

О.В. Кисельникова, Т.Г. Пухова

Ярославская государственная медицинская академия

## Возможности фитотерапии в лечении рецидивирующего пиелонефрита у детей

ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ (ИМС) У ДЕТЕЙ ЕЖЕГОДНО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ ПРЕДМЕТОМ ОСТРЫХ ДИСКУССИЙ ОСТАЕТСЯ ВОПРОС О ПРИНЦИПАХ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИМС, ОСОБЕННО С ПИЕЛОНЕФРИТОМ. ДАННОЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВО ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОИСК НОВЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ И БЕЗОПАСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ИМС. ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ КАНЕФРОН Н, «БИОНОРИКА АГ» (ГЕРМАНИЯ) У 46 ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАЗНАЧАЛИ В ПЕРИОД СТИХАНИЯ АКТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СОЧЕТАНИИ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ. ОТМЕЧЕНА ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА. ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА (БОЛЕЕ 6 МЕС) ДОСТИГНУТА У 28 (61%) ДЕТЕЙ, У 15 (32%) НАБЛЮДАЛИ УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ (С 4–5 ДО 1–2 ЗА ГОД). ТАКИМ ОБРАЗОМ, ВКЛЮЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕЦИДИВОВ, СООТВЕТСТВЕННО, УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ, ПИЕЛОНЕФРИТ, ДЕТИ, ФИТОТЕРАПИЯ, КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.

### Контактная информация:

Кисельникова Ольга Викторовна,  
кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры детских болезней  
лечебного факультета Ярославской  
государственной медицинской академии  
Адрес: 150000, Ярославль,  
ул. Революционная, д. 5,  
тел. (4852) 30-56-41  
Статья поступила 02.04.2006 г.,  
принята к печати 14.06.2007 г.

Актуальность проблемы инфекций мочевой системы (ИМС) определяется тенденцией этой группы заболеваний к хроническому рецидивирующему течению, что нередко приводит к инвалидизации детей и необходимости проведения дорогостоящих лечебных и реабилитационных мероприятий. ИМС относят к наиболее распространенным заболеваниям детского возраста. В России распространенность ИМС, включая пиелонефрит, составляет 18 на 1 000 детской популяции. Ежегодно в мире среди детей регистрируют приблизительно 50 млн случаев ИМС, причем у 50% девочек отмечают рецидив заболевания в течение 1-го года после его дебюта, у 75% — в течение 2-х лет. У мальчиков рецидивы инфекции наблюдают реже (15–20%), преимущественно на первом году жизни [3].

Комплексное лечение пиелонефрита предусматривает организацию и проведение мероприятий, направленных на ликвидацию воспалительного процесса в почечной ткани, нормализацию функции почек, уродинамики, коррекцию иммунных нарушений [6].

Предметом острых дискуссий до настоящего времени остается вопрос о принципах противорецидивной терапии и ее эффективности, особенно у детей, страдающих пиелонефритом.

O.V. Kisel'nikova, T.G. Pukhova

Yaroslavl' State Medical Academy

## Phytotherapy opportunities in treatment for the recurrent pyelonephritis among children

BASED ON THE LITERATURE, THE SICKNESS RATE OF URINARY TRACT INFECTIONS AMONG CHILDREN IS INCREASING EVERY YEAR. UNTIL NOW THERE HAS BEEN MUCH DEBATE ABOUT THE PRINCIPLES OF THE ANTIRECURRENT THERAPY AND ITS EFFICIENCY AMONG CHILDREN, SUFFERING FROM URINARY INFECTIONS, ESPECIALLY FROM PYELONEPHRITIS. THIS CIRCUMSTANCE DEFINES THE SEARCH FOR THE NEW EFFICIENT AND SAFE TREATMENT APPROACHES AND PREVENTION METHODS OF THE URINARY INFECTION EXACERBATIONS. THE RESEARCHERS PRESENTED THE RESULTS OF THE COMBINED PHYTOGENOUS MEDICATION APPLICATION (CANEPHRON N, BIONORICA, GERMANY) AMONG 46 CHILDREN WITH RECURRENT PYELONEPHRITIS. THE COMBINED PHYTOGENOUS MEDICATION WAS PRESCRIBED WITHIN THE DECLINE PERIOD OF THE ACUTE INFLAMMATORY PROCESS IN CONJUNCTION WITH THE ANTIBACTERIAL MEDICINES. THEY NOTICED GOOD TOLERANCE OF A MEDICATION. THE FULL REMISSION OF PYELONEPHRITIS (OVER 6 MONTHS) WAS ACHIEVED AMONG 28 (61%) CHILDREN, WHILE 15 (32%) PATIENTS SHOWED SOME REDUCTION OF THE RELAPSE FREQUENCY (FROM 4–5 TO 1–2 TIMES A YEAR). THUS, THE INTRODUCTION OF THE COMBINED PHYTOGENOUS MEDICATION INTO THE COMPLEX THERAPY OF RECURRENT PYELONEPHRITIS AMONG CHILDREN ALLOWS US TO REDUCE THE FREQUENCY AND DURATION OF RELAPSES, AS WELL AS TO IMPROVE THE DISEASE PROGNOSIS, RESPECTIVELY.

