

## **ВИКОРИСТАННЯ РОСЛИННОГО ПРЕПАРАТУ КАНЕФРОН Н У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЦИСТИТУ**

**В.В. Сікора, І.М. Шаповалова**

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*Аналіз проведеного дослідження дає змогу розглядати рослинний препарат Канефрон Н як ефективний та безпечний лікарський засіб для лікування хворих хронічним циститом. Використовуючи монотерапію рослинним препаратом Канефрон Н, можна досягти значних успіхів у лікуванні хронічного циститу, але це займе більше часу та затрат порівняно з використанням його у комплексному лікуванні.*

### **ВСТУП**

За останні десятиліття зростає актуальність використання препаратів з рослинної сировини. Перевагами їх є мала токсичність та можливість тривалого використання без ризику виникнення побічних ефектів [1-3].

Лікування захворювань нирок і сечовивідних шляхів за допомогою лікарських рослин має столітню історію. Цілющі властивості багатьох рослин відомі з давніх часів. Вони широко застосовувалися для лікування цих хвороб у стародавньому Китаї, Римі, Єгипті, Київській Русі. Батько медицини Гіппократ для лікування жовтяниці використовував рослини жовтого кольору. З тих часів багато чого змінилося [1,2,4]. Вивчено багато біологічно активних речовин рослин, що чинять на організм лікувальний вплив, оскільки раціональне використання лікарських рослин у медицині без знання властивостей та їх складу неможливе [5-7].

За даними різних досліджень, кількість лікарських рослин досягає 20 тис., в Україні відомо близько 5 тисяч видів таких рослин, однак в офіційній медицині використовується близько 300. У нашій країні на сучасному етапі надається великого значення подальшому вивченню флори з медичною метою [1,2,7,8].

Незважаючи на те, що ХХ ст. відоме бурхливим розвитком фармакоіндустрії і появою численних синтетичних засобів, фітопрепарати стали використовувати значно рідше, у багатьох випадках їх переваги є очевидними: по-перше, низький ризик розвитку ускладнень та небажаних побічних ефектів, по-друге, широкий простір для маневрування, який забезпечується великим асортиментом рослин, що по-різному діють. Тому за останні роки “добре забуте старе” поступово відновлює свої позиції [3,5,8,9].

Хронічний цистит - це інфекційно - запальний процес у стінці сечового міхура, частіше – одне з найпоширеніших урологічних захворювань. Цистит є поліетіологічною хворобою, до якої ведуть багато факторів [3,4,6,8,10].

Збудниками циститу частіше є кишкова паличка, стафілокок, протей, стрептокок та ін. При циститі, що виникає після різних оперативних та інструментальних втручань, катетеризації сечового міхура, збудниками, як правило, є грамнегативні мікроорганізми. Окрім бактеріальних збудників, в етіології циститу велику роль відіграють мікоплазми, віруси, хламідії, трихомонади, гриби роду *Candida* [4].

Мікроорганізми можуть проникати у сечовий міхур різними шляхами: висхідним – із уретри, низхідним – із нирки, лімфогенним – із сусідніх тазових органів, гематогенним – з віддалених вогнищ, безпосереднім (прямим) шляхом. Висхідний шлях є найбільш частим. Низхідний шлях проникнення інфекції у сечовий міхур частіше відмічається при

запальному процесі в нирках (хронічний пієлонефрит [3,4,6,10], пієнефроз). Гематогенний шлях інфікування сечового міхура трапляється рідко, його встановлюють при виникненні циститу одразу після інфекційних захворювань або за наявності віддаленого гнійного вогнища в організмі [3,4].

Доведено, що слизова оболонка сечового міхура має досить велику стійкість до інфекції, тому для виникнення циститу, крім наявності патогенної мікрофлори, необхідними є додаткові фактори. Найбільш суттєвими з них є: порушення кровообігу у стінці сечового міхура та органів малого таза, стаз сечі в міхурі, зниження опірності організму до інфекції (гіповітаміноз, переохолодження, перевтома та інше), згубно діють на стінку сечового міхура хімічні речовини та отрути, що виділяються із сечею [10,11].

