

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Медичний інститут

УДК 616.613-085.322-036.8-053.2(043.3)

Ухань Анжела Вікторівна

Ефективність фітотерапії в лікуванні хронічних пієлонефритів у дітей

14.01.10 – педіатрія

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри сімейної медицини
з курсом пропедевтики внутрішніх
хвороб та ендокринології

Орловський В.Ф.

Суми – 2013

Зміст

Перелік умовних позначень	3
Вступ	4
Розділ 1. Огляд літератури	6
1.1. Визначення пієлонефриту, класифікація та структура збудників ХПН.	6
1.2. Роль фітотерапії в лікуванні хронічного пієлонефриту у дітей.	9
1.3. Наукові дослідження ефективності фітопрепаратів канефрон та уролесан.	20
Розділ 2	28
2.1. Загальна характеристика досліджуваних дітей.	28
2.2. Матеріали дослідження.	31
2.3. Методи дослідження.	31
Розділ 3. Результати дослідження	34
Висновки	40
Практичні рекомендації	41
Список використаної літератури	42

Перелік умовних позначень

- ПН – пієлонефрит
- ГПН – гострий пієлонефрит
- ХПН – хронічний пієлонефрит
- ВП – вторинний пієлонефрит
- ХЦ – хронічний цистит
- Ц – цистит
- ППН – подвоєння правої нирки
- ЗДА – залізодефіцитна анемія
- ДН – дистопія нирок
- ГРВІ – гострі респіраторні вірусні інфекції
- БСП – без супутньої патології
- ГСМ – гіпорексія сечового міхура
- Б – баланопостит
- МСР – міхурово-сечовідний рефлекс
- КПН – кіста правої нирки
- О – оксалатурія
- СВС – сечовидільна система
- ХНН – хронічна ниркова недостатність
- СКХ – сечокам'яна хвороба
- ЛТ – літотрипсія
- ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації
- НЗТ – ниркова замісна терапія
- ФП – фітопрепарати
- ІСШ – інфекція сечових шляхів

Вступ

Актуальність теми.

Останнім часом проблема захворюваності на ХПН у дітей набуває все більшої актуальності.

Поширеність хвороб сечостатевого органів серед дітей в Україні зростає протягом останніх 5 років. Все більше реєструється інфекцій нирок і сочовивідних шляхів. Європейська асоціація трансплантації та гемодіалізу нирок стверджує, що на даний момент ПН займає третю сходинку серед причин, що викликають розвиток НН у дітей, і поступається лише спадковим вродженим нефропатіям та гломерулонефриту [2]. За загальної ініціативи Всесвітнього Нефрологічного суспільства щорічно у березні, починаючи з 2006 року, відзначається Всесвітній день нирки. Україна приєдналася до Глобального проекту, який підтримало вже 80 країн світу, в 2008 році [71]. Згідно зі статистичними даними Інституту урології АМН України на 2008 рік, захворюваність дітей на ХПН становить 37 331, або 5,34 хворих на 1 тис. дітей віком 0-14 років, у тому числі з уперше виявленим ВП – 5 334 або 0,76 на 1 тис. дитячого населення [2].

ХПН у дітей, переважно вторинного походження, є ускладненням різних за генезом клінічних форм порушень уродинаміки, що зумовлює його затяжний клінічний перебіг з гострими рецидивами запального процесу та необхідність тривалого лікування [4].

У 2004 році поширеність ХПН серед дітей віком до 17 років становила 65,8 випадків на 10 000 дітей. ГПН в 20-30 % переходить в ХПН [2]. Найчастіше хворіють дівчатка, що пояснюється анатомічними особливостями жіночого сечівника, що створює сприятливі умови для проникнення інфекції в сечові органи. Більше схильні діти дошкільного віку 3-5 років [3].

У 80-85% хворих ХПН є вторинним процесом і виникає внаслідок механічної чи динамічної обструкції сечових шляхів. Розвитку ХПН сприяють природні фактори, спадкові імунодефіцитні стани, ферментопатії [4].

Діти з аномаліями сечових шляхів, особливо нирок, хворіють на пієлонефрит у 8-10 разів частіше, ніж здорові. У хлопчиків раннього віку важливу роль відіграє інфравезикальна обструкція, у дівчаток причиною розвитку ПН в 22-76 % випадків є міхурово-сечовідно-мисковий рефлюкс [3].