**KEY WORDS:** URINARY INFECTIONS, PYELONEPHRITIS, CHILDREN, PHYTOTHERAPY, COMBINED PHYTOGENOUS MEDICATION.

Показания к противорецидивной терапии включают ИМС на фоне врожденных аномалий мочевой системы и частые рецидивы воспалительного процесса в почечной ткани [7].

Продолжительность и тактика противорецидивной терапии зависят, прежде всего, от частоты рецидивов и интервалов между обострениями. Наиболее распространенные схемы терапии включают длительное (не менее 6 нед) использование уросептиков. Тем не менее применение антибактериальных препаратов может способствовать формированию резистентности микроорганизмов, вызывающих инфекцию, увеличивать риск побочных эффектов, таких как аллергические реакции, диспептические расстройства и, таким образом, снижать эффективность терапии и комплаентность пациентов [3, 7].

Особое место в лечении патологии мочевыводящих путей занимает фитотерапия [11]. Применение качественных растительных препаратов повышает эффективность противорецидивной терапии, сокращает продолжительность использования антибактериальных средств и позволяет уменьшить частоту осложнений и нежелательных побочных эффектов [11].

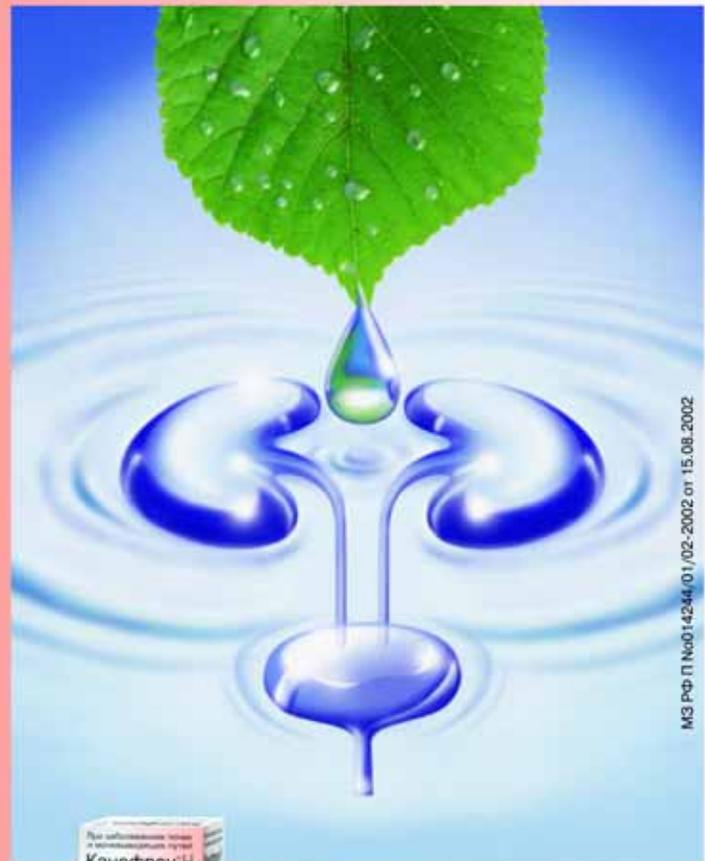
Фитотерапию назначают в период стихания воспалительного процесса в почках и при проведении прерывистого противорецидивного лечения вместе с антибактериальными средствами, а также на фоне интеркуррентных заболеваний у больных с ИМС [12].