Симптоматика хронічного циститу в період загострення повністю відповідає клініці гострого перебігу процесу. Початок гострий, розпочинається через кілька годин після охолодження чи іншого провокуючого фактору. Характерними симптомами є часте, болюче сечовипускання (дизурія), болі в ділянці сечового міхура, піурія та термінальна гематурія. Чим сильніше виражений запальний процес у сечовому міхурі, тим частіші позиви на сечовипускання та інтенсивніше болі [3,4].

Каламутність сечі у хворих обумовлена наявністю в ній великої кількості лейкоцитів, бактерій, злуценого епітелію сечового міхура та еритроцитів.

Виникнення турбулентного потоку сечі при порушенні її пасажу на рівні дистального відділу уретри сприяє ретроградному занесенню мікроорганізмів з дистального відділу уретри у сечовий міхур, що призводить до частих рецидивів хронічного запального процесу в ньому [6]. Наявність хронічної запальної інфільтрації та набряку слизової, підслизової та м'язової оболонок в ділянці міхурового трикутника та шийки сечового міхура із залученням до патологічного процесу вічок сечоводів та їх інтрамуральних відділів разом із підвищенням внутрішньоміхурового тиску створюють умови для порушення функції замикального апарату міхурово – сечовідного співвустя та, як наслідок, – розвиток міхурово - сечовідного рефлюксу [12].

Речовини, що є продуктами життєдіяльності рослин та обумовлюють їх фармакологічні властивості, називають діючими або біологічно активними, бо від їх властивостей залежать лікарські властивості рослинної сировини. Зараз вивчено велику кількість БАР (феноли, кислоти, луги, терпеноїди, флавоноїди, сапоніни, вітаміни та багато інших). Саме вони обумовлюють механізми біологічної дії засобів фітотерапії, які є загальними для всіх препаратів:

- 1) адаптогенний – дія на процеси регуляції та обміну;
- 2) метаболічний (адитивна терапія) – введення в організм дефіцитних продуктів проміжного обміну;
- 3) етіотропний – превентивна та коригувальна дія;
- 4) синдромний – дія на усі ланки патогенезу;
- 5) гомеопатичний ( принцип подоби ) – здатність відновлювати порушені функції.

Переваги фітотерапії над іншими засобами лікування:

- 1 Безпечність.
- 2 М'якість дії.
- 3 Специфічність їх дії на організм.
- 4 Велика широта терапевтичної дії.
- 5 Комплексна дія на різні сторони патологічного процесу.
- 6 Низька токсичність.
- 7 Рідкий прояв побічної негативної дії.

8 Можливість виключення зі зборів отруйних рослин.

9 Можливість тривалого (місяці, роки) використання ліків із цілющих рослин [1-4, 7,9] .

Канефрон – комбінований препарат із лікарських рослин, який виробляється з використанням новітніх технологій і проходить багаторівневий контроль якості. Речовини, що входять до складу препарату, спричиняють антисептичну, спазмолітичну, протизапальну дію на органи сечової системи, зменшують проникність капілярів нирок, мають діуретичний ефект, покращують функцію нирок, потенціюють ефект антибактеріальної терапії [1,2].

Таблиця 1 – Лікарські рослини, які входять до складу Канефрона Н та спектр їх дії

Показник	Золототисячник ( <i>Centaurium umbellatum</i> )	Любисток ( <i>Levisticum officinale</i> )	Розмарин ( <i>Rosmarinus officinale</i> )
Активні речовини	Фенолкарбон кислоти	Ефірні масла, фталіди	Розмаринова кислота, ефірні масла, флавоноїди
Дія:			
сечогінна			
протизапальна		+	+
спазмолітична	+		+
антимікробна		+	+
судинорозширювальна	+	+	+
нефропротектична	+	+	+

Різні види дії Канефрону Н зумовлені ефірними маслами, фенолкарбоновими кислотами, фталідами, гіркотами, що входять до його складу. Наприклад діуретична дія препарату обумовлена поєднанням різних точок прикладання його компонентів. Ефірні масла розширюють судини нирок, що сприяє покращанню кровопостачання ниркового епітелію, а також впливає на процеси зворотного всмоктування клітинами ниркових каналців. Це проявляється головним чином у зменшенні реабсорбції іонів натрію та відповідної кількості води. Діуретична дія фенолкарбонових кислот пояснюється осмотичним ефектом: при потраплянні у просвіт ниркових каналців вони створюють високий осмотичний тиск (зворотному всмоктуванню ці речовини не підлягають), при цьому значно знижується реабсорбція води та натрію. Таким чином, збільшення виведення води проходить без порушення іонного балансу (калійзберігаючий ефект) [9].