У 2002 році група експертів NKF запропонувала концепцію хронічної хвороби нирок (Chronic Kidney Disease, CKD), класифікацію, критерії визначення та методи діагностики [2].

Фітотерапія у лікуванні ХПН займає особливе місце. На відміну від багатьох інших галузей медицини, лікування травами в урології є не стільки доповненням, скільки одним з основних компонентів терапії. Ефективність її доведена серйозними науковими роботами урологів і фармакологів.

Таким чином, в Україні практично недослідженим залишається питання впливу фітотерапії на лікування ХПН. Чи можливе лікування ХПН лише фітопрепаратами без антибіотикотерапії?

Мета дослідження: визначити ефективність фітотерапії в лікуванні ХПН у дітей від 6 місяців до 12 років з використанням двох препаратів: канефрона та уролесана.

Завдання дослідження:

1. Визначити поширеність фітотерапії та фітопрепарати, що найкраще використовують в лікуванні ХПН.
2. Порівняти ефективність фітопрепаратів, на підставі визначення показників до та після лікування та порівняння їх з групою контролю.
3. Встановити можливість лікування ХПН без антибіотикотерапії.

Об'єкти дослідження: діти від 6 місяців до 12 років, хворі на ХПН в стадії загострення та ремісії.

Розділ 1

Огляд літератури

1.1 Пієлонефрит - це неспецифічний бактеріальний запальний процес, який локалізується в чашково – мисковій системі нирки і в її тубулоінтерстиціальній зоні. Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), пієлонефрит відноситься до групи тубулоінтерстиціальних нефритів і фактично являє собою тубулоінтерстиціальний нефрит інфекційного генезу [3].

ХПН - запальний процес, що локалізується в різних відділах сечовидільної системи, позначають загальним терміном 'інфекція сечових шляхів' (ІСШ), а власне пієлонефрит представляє собою неспецифічний інфекційно-запальний процес, що розвивається спочатку в чашково-мисковій системі і поширюється в подальшому на тубулоінтерстицій і корковій речовині нирок [10].

Класифікація ХПН

Шифр за МКХ-10:

N 10 Гострий тубулоінтерстиційний нефрит

N 11 Хронічний тубулоінтерстиційний нефрит

N 11.0 Необструктивний хронічний пієлонефрит, пов'язаний з рефлюксом

N 11.1 Хронічний обструктивний пієлонефрит

N 11.8 Інші хронічні тубулоінтерстиційні нефрити

N 11.9 Хронічний тубулоінтерстиційний нефрит неуточнений

N 12 Тубулоінтерстиційний нефрит, не уточнений як гострий і хронічний

N 13 Обструктивна уропатія та рефлюкс-уропатія

N39.0 Інфекція сечовивідних шляхів без уточненої локалізації

ХПН найчастіше є наслідком ГПН, але може бути й «первинно-хронічним» [66].

Виділяють декілька форм перебігу ХПН:

латентна, що характеризується скудністю клінічних проявів,
рецидивуюча з чергуванням загострень та ремісій,
гіпертонічна з переважанням гіпертонічного синдрому,
анемічна (на перший план виступає недокрів'я)
азотемічна, коли першими проявами хвороби є ознаки ХНН (стадія пієлонефритично зморщеної нирки) [13].

ХПН супроводжується ураженням паренхіми нирок. Клінічно ураження сечовивідних шляхів може бути невиражене або відсутнє. В анамнезі можуть бути ознаки гострої інфекції сечовивідних шляхів [6].

Для латентного перебігу характерна артеріальна гіпертонія, при цьому хвороба може тривати з мінімальними змінами у сечі, а стійке підвищення артеріального тиску призводить до збільшення лівого шлуночка, змін очного дна, ЕКГ та інших ознак, які ускладнюють диференційну діагностику ПН з гіпертонічною хворобою.

Розвиток ниркової недостатності при ПН проявляється зниженням відносної щільності сечі та поліурією [67].