Для выполнения пациентом назначений врача важными представляются не только эффективность препарата, отсутствие или минимальное количество побочных эффектов, но и удобная форма выпуска и режим приема препарата. В связи с этим привлекает внимание препарат растительного происхождения Канефрон Н, «Бионорика АГ» (Германия) [1, 2, 9, 12, 13, 18], который является комбинированным фитопрепаратом, содержащим стандартизованные экстракты травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина. Комплекс биологически активных веществ (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, горечи, фталиды, флавоноиды) оказывает диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антиоксидантное, антибактериальное и нефропротективное действие, поддерживает физиологическую рН мочи [5]. Улучшение кровоснабжения почек и почечных лоханок обеспечивает увеличение концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек и моче, помимо этого фенолкарбоновые кислоты оказывают бактериостатическое или бактерицидное действие, поэтому сочетание комбинированного препарата растительного происхождения с традиционными антибактериальными препаратами оказывает значительный положительный эффект как в период острого воспаления, так и в дальнейшем. входящие в состав препарата флавоноиды препятствуют образованию свободнорадикальных форм кислорода, оказывая противовоспалительный и антиоксидантный эффект, а также снижают проницаемость капилляров почек и, таким образом, уменьшают протеинурию. Спазмолитический эффект препарата способствует нормализации уродинамики.

В исследовании Д.Д. Иванова и соавт. показан хороший терапевтический эффект комбинированного препарата растительного происхождения (снижение частоты рецидивов, увеличение длительности ремиссий) при использовании в комплексной терапии у взрослых с ИМС [4], в связи с чем нам представилось целесообразным оценить эффект подобной терапии в педиатрической практике.

В исследование включены 86 детей, проходивших обследование и лечение в нефрологическом отделении Детской

# ГАРМОНИЯ ЛЕЧЕНИЯ Канефрон® Н



МЗ РФ П №014244/01/02-2002 от 15.08.2002



**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
- Применяется до и после ДУВЛ, способствует отхождению конкрементов
- Удобен для длительного лечения в любом возрасте

  
**BIONORICA**  
The phytoneering company

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

клинической больницы № 3 Ярославля и в последующем получавших амбулаторную терапию. Диагноз рецидивирующего пиелонефрита у обследуемых детей верифицировали на основании критериев «Протокола диагностики и лечения пиелонефрита», с использованием клинических, лабораторных, ультразвуковых и рентгенологических методов [6]. По результатам комплексного обследования установлено, что в 67,4% случаев пиелонефрит развился на фоне врожденных аномалий развития (гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, удвоение или аномальное положение почки), в 17,4% — на фоне обменной нефропатии, в 15,1% — на фоне сочетания врожденных аномалий и метаболической нефропатии. Функция почек была сохранена у всех детей. Возраст включенных в исследование пациентов составил от 1-го до 14 лет. Характеристики обследованных детей представлены в табл. 1 и 2.

Результаты бактериологического исследования мочи были положительны у 64% детей. Преобладала грамотрицательная микрофлора (66%): *E. coli* выделена у 43% детей, *Proteus* — у 9%, *Klebsiella* — у 5%, *Pseudomonas* — у 9%. Грамположительная микрофлора, в том числе *Staphylococcus* и *Streptococcus*, выявлена у 28% детей. Обращает на себя внимание выделение у ряда пациентов достаточно редких в клинической практике микроорганизмов — *Morganella*, *Serratia*, *Acinetobacter*, *Candida* (6% случаев).

Выделенные микроорганизмы были наиболее чувствительны к цефалоспорином (87,6%), преимущественно II-го и III-го поколений, защищенным пенициллинам (80%), аминогликозидам (до 90%).

У подавляющего большинства больных (74 ребенка) продолжительность заболевания составляла от 2,5 до 10 лет (в среднем 7,4 года). Частота рецидивов у всех обследуемых составляла от 2-х до 6 в год (в среднем 3,7). Всем пациентам, в соответствии с протоколом лечения пиелонефрита у детей [6], в острый период назначали стандартный курс этиотропной антибиотикотерапии (цефотаксим, амоксициллин + клавулановая кислота) продолжительностью до 10 дней. В периоде стихания воспалительного процесса использовали две схемы дальнейшей терапии: первая включала продолжение антибиотикотерапии с переходом на длительный прием уросептиков; вторая сочетала вышеуказанное лечение с приемом комбинированного препарата растительного происхождения. Соответственно терапии, все пациенты были разделены на две группы: в I-ю вошли дети, получавшие стандартную те-

рапию (40 обследуемых), во II-ю — дети, получавшие комбинацию стандартной терапии с комбинированным препаратом растительного происхождения (46 обследуемых). Доза последнего у детей первого года жизни составляла 10 капель 3 раза в день, у дошкольников — 15 капель 3 раза в день, у детей школьного возраста — 25 капель 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составляла от 4-х до 6 нед.

