока, листьев розмарина, выпускается в готовых формах (драже и раствор). Помимо антимикробного и противовоспалительного действия фитопрепарат обладает мочегонным, антиоксидантным, спазмолитическим, нефропротективным эффектами. Побочные действия при его применении возникают крайне редко, что очень важно в педиатрической практике. Оба фитопрепарата, вошедшие в комплекс лечения, не имеют возрастных ограничений.

Продолжительность курса антибиотика (уросептика) была от 5 до 10 дней, одновременно назначаемой фитотерапии — от 1 до 2 мес. После окончания острого периода ИМС в качестве профилактических курсов противорецидивной терапии назначали фитопрепарат, с помощью которого была достигнута ремиссия.

В зависимости от схемы лечения, включавшей антибиотик и фитопрепарат, было образовано несколько групп (табл. 1).

У всех детей делали анализы мочи на 3-и сутки после окончания курса антибиотика (уросептика), затем — 1 раз в неделю на фоне фитотерапии и 2 раза в месяц — после ее окончания; контроль посева мочи проводили после окончания курса антибактериальной терапии; УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания всем детям выполняли в острый период заболевания, а затем через 6 и 12 мес наблюдения. По показаниям проводили углубленное нефроурологическое обследование в стационаре.

Результаты лечения оценивали сразу после окончания курса антибиотика (уросептика), через 1 мес, 6 мес и 1 год наблюдения (табл. 2). Во всех группах дизурические явления купировались на 2–3-и сутки антимикробной терапии, анализы мочи нормализовались после 5–10-дневного курса антимикробной терапии. Однако у 5 детей, вошедших в 4-ую группу (высев синегнойной палочки), уже через 1–2 нед пришлось продолжить антибактериальную терапию, и только после однократного применения фосфомицина с последующим длительным курсом «Канефрона Н» анализы мочи стойко нормализовались. Основным критерием эффективности лечения считали отсутствие рецидивов ИМС в течение всего периода наблюдения.

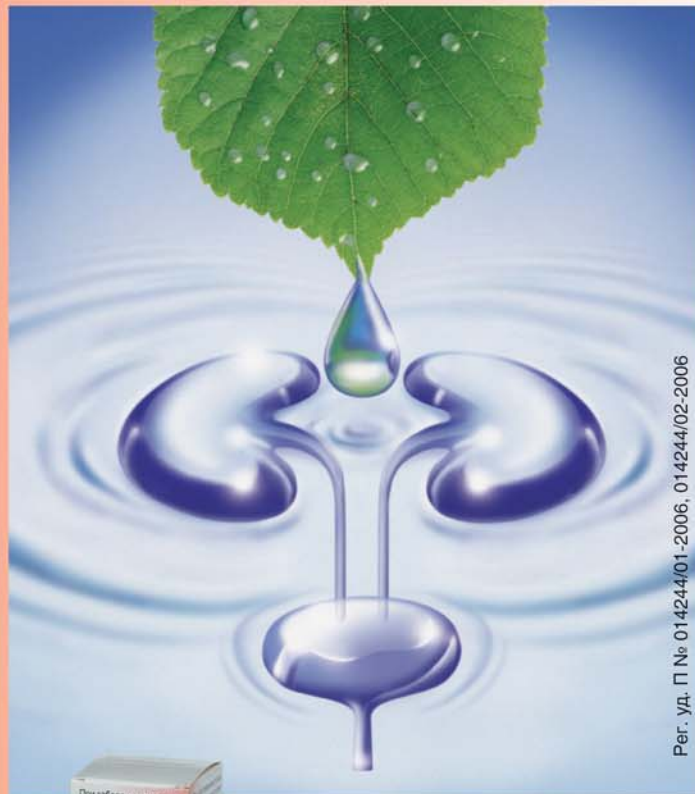
В целом в группах детей, получавших «Канефрон Н» ($n = 76$), рецидивы ИМС отсутствовали у 75 из 76 (99%) обследованных через 6 мес и у 69 (91%) — через 1 год наблюдения. При этом наиболее эффективной оказалась комбинация фитопрепарата и фуразидина (94%). Следует отметить, что в результате проведенной терапии у всех детей указанной группы стойко купировались признаки обменной нефропатии. При соблюдении диеты в общих анализах мочи наличие кристаллурии не отмечалось в течение всего периода наблюдения.