При гістологічному дослідженні нирки у хворих на ХПН виявляється ураження інтерстиційної тканини (лімфогістіоцитарні інфільтрати, склероз), клубочків (склероз навколо них), каналців (дистрофічні і атрофічні зміни клітин), судин (потовщення і склероз інтими, гіаліноз артерій) [3].

За домінуванням і вираженості тих чи інших змін виділяють наступні морфологічні форми ХПН:

- 1) хронічний пієлонефрит з мінімальними змінами;
- 2) хронічний пієлонефрит зі стромально-клітинним компонентом;
- 3) хронічний пієлонефрит зі стромально-судинним компонентом;
- 4) хронічний пієлонефрит змішаної форми;
- 5) хронічний пієлонефрит з виходом у зморщену нирку.

Класифікація NKF базувалася тільки на ШКФ. Але з клінічного погляду бажано, щоб у діагнозі зазначалася нозологічна основа хронічної хвороби нирок [8]. Вітчизняна класифікація ХХН урахує цю вимогу, вона узгоджена з міжнародною статистичною класифікацією хвороб МКХ-10 і складається з рубрик, позначених великими літерами кирилиці, та підрубрик – відповідно малими літерами:

А. Первинні гломерулярні хвороби.

Б. Вторинні гломерулярні ураження, зумовлені:

- а) системними захворюваннями сполучної тканини;
- б) системними васкулітами;
- в) цукровим діабетом 1 або 2 типів;
- г) вірусним гепатитом В або С, СНІДом;
- д) артеріальною гіпертензією будь-якого генезу;
- е) пізнім гестозом;
- є) іншими причинами.

В. Спадкові нефропатії.

Г. Хронічні неінфекційні тубулоінтерстиціальні хвороби.

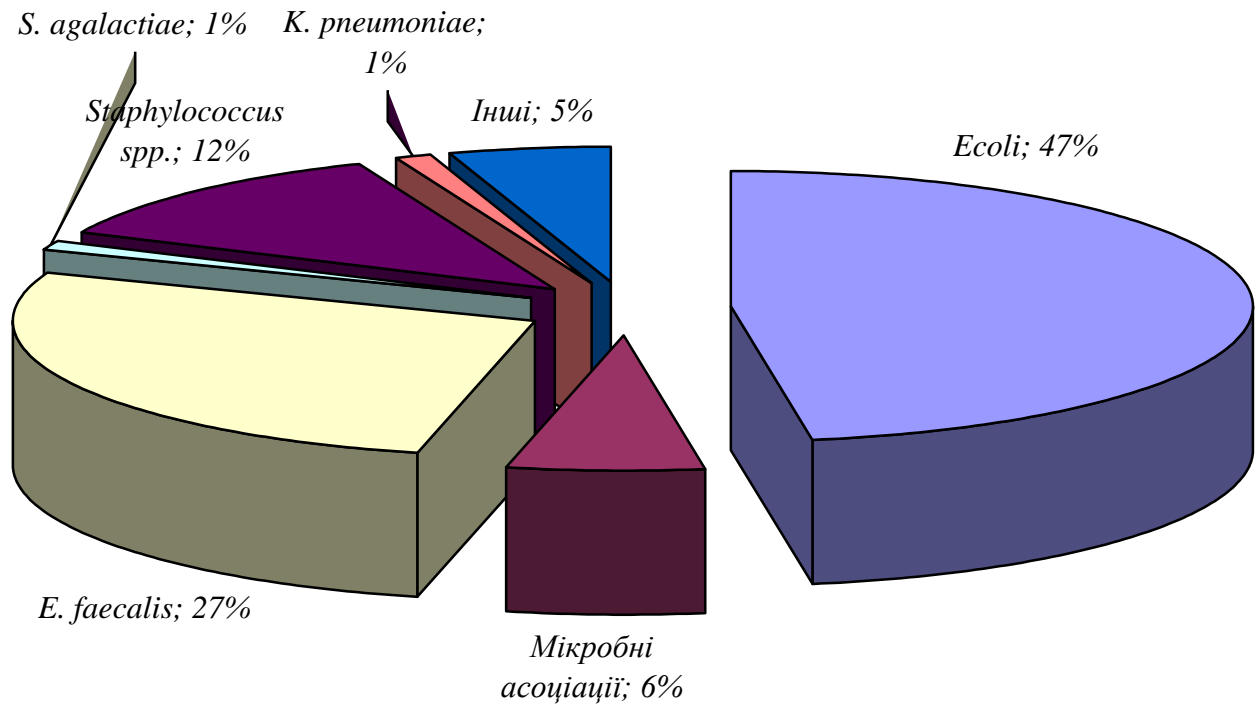
Д. Хронічний пієлонефрит:

- а) ускладнений;
- б) неускладнений.