Спазмолітичний ефект обумовлений флавоноїдною складовою препарату. Аналогічну дію мають фталіди (любисток) та розмаринове масло. Слабкий спазмолітичний ефект мають фенолкарбоніві кислоти [1-3].

Протизапальний ефект здебільшого обумовлений наявністю розмаринової кислоти, яка блокує неспецифічну активацію комплементу і ліпоксигенази з подальшим пригніченням синтезу лейкотрієнів. Як і інші фенольні сполуки, розмаринова кислота проявляє антиоксидантну дію та попереджує вільнорадикальні ланцюгові реакції.

Тому особливий інтерес становить вивчення ефективності застосування препаратів рослинного походження у комплексному лікуванні захворювань сечовидільної системи.

**Мета дослідження** – визначення особливостей використання рослинного препарату Канефрон Н у комплексному лікуванні хронічного циститу.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 50 жінок, що страждають хронічним циститом, у віці від 18 до 45 років. Тривалість захворювання циститом на момент звернення становила від 3 міс. до 15 років (у більшості хворих від 1 року до 3 років). При обстеженні хворих на цистит використовували такі методи: збір анамнезу, фізикальне обстеження; мікроскопічне дослідження сечі та сечового осаду; бактеріологічне дослідження сечі; аналіз мазків з піхви та цервікального каналу на наявність специфічних збудників ( ПЦР, РІФ) і загальну чистоту; ультразвукове обстеження органів сечової системи; екскреторну урографію з низхідною цистографією; цистоскопію.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Супутньої патології (каменів, кіст, пухлин, вад розвитку) органів сечової системи не було виявлено в жодному з випадків. За допомогою ПЦР та РІФ у хворих циститом були виявлені специфічні збудники: у 3 хворих - *Chlamydia trachomatis*, у 4 - *Mycoplasma hominis*, у 2 - *Ureaplasma urealyticum*. Ці хворі були виключені з аналізу. Подальше обстеження проводилось у 31 хворого.

Таблиця 2 – Результати цистоскопії у хворих хронічним циститом (n = 31)

Результати цистоскопії	Кількість хворих	
	абс.	%
Гіперемія шийки сечового міхура	21	67,7
Ін'єкція судин слизової оболонки і/або петехіальні крововиливи	15	48,3
Набряк слизової оболонки шийки сечового міхура	12	38,7
Наявність фібринозних нашарувань	7	22,5
Ураження інших відділів сечового міхура (крім шийки)	10	20,9

При бактеріологічному дослідженні сечі у більшості хворих (16 чоловік – 51,6%) виявляється *Escherichia coli*. У 12 (38,7%) результати посіву сечі були негативні, у 3 (9,7%) хворих були виявлені інші збудники – *Proteus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*

Результати цистоскопії подані у таблиці 2. Враховуючи, що у багатьох хворих виявлено поєднання різних змін слизової оболонки сечового міхура, результуючий показник перевищує 100%.

Таким чином, у більшості (67,7%) обстежених нами хворих був виявлений шийковий цистит, інші відділи сечового міхура були залучені до патологічного процесу значно рідше (у 22,5% випадків).

Під час цистоскопії патологічних новоутворень сечового міхура не було виявлено ні в однієї хворої.

Останні 31 хвора були поділені на 2 групи з урахуванням наявності піурії.

До групи А увійшло 15 хворих, у яких кількість лейкоцитів в аналізі сечі перевищувала 10 (від 10 до 20) у полі зору, в групі Б – 16 хворих, у яких піурія була відсутня.

Кожна група була додатково поділена на 2 рівні підгрупи залежно від застосування препарату Канефрону Н. До підгрупи були залучені хворі,

порівнянні за своїми характеристиками (віком, анамнезом, клінічними проявами і т.д.).

Хворі групи А1 (n =7) отримували Лопракс по 1 таблетці 1 раз на день протягом 5 днів. Хворі підгрупи А2 (n =8) отримували Лопракс за описаною вище схемою в поєднанні з прийманням Канефрону Н по 2 драже 3 рази на добу протягом 30 днів.