Критериями эффективности лечения были продолжительность периода ремиссии и частота рецидивов в течение 1-го года. Рецидивом считали появление на фоне ремиссии клинико-лабораторных признаков пиелонефрита (интоксикационный, болевой, дизурический синдромы; повышение температуры тела до фебрильных значений; мочевого синдром в виде лейкоцитурии, бактериурии; нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ в общем анализе крови; нарушение процесса концентрирования мочи) [6, 7]. Полной ремиссией мы считали отсутствие рецидивов в течение 6 мес и более от первого эпизода ИМС или начала последнего обострения.

Статистический материал обрабатывали с применением методов непараметрической статистики на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistika 6.0».

Продолжительность периода ремиссии в I-й группе составила 5,4 мес, во II-й — 9,1 мес ( $p = 0,022$ ). Достижение полной ремиссии констатировали у 19 (47%) детей I-й группы и 28 (61%) детей II-й группы ( $p = 0,02$ ). Частота рецидивов в большей степени снизилась во II-й группе, чем в I-й — 1,3 и 2,1 в год соответственно ( $p = 0,016$ ).

Положительная динамика по оцениваемым показателям отсутствовала у 5-х детей (12%) I-й группы и 3-х детей (7%) II-й группы. Отсутствие эффекта от проводимой терапии, по-видимому, было связано с наличием тяжелых вариантов обструктивных уропатий (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз), при которых необходимы дополнительные лечебные мероприятия.

Переносимость комбинированного препарата растительного происхождения была хорошей, не зарегистрировано ни одного случая отмены препарата. Удобная лекарственная форма позволила использовать препарат не только у старших детей, но и детей грудного возраста.

Таким образом, применение комбинированного препарата растительного происхождения в сочетании со стандартной антимикробной терапией рецидивирующего пиелонефрита у детей увеличивает среднюю продолжительность ремис-

Таблица 1. Распределение детей в группах по полу и возрасту

	Первый год жизни		Дошкольный возраст		Школьный возраст	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
I-я группа (n = 40)	1	1	3	19	1	15
II-я группа (n = 46)	2	1	4	24	2	13

Таблица 2. Распределение детей в группах по нозологическим формам

	Пиелонефрит на фоне врожденных аномалий развития	Пиелонефрит на фоне дизметаболической нефропатии	Пиелонефрит на фоне врожденных аномалий и дизметаболической нефропатии
I-я группа (n = 40)	26	8	6
II-я группа (n = 46)	32	7	7
Итого (n = 86)	58	15	13

сии до 9,1 мес и снижает частоту рецидивов заболевания. Полная ремиссия заболевания на фоне применения комбинированного препарата растительного происхождения достигнута в 61% случаев. Переносимость препарата хорошая, побочных эффектов не зарегистрировано. Применение Канефрона Н позволяет уменьшить продолжительность

курсов антимикробной противорецидивной терапии пиелонефрита и, таким образом, уменьшает частоту побочных эффектов антибактериальных средств.