Е. Кістозні хвороби нирок.

Є. Хронічні хвороби (ураження) трансплантованої нирки [69].

Діаграма 1.1.1.
Структура збудників ХПН



E. coli – 47%, *E. faecalis* – 27%, *Staphylococcus spp.* – 12%, мікробні асоціації – 6%, інші – 5%, *K. pneumoniae* – 1%, *S. agalactiae* – 1%. Серед збудників ХПН домінує *E. coli*.

Формуванню ХПН сприяють збереження уродінамічних і метаболічних порушень, наявність у дітей аномалій конституції, частих гострих респіраторних захворювань і вогнищ хронічної інфекції, супутньої екстрауренальної патології та розлади імунологічної реактивності [11].

При мікробно-запальному процесі в нирках спостерігається вторинна дисфункція мітохондрій, що є «енергетичною станцією» клітин. Найбільш багаті мітохондріями клітини проксимальних і дистальних каналців нирки. Дисфункція мітохондрій сприяє хронізації піелонефритичного процесу [18].

1.2. Роль фітотерапії в лікуванні ХПН у дітей.

Фітотерапія - це галузь медицини, яка займається лікуванням лікарськими рослинами або їх частинами, а також препаратами на їх основі. Термін походить від грецького слова "фітос" (рослина). Фармакологічну дію фітопрепаратів доведено або спеціальними клінічними дослідженнями в результаті аналізу накопиченого досвіду медичного застосування, причому доведено суто медичними методами. Такі препарати стандартизовані за основною діючою речовиною чи за речовиною, що переважає в даному лікарському засобі [13].

До фітотерапевтичних лікарських засобів не відносяться препарати з лікарських рослин, виготовлені для гомеопатії, антропософської медицини, спагіріки, а також нестандартизовані суміші з рослинних і синтетичних біоактивних речовин або виділені в чистому вигляді природні біоактивні речовини [17].

Фітопрепарати - добре перевірені часом засоби, які народна медицина успішно використовує для оздоровлення та профілактики хвороб людини [7].

З давніх часів люди користувалися для оздоровлення травами, як єдиним і найефективнішим засобом народного оздоровлення. У наш час, на зміну травам прийшли фітопрепарати [19].

Фітопрепарати - напівпродукти та комплекси рослинного походження. Натуральні фітопрепарати займають чільне місце в сучасній фармакотерапії. Вони містять хімічно чисті речовини, виділені з рослин, очищені комплекси природних речовин, настої, відвари, настоянки, екстракти. Чисті речовини рослинного походження, які містять фітопрепарати, за своїми характеристиками повністю відповідають синтетичним засобам. Разом з тим комплексні фітопрепарати мають потенціал природності. Природні речовини, що входять до складу фітопрепаратів, близькі до організму людини, звідси і витікають особливості, облік яких необхідний у процесі їх експериментального та клінічного дослідження [18].

Вплив фітопрепаратів на різних етапах оздоровлення людини. Комплексні фітопрепарати на різних етапах оздоровлення людини, несуть в

собі різну роль. На початкових етапах фітопрепарати здатні запобігти подальшому розвитку хвороби або пом'якшити її прояви. На етапі розпалу захворювання фітопрепарати виступають як засоби додаткової терапії для посилення ефективності, зменшення побічних явищ, корекції порушених функцій. В процесі одужання фітопрепарати застосовуються поряд із синтетичними засобами і поступово витісняють останні [13].

Важливо усвідомити, що неефективних рослин в природі не існує. Цей постулат йде з глибокої давнини. Фітопрепарати створені для того, щоб правильно використовувати, той чи інший засіб рослини, для оздоровлення організму. Властивості лікарських трав добре досліджені. Дуже важко правильно поєднати потрібні властивості з різних трав. Фітопрепарати можуть об'єднувати в собі ліки з декількох рослин. Це так, тому що фітопрепарати створюють медики фахівці з необхідними професійними знаннями [66].