Из 34 детей, получавших настой цетрарии в сочетании с антибиотиком (уросептиком), лечение оказалось эффективным в 23 (68%) случаях через 6 мес и в 19 (56%) — через 1 год наблюдения. Наиболее эффективным было сочетание фуразидина и цетрарии (71%). На протяжении

phytoneering

Раскрывая силу растений

ГАРМОНИЯ ЛЕЧЕНИЯ Канефрон® Н



Рег. уд. П № 014244/01-2006, 014244/02-2006



Базисная терапия и профилактика воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей

- Обладает оптимальным сочетанием фармакологических эффектов: противовоспалительным, мягким мочегонным, спазмолитическим, вазодилаторным, антимикробным, нефропротекторным
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество рецидивов заболевания
- Удобен для длительного лечения взрослых и детей в любом возрасте

РЕКОМЕНДОВАНО:



BIONORICA
The phytoneering company

БИОНОРИКА АГ
Тел.: (495) 502-90-19
факс: (495) 734-12-00
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

Таблица 1. Распределение детей по группам в зависимости от схемы терапии ИМС

Группа	Схема терапии ИМС	Количество детей	
		абс.	%
1А	Амоксициллин + клавулановая кислота + цетрария	18	16
1Б	Амоксициллин + клавулановая кислота + «Канефрон Н»	12	11
2А	Цефалоспорины + цетрария	2	2
2Б	Цефалоспорины + «Канефрон Н»	7	6
3А	Фуразидин + цетрария	14	13
3Б	Фуразидин + «Канефрон Н»	52	47
4	Последовательно: цефалоспорины, рокситромицин, фосфомицин + «Канефрон Н»	5	5

Таблица 2. Результаты противорецидивного лечения детей с ИМС

Группа	Количество детей без рецидивов, абс. (%)		
	Через 1 мес	Через 6 мес	Через 1 год
1А	18 (100)	10 (56)	8 (44)
1Б	12 (100)	11 (92)	10 (83)
2А	2 (100)	1 (50)	1 (50)
2Б	7 (100)	7 (100)	6 (86)
3А	14 (100)	12 (86)	10 (71)
3Б	52 (100)	52 (100)	49 (94)
4	—	5 (100)	4 (80)

всего периода наблюдения аллергических реакций на фитопрепараты не отмечено.

Учитывая, что первоначально антимикробная терапия назначалась эмпирически, а затем — с учетом результатов бактериологического исследования мочи (при этом ни у одного ребенка 1–3-й групп (как А, так и Б) антимикробная терапия не менялась на протяжении курса лечения); разницу в эффективности представленных схем терапии ИМС можно связывать с выбором именно фитопрепарата. «Канефрон Н» не только обладает многофункциональностью, мощным противомикробным и противовоспалительным действием, но и имеет удобные готовые для применения у детей формы. Это обеспечивало точность дозирования, равномерное полноценное действие препарата в течение суток и на протяжении всего курса лечения.

В целом полученные данные позволяют рекомендовать «Канефрон Н» для применения в детской практике при лечении легких форм острых и рецидивирующих ИМС в качестве дополнительного средства в остром периоде заболевания и самостоятельного — при долечивании, после уменьшения остроты воспалительного процесса, а также в качестве профилактической противорецидивной терапии. «Канефрон Н» легко переносится пациентами, практически не вызывает (при соблюдении возрастных дозировок) нежелательных побочных действий и может назначаться длительными курсами. Использование «Канефрона Н» в качестве противорецидивной терапии ИМС на фоне нарушений уродинамики способно заменить в большинстве случаев длительные курсы уро-септиков в малых дозах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Игнатова М.С. Эволюция представлений о микробно-воспалительных заболеваниях органов мочевой системы // Нефрология и диализ. — 2001. — № 2. — С. 18–22.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б. и др. Антимикробная терапия инфекций мочевой системы у детей. Руководство для врачей. — М., 1998. — С. 7.
3. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Страчунский Л.С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей. Пособие для врачей. — М., 2002. — С. 13.
4. Эрман Л.В., Мамаева М.А. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. — СПб., 1999. — С. 12–24.