Хворим підгрупи Б 1 (n =8) був проведений ініціальний курс лікування, який включав протизапальні засоби, препарати, які покращують кровоток, місцеву терапію і фізіотерапевтичні процедури, протягом 10 днів. Потім проводився динамічний нагляд 1 міс., впродовж якого ніяких додаткових препаратів не призначалося. Хворим підгрупи Б2 (n =8) був проведений аналогічний ініціальний курс лікування. Однак протягом наступних 30 днів вони отримували Канефрон Н по 2 драже 3 рази на добу.

Контрольне обстеження групи А проводилося дворазово – через 10 і 30 днів після початку лікування. Критерії оцінки: клінічні прояви, наявність піурії, наявність бактеріурії.

Контрольне обстеження групи Б проводилося через 30 днів після закінчення курсу комплексної ініціальної терапії. Критерії оцінки: клінічні прояви. Враховуючи, що всі 12 хворих з негативними результатами бактеріального дослідження сечі ввійшли у групу Б, а у останніх 4 хворих збудник висіявся в низьких титрах ( $10^3$ - $10^4$  КОЕ/мл), наявність бактеріурії не розглядалась як критерій оцінки ефективності лікування.

**Результати, отримані у хворих з циститом.** Після проведеного лікування у більшості хворих групи А настало клінічне і лабораторне покращання різного ступеня вираженості.

*Таблиця 3 – Динаміка скарг у хворих групи А (n =15) через 10 днів лікування*

Скарги	До лікування (n =15)		Після лікування (n =15)			
			підгрупа А1 (Лопракс, n =7)		підгрупа А2 (Лопракс+Канефрон, n =8)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутні	0	0	4	57	7	87,5
Почащене сечовипускання	14	93,3	2	28,6	0	0
Різі при сечовипусканні	15	100	1	14,3	0	0
Свербіж у промежині до та під час сечовипускання	7	46,6	0	0	0	0
Термінальна макрогематурія	6	40	0	0	0	0

У підгрупі А1 піурія через 10 днів лікування не спостерігалась у 6 (75%) хворих, в той час як у підгрупі А2 – у 100% хворих.

При бактеріологічному дослідженні сечі, проведеному через 10 днів, попередньо виділений збудник був виявлений лише в 1 хворого підгрупи А1; у підгрупі А2 результати посіву сечі були негативні у 100% випадків.

Подібні результати були отримані через 30 днів. У всіх хворих, які приймали Канефрон Н, клінічні прояви захворювання були відсутні, в

той час як у 2 (28,5%) хворих, які отримували монотерапію Лопраксом, у тому або іншому ступені піурія, як і раніше, не виявлялася у 100% хворих підгрупи А2. У підгрупі А1 повторне підвищення кількості лейкоцитів у сечі було виявлено у 2 (25%) хворих.

Таким чином, стає очевидним що, незважаючи на достатньо високу ефективність Лопраксу (75%), додавання до терапії Канефрону Н підвищує клінічну ефективність лікування із 70 до 100% (при довготривалому прийманні препарату). Можливо, це пов'язано з комплексним антимікробним, протизапальним, спазмолітичним і діуретичним ефектом останнього. Потенціюючи дію Лопраксу, Канефрон Н забезпечує додатковий протизапальний та симптоматичний ефект, який зберігається і після припинення активної антибактеріальної терапії. Крім того, з'ясувалося, що тривале приймання Канефрону Н забезпечує стійкий протирецидивний ефект, про що свідчить відсутність клінічних та лабораторних проявів циститу через 30 днів лікування.

Після проведеного курсу ініціальної терапії (група В) клінічне покращання настало у 16 (87,5%) хворих – 7 (87,5%) хворих підгрупи В1 та (87,5%) хворих підгрупи В2.

Через 30 днів спостережень скарги, як і раніше, були відсутніми або незначними у 5 (62,5%) з 14 хворих, тих, що не отримували підтримуючої терапії Канефроном Н. У 1 (12,5%) хворого, незважаючи на досягнутий раніше позитивний ефект, був відмічений повторний розвиток клінічної картини циститу. Що стосується хворих з підгрупи В2, які отримували підтримуючу терапію Канефроном Н, то через 30 днів скарги були відсутніми у 8 (100%) з 8 хворих.