Фітопрепарати різних груп дії повинні розширюватися в асортименті сучасними фахівцями фармакології. Це обумовлено низкою факторів сучасного напруженого ритму життя, особливо жителів промислових мегаполісів, з несприятливими екологічними умовами середовища. Не випадково перевагу отримують саме фітопрепарати, що зумовлено рядом позитивних властивостей, які вони мають. ФП володіють низькою токсичністю при досить високій ефективності, широким спектром терапевтичної та комплексної органопротекторної дії, мають мінімум побічних ефектів, та є відносно дешеві в порівнянні з синтетичними препаратами. При своєчасному їх застосуванні можна відновити добові біоритми, знизити розвиток соматичної патології, викликані психогенними факторами, поліпшити якість життя, пом'якшити в умовах дезадаптації негативний вплив на організм людини стресових ситуацій, а також несприятливих екологічних і виробничих факторів [60].

Фітотерапія у лікуванні ХПН займає особливе місце. На відміну від багатьох інших галузей медицини, лікування травами в урології є не стільки

доповненням, скільки одним з основних компонентів терапії. Ефективність її доведено серйозними науковими роботами урологів і фармакологів [22].

Основна дія трав направлена на:

- зняття болю;
- боротьбу з інфекцією;
- зменшення запальної реакції;
- виведення рідини при набряках;
- нормалізацію артеріального тиску;
- регуляцію обмінних процесів;
- підвищення опірності організму;
- виведення надлишку солей.

Фітотерапія має бути індивідуальною, проводиться безперервно тривалий час і краще всього зборами. В них лікувальні властивості кожного з лікарських рослин багаторазово посилюються за рахунок ефекту накопичення. Фітотерапія жодним чином не замінює і не виключає прийом медикаментозних препаратів [20].

В комплексній терапії ХПН використовуються рослинні засоби, що мають протизапальну, сечогінну дію, а при розвитку гематурії - кровоспинну.

Класифікація фітопрепаратів за формою випуску:

- фіточаї: «нирковий», «протизапальний», збір сечогінний № 1 та 2;
- фітотаблетки: канефрон, уролесан;
- паста всередину: фітолізин;
- фітозбори («Нефрофіт-К»);

Таблиця 1.2.1.

Лікарські рослини, що використовують при ХПН

Назва рослини	Дія			
	сечогінна	бактерицидна	в'язуча	кровооспинна
Алтей	-	++	-	-
Брусниця	++	++	-	-
Бузина чорна	++	+	+	-
Оман	++	+	-	+
Звіробій	+	+++	++	+
Кукурудзяні рильця	++	++	+	+
Кропива	-	++	+	+++
Корінь дягиля	++	-	-	-
Листя берези	++	-	-	-
Пирій	++	-	-	-
Нирковий чай	+++	-	-	-
Хвощ польовий	+++	+	+	++
Ромашка	-	++	-	-
Горобина	++	+	+	++
Толокнянка	+++	++	+	-
Квітки василька	++	+	-	-
Журавлина	+	+	-	-
Лист суниці	+	-	-	++

Збір лікарських рослин, що застосовують при лікуванні хворих на ХПН

Компоненти	Кількість, г
Петрушки трава	5
Хвоща трава	50
Буквиці трава	10
Кінського щавлю корінь	10
Спаржі корінь	30
Подорожника лист	20
Суниці лист	30
Кропиви лист	20
Ожини лист	15
Берези лист	15
Лняне насіння	50
Кукурудзяні рильця	20

Спосіб приготування: 1 столову ложку сухого подрібненого збору лікарських рослин заливають 2 склянками окропу на 10-15 хвилин, настоюють протягом 2 годин, дають випити хворому протягом 1 дня [21].

З готових до вживання зборів лікарських рослин слід зазначити Фітолізин, який випускається в тубах у вигляді пасти м'якої консистенції з ароматним запахом і містить екстракти лікарських рослин (петрушки корінь, пирію кореневище, польового хвоща трава, берези лист, горця пташиного трава), а також м'ятне , шавлієве, соснове і апельсинове масло, ванілін. Фітолізин має сечогінну, спазмолітичну, антибактеріальну та протизапальну дію, сприяє розпушуванню і видаленню конкрементів із сечових шляхів. Його

призначають по 1 чайній ложці в ½ склянки підсолодженої води 3 рази на день після їжі, протягом 2-3 місяців [16].