Полученные нами результаты соответствуют данным литературы и подтверждают эффективность Канефрона Н в комплексной терапии рецидивирующего пиелонефрита у детей.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Григорян В.А. и др. Применение растительного препарата Канефрон Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью // Урология. — 2005. — № 4. — С. 29–33.
2. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // Врач. — 2000. — № 6. — С. 36–38.
3. Арсеньева Е.Н., Гусарова Т.Н., Зоркин С.Н., Пинелис В.Г. К вопросу о профилактике рецидивов инфекции мочевых путей у детей // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 12. [online] [http://www.rmj.ru/articles\\_3448.htm](http://www.rmj.ru/articles_3448.htm)
4. Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Кушниренко С.В. и др. Фитотерапия метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа: возможности фитониринга // Здоров'я України. — 2005. — № 7. — С. 46–47.
5. Козлова В.В., Аверьянова Н.И., Косарева П.В., Иванова Н.В. Изучение антимикробной активности препарата Канефрон Н в отношении культур уропатогенных микроорганизмов in vitro // V Росс. конгресс по дет.нефрологии: сборник тезисов. — Воронеж, 2006. — С. 109–110.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б. и др. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. — М., 2002. — 72 с.
7. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. и др. Фармакотерапия инфекций мочевой системы у детей. — М., 2006. — 99 с.
8. Телбоева Л.Г., Кириллов В.И. Диагностика инфекций мочевыводящих путей у детей // I Российский конгресс «Современные методы диагностики и лечения нефро-урологических заболеваний»: сборник. — М., 1998.
9. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии // РМЖ. — 1997. — Т. 24. — С. 1579–1589.
10. Симантовская Т.П., Соболев Н.М., Степанченко И.П. Опыт применения Канефрона Н в реабилитации детей с заболеваниями мочевыводящей системы // II Российский конгресс «Современные методы диагностики и лечения в детской нефрологии и урологии»: материалы. — М., 2003. — 129 с.
11. Синев Д.Н., Марченко Л.Г., Синева Т.Д. Сборы, применяемые при заболеваниях почек и мочевыводящих путей / Рецептурный справочник. — СПб: Фолиант, 2004. — С. 210–216.
12. Столова Э.М., Карпова Т.В. Использование препарата Канефрон Н при лечении инфекций мочевой системы у детей // Terra Medica nova. — 2004. — Т. 4. — С. 34–35.
13. Сукало А.В., Крохина С.А., Тур Н.И. Применение препарата Канефрон в комплексной терапии инфекций мочевой системы у детей // Мед. новости. — 2004. — № 11. — С. 84–86.
14. Урывчиков Г.А., Пухова Т.Г., Кисельникова О.В. и др. Особенности этиоструктуры возбудителей при ИМС и эффективность антибактериальной терапии // Материалы II Всероссийского конгресса «Современные методы диагностики и лечения в детской нефрологии и урологии». — М., 2002. — 119 с.
15. The Sanford guide to antimicrobial therapy / Gilbert D.N., Moellering R.C., Sande M.A. [editors] — 29th ed. Hyde Park (VT): Antimicrobial Therapy, Inc.; 1999.
16. Haraguchi H., Saito T., Okamura N., Yagi A. Inhibition of lipid peroxidation and superoxide generation by diterpenoids from *Rosmarinus officinalis* // Planta Med. — 1996. — V. 61, № 2. — P. 333–336.
17. Keren R., Chan E.A. Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials Comparing Short- and Long-Course Antibiotic Therapy for Urinary Tract Infections in Children // Pediatrics. — 2002. — V. 109, № 5. — 70 p.
18. Kopp H. The treatment of renal disorders with Canephron // Phys. Nud. Rehab. — 1975. — V. 16. — P. 78–85.

## К юбилею

Ярким событием для детских врачей стало юбилейное заседание Союза педиатров России, посвященное 80-летию профессионального объединения педиатров страны, которое состоялось 1 июня 2007 г. в Москве, в Научном центре здоровья детей. Примечательно, что это торжество проводилось в День международной защиты детей.

Председатель Союза педиатров России (СПР) академик РАМН А.А. Баранов подвел итоги деятельности отечественных педиатров, уделив основное внимание последнему десятилетию, когда в период бесконечного реформирования здравоохранения объединению детских врачей удалось сохранить лучшие традиции и профессионализм отечественной школы.

К юбилею было приурочено и торжественное открытие реабилитационного центра НЦЗД. Радует то, что НЦЗД — образно говоря «главный штаб» СПР, меняет свой облик, принципиально улучшает техническое оснащение, отдает приоритеты стационарозамещающим технологиям.

На заседании впервые прозвучал и гимн детских врачей, слова и музыку которого прислали с берегов Енисея — из Красноярска. С точки зрения регионального представителя СПР, который является преемником Всесоюзного и Всероссийского обществ детских врачей, — это, прежде всего, профессиональный союз коллег, дающий возможность для непрерывного постдипломного образования, общения с единомышленниками, с коллегами из смежных областей медицины, работающими с детьми. Никакие самые современные средства связи не заменят ценность непосредственного общения людей, которым есть что сказать друг

другу и есть желание получить информацию из первоисточников. Другими словами, СПР дает педиатрам возможность для творческого роста, повышения своей квалификации. И здесь — самые добрые слова для авторов руководств и стандартов для педиатров, которые составлены с учетом современных достижений мировой науки и практики и требований доказательной медицины. Вместе с тем, СПР — это организация, которая представляет и защищает интересы педиатров в государственных и общественных организациях, структурах России, налаживая и укрепляя международные профессиональные связи, решая проблемы улучшения качества жизни детей, повышения эффективности оказания медицинской помощи.

Мне представляется, что для улучшения информации по регионам России на электронном сайте СПР желательно иметь рубрику «Регионы России», где можно было бы помещать информацию, делиться опытом работы, проводить, по возможности, телеконференции. На нашем профессиональном сайте имел бы интерес и юридический раздел по защите прав педиатров и их маленьких пациентов с возможным алгоритмом работы «спрашивайте — отвечаем».

Хочу пожелать Союзу педиатров России дальнейшего творческого роста, а всем детским врачам — здоровья и благополучия во всем. Да не оскудеют добро и любовь, которые вы несете детям!

*Председатель Астраханского отделения  
Союза педиатров России,  
заслуженный врач РФ, профессор А.А. Джумагазиев*