*Таблиця 4 – Динаміка скарг у хворих групи В (n =16) через 30 днів після закінчення курсу ініціативного лікування*

Скарги	До лікування (n =16)		Після лікування (n =16)			
			підгрупа В1 (без підтримуючої терапії, n =8)		підгрупа В2 (підтримуюча терапія Канефроном, n =8)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутні	0	0	6	75	6	75
Почащене сечо- випускання	15	93,7	1	12,5	1	12,5
Різі при сечо- випусканні	16	100	2	25	1	12,5
Свербіж у проме- жині до та під час сечовипускання	5	31,2	1	12,5	0	0
Термінальна макрогематурія	3	18,7	0	0	0	0

#### ВИСНОВКИ

Таким чином, приймання Канефрону Н не тільки сприяло підтриманню раніше досягнутого результату, але й додатково підвищувало ефективність ініціальної терапії. Загалом через 30 днів спостереження ефективність лікування з прийманням Канефрону Н була вища від ефективності без приймання даного препарату. Мабуть, за відсутності збудника, який був виявлений (або при виявленні його у низьких титрах), та піурії ефективність застосування Канефрону Н обумовлена його протизапальним, спазмолітичним та діуретичним

ефектом, що виправдовує застосування даного препарату з метою профілактики рецидивів хронічного циститу після досягнутого клінічного покращання, а також для підвищення ефективності курсу ініціальної комплексної терапії.

Потрібно відмітити, що у процесі застосування Канефрон Н у групах А та Б не було зареєстровано жодного випадку побічної дії або непереносимості препарату.

Аналіз проведеного дослідження дає змогу розглядати Канефрон Н як ефективний та безпечний лікарський засіб для лікування хворих хронічним циститом .

## SUMMARY

### APPLICATION OF VEGETABLE PREPARATION OF KANEFRON H IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CYSTITIS

*V.V. Sikora, I.M. Shapovalova*  
*Sumy State University, Medical Institute*

*Clinic improvement after the therapy of "Kanefron H" has been found in 16(87, 5%) patients. Effectivity of "Kanefron H" depend on its anti inflammatory, spasmolytic and diuretic effects. Its allow use this drag for prevent recidiv of chronic cystitis after the clinic improvement and also for promotion of complex treatment effect.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Амосов А. В. Рослинний препарат Канефрон в урологічній практиці. – Лікар, 2000. – 36 с.
2. Питель Ю.А., Амосов А.В. Рослинний препарат Канефрон в урологічній практиці. – Лікар, 1999. – С. 38 – 39.
3. Лопаткін Н.А. Урологія. – Москва, 1995.– С. 242 – 247.
4. Возіанов С.О. Урологія. – Львів, 2003. – С. 112 – 116.
5. Калиніна С.Н., Олександров В.П., Тиктинський О.Л., Кореньков Д.Г. Канефрон в лікуванні хворих сечокам'яною хворобою після оперативних втручань. В кн.: Матеріали наукових праць VII Міжнародного конгресу урологів. – Харків, 1999.– С. 213 – 214.
6. Струков А.І. Патологічна анатомія. – Москва, 1993.– С. 399 – 402.
7. Аляев Ю.Г., Амосов А.В. Використання рослинного препарату Канефрон у лікуванні хворих хронічним циститом. – Урологія. – 2005. – 33 с.
8. Ковальова О.Н. Практична нефрологія. – Харків, 2002.– С. 62 – 64.
9. Гонський Я.І. Біохімія людини. – 2001.– С. 455 – 456, 496.
10. Пиріг Л.А., Дядик О.І. Нефрологія. – Київ, 1995.– С. 173 – 178.
11. Пиріг Л.А. Клінічна нефрологія. – Київ, 2004. – С. 327 – 337.
12. Атаман О.В. Патологічна фізіологія. – Київ, 2000. – С. 232 – 249, 499.
13. Бакалюк О. Лікарська практика. Вибрані питання нефрології в клініці внутрішніх хвороб. – Тернопіль, 2000.– С. 226 – 230.
14. Колпаков І. С. Сечокам'яна хвороба. – Москва, 2006. – С. 103 – 104.
15. Свистонюк І. У. Оперативна урологія. – Київ, 2002. – С. 75 – 78.

**Сікора В.В.**, канд. мед. наук, доцент, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;  
**Шаповалова І.М.**, студентка, Медичний інститут СумДУ, м. Суми.

*Надійшла до редакції 2 липня 2008 р.*