Фітокомпоненти, що ефективні при мікробному запаленні сечових шляхів: ортосифон, овес, березове листя і бруньки, буквиця лікарська, бузина (корінь, квіти), плоди глоду, грицики, кукурудзяні стовпчики, насіння льону, медунка лікарська, подорожник, спориш, ягоди та листя суниці, тощо [29].

Фітосуміші, що застосовуються при мікробному запаленні сечових шляхів:

Збір № 1:

квітки волошки синьої	- 1 частина;
бруньки берези	- 1 частина;
листя мучниці	- 2 частини;
листя вахти триливної	- 4 частини.

2 чайні ложки суміші залити 1 склянкою води, кип'ятити 10 хвилин, процідити. Приймати по 1/2 склянки 3 рази на день за 20 хвилин до їжі.

Таблиця 1.2.2.

Порівняльна характеристика лікарських рослин, що застосовуються для лікування пієлонефриту та інфекцій сечових шляхів

Лікарські рослини	Сировина, лікарська форма	Основні лікувальні ефекти				Взаємодія на патогених збудників захворювання
		Сечогінний	Імунотропічний	Антигіпоксичний	Протизапальний	
1	2	3	4	5	6	7

Береза повисла	бруньки, настій	+++*	+	+	++	Протимікробна Противірусна Протистоцидна**
----------------	--------------------	------	---	---	----	--

Продовження Табл. 1.2.2.

1	2	3	4	5	6	7
Брусниця	листя, настій	+++	+	++	++	Протимікробна Протистоцидна
Волошка синя	квітки, настій	+++	++	++	+++	Протимікробна
Горець пташиний	трава, настій	+++	+++	++	++	Протимікробна
Грижник гладкий	трава, настій	+++	++	++	+++	Протимікробна
Оман високий	кореневища й корні, відвар	–	++	++	+++	Протимікробна Противірусна
Рутка лікарська	трава,*** настій	+++	++	+++	+++	Протимікробна Протистоцидна Фунгіцидна
Звіробій продірявлений	трава, настій	++	++	+	++	Протимікробна
Лишайники*** *	слоєвища відвар	++	+++	+(++)*****	+++	Протимікробна Протистоцидна Фунгіцидна
Коріандр посівний	плоди, настій	++	+++	++	+++	Протимікробна Противірусна
Ялівець звичайний	плоди, настій	+++	++	++	+++	Протимікробна Противірусна Протистоцидна Противігрибкова

Ортосифон (нирковий чай)	трава, настій	+++	+++	+	+++	Протимікробна
-----------------------------	------------------	-----	-----	---	-----	---------------

Продовження Табл. 1.2.2.

1	2	3	4	5	6	7
Стальник польовий	корні, настій трави***	+++	+	+	++	Протимікробна Протистоцидна
Мучниця звичайна	листя, відвар	+++	+	+	++	Протимікробна
Чорниця звичайна	листя, настій	+++	++	++	+++	Протимікробна
Евкаліпт шариковий	листя, настій	—	+++	++	+++	Протимікробна Противірусна Протистоцидна Фунгіцидна

Примітка:

«+++» - виражена дія.

«++» - помірно виражена дія.

«+» - слабка активність.

«-» - ефект відсутній.

** Ефект щодо найпростіших.

*** Сировина неофіційна.

**** Офіційні основні види родів центрарія, кладонія, усгія, пармелія, алекторія, евернія.

***** Більш активні деякі види цетрарій и пармелій [42].

ХПН так само, як і гострий, у народній медицині лікують в основному за допомогою фітотерапії. Але при хронічній формі захворювання фітотерапія проводиться трохи інакше. У період загострення рекомендується

поєднувати рослинні збори з медикаментозними препаратами, а в період ремісії можна обмежитися тільки рослинами. Протягом першого року хвороби фітотерапію необхідно проводити постійно, змінюючи збори кожні 2-3 місяці. При тяжкому перебігу захворювання лікування має бути безперервним, з періодичними замінами фітозборів. Інтервали застосування рослинних зборів в таких випадках не повинні перевищувати 3-5 днів [38].

Рецепти зборів лікарських рослин.

Взяти в рівних пропорціях листя берези, трави споришу, комірник і пастушої сумки. Все подрібнити, перемішати. Покласти в термос 2 ст. л. збору, залити 0,5 л окропу, настоювати протягом 8 годин, процідити і пити в теплому вигляді по 2 / 3 склянки 4 рази на день після їжі.

Взяти в рівних пропорціях листя брусниці і грушанка, траву лапчатки гусячої і корінь петрушки. Рослини подрібнити, перемішати. Залити 2 ст. л. суміші 2 склянками окропу, кип'ятити протягом 5 хвилин, 1 годину настоювати в теплі. Процідити і пити теплим по півсклянки 4 рази на день за півгодини до їжі.

Взяти в рівних пропорціях листя вахти і любисток, квітки нагітків і кореневищ пирію. Рослинну сировину подрібнити, ретельно перемішати. Покласти 2 ст. л. збору в термос, залити 0,5 л окропу, настоювати протягом 8 годин, процідити і пити в теплому вигляді по півсклянки 4 рази на день після їди.

Як доповнення можна регулярно вживати ягоди журавлини і брусниці в будь-якому вигляді, а в літню пору року - є кавуни і суниця.

Якщо застосування збору дало позитивний ефект і ознак захворювання не спостерігається тривалий час, то, зробивши перерву в 45 днів, потрібно змінити збір і продовжувати лікування курсами по 30 днів з перервами такої ж тривалості. При погіршенні стану хворого варто спробувати використовувати фітозбори з великою кількістю рослин.

У періоди між застосуванням фітозборів для стабілізації стану можна використовувати настої, відвари і напару окремих рослин, що мають протимікробну і протизапальну дію. Готуються вони так.

Взяти 4 ст. л. трави деревію, залити 2 склянками гарячої води, довести до кипіння на водяній бані, кип'ятити протягом 5 хвилин. Настояти, процідити і пити по 3 ст. л. 4 рази на день за 20 хвилин до їжі.

Взяти 4 ст. л. листя берези, залити 1 л води, протягом 20 хвилин кип'ятити на водяній бані. Процідити і пити в теплому вигляді по 1 склянці 4 рази на день до їжі.

Взяти 4 ст. л. листя брусниці, залити 1 л води, довести до кипіння і протягом 10 хвилин кип'ятити на водяній бані. Потім процідити і пити відвар теплим по 1 склянці 3 рази на день за 30 хвилин до їжі.

Взяти 3 ст. л. листя татарника без колючок, насипати в термос, залити 0,5 л окропу, настояти протягом години. Процідити і пити засіб теплим, додавши меду або цукру, по півсклянки 4 рази на день після їжі.

Взяти 1 ч. л. трави грициків, залити склянкою окропу, настояти протягом години. Процідити і пити по 1 склянці 3 рази на день до їжі. Нову порцію слід готувати окремо перед кожним прийомом.

Взяти 2 ст. л. квіток волошки синьої, насипати в термос, налити 0,5 л окропу, настоювати протягом 20 хвилин. Процідити і пити по півсклянки 4 рази на день до їжі [57].

Слід звернути увагу, що в період вагітності лікування рослинними зборами має свою специфіку. Обираючи збір, потрібно постаратися не нашкодити дитині. Адже серед рослин можуть бути такі, які здатні викликати сильний токсикоз або навіть викидень. Тому вагітним взагалі не можна приймати наступні рослини або їх частини: сік алое, траву арніки гірської, гірчака почечуйного і пташиного, буквиці (а також коріння цієї рослини), буркуну, звіробій, кропиву дводомну, грицики, полину гіркого і звичайного, рути запашної, шавлії, шандри, маренки й глухої кропиви, кропу городнього і фенхелю (а також плоди цієї рослини), родовика (і його кореневища), всі

частини барбарису, рослина суниці лісової, листя грушанки, любисток, магнолії (а також її квіток) і мучниці, кореневища оману, кубішки жовтої, півонії та елеутерококу, коріння марени і шавлю кінського (а також плоди шавлю), пагони омели білої, пасльону солодко-гіркого і чорного, квітки пижми звичайної й ромашки аптечної (у великих кількостях), всю рослину солодки [49].

1.3. Наукові дослідження з вивчення застосування фітопрепаратів канефрон та уролесан.

Фітотерапія поширена в комплексному лікуванні ПН: на прикладі канефрону, який призначають в 100% випадків при ХП в стадії ремісії та загострення, при ГП –в 50 % випадків.

Канефрон

Готовий фітопрепарат Канефрон Н, завдяки своєму складу (золототисячник, любисток, розмарин), має діуретичну, спазмолітичну, протизапальну, антимікробну, антиоксидантну та нефропротекторну дію.

Канефрон Н призначається дітям від народження до 3 років – по 10 крапель в сиропі, з 1 – 5 років по 15 кр 3 рази на добу, діти шкільного віку по 1 драже або по 25 крапель 3 рази на день, дорослі по 50 крапель 3 рази на день.

Як показали наукові дослідження Канефрон Н ефективний при ХПН. В комплексному лікуванні дітей з ПН позитивно впливає на динаміку клініко-лабораторних симптомів захворювання, сприяє скороченню термінів лікування і збільшує тривалість ремісії [2].

Рослинний комплексний препарат Канефрон ® Н ефективний при застосуванні його в дитячій нефрологічній та урологічній практиці. Добра переносимість дозволяє використовувати його навіть у дітей грудного віку. Завдяки різноманіттю дії на нирки і сечовивідні шляхи Канефрон ® Н може бути рекомендований як компонент лікування у дітей з гострими і хронічними запальними процесами в нирках і сечовивідних шляхах як мікробно-запального (ПН), так імунозапального генезу (гломерулонефрит), в

комплексному лікуванні нейрогенних порушень сечовивипускання, ускладнених МСР та ПН, при обструктивній уропатології, ускладненої ПН і ГЦ, в комплексному лікуванні нефриту і дисметаболических нефропатій різного генезу як в умовах стаціонару, так і в амбулаторній практиці лікаря-педіатра.

Є позитивний досвід застосування препарату Канефрон ® Н при ацетонемічному синдромі, що пояснюється його здатністю знижувати прояви урикемії завдяки створенню умов для виведення солей сечової кислоти, що попереджає розвиток епізодів ацетонемічного кризу. Крім того, препарат надає лікувальну дію на сечовивідні шляхи - усуває їх мікротравматизацію і пригнічує запальний процес. Ці дві обставини зумовлюють доцільність використання Канефрона ® Н у дітей з ацетонемічним синдромом [54].

Доведена антимікробна активність фітопрепарату Канефрон ® Н в умовах *in vitro* щодо уропатогенів, виділених із сечі дітей з ПН, що обґрунтовує доцільність застосування препарату при лікуванні даної патології. Його дія дорівнює дії препаратів нітрофуранового ряду. Препарат потенціює дію антибіотиків.

В дослідженні в урологічній клініці 2006 р. пацієнти (n = 27) отримували Канефрон ® Н протягом 3 міс.: 16 пацієнтів отримували лікування Канефрон ® Н у вигляді монотерапії, а 11 пацієнтів у поєднанні з антибіотиками - фосфоміцину трометамол по 3 г 1 раз/добу. Жоден з пацієнтів не був виключений з дослідження.

Середній обсяг діурезу в групі спостереження склав 1,6 л до лікування Канефрон ® Н і 1,9 л після лікування; в контрольній групі 1,6 і 1,6 л відповідно відмінності статистично достовірні, $p < 0,05$. У групі хворих, які отримували лікування Канефрон ® Н, діурез після лікування збільшився на 0,27 л проти 0,04 л в контрольній групі.

Бактеріурія була виявлена у 46% пацієнтів з групи спостереження до лікування і лише у 14% після лікування. У пацієнтів з контрольної групи (n=70), бактеріурію встановлено у 41% пацієнтів до лікування і у 38% через 3 міс. після лікування - відмінності були статистично достовірні ($p < 0,05$). У

групі пацієнтів, які отримували лікування Канефрон ® Н, статистично достовірно знизився відсоток бактеріурії після лікування: різниця склала 32%, а в контрольній групі лише 3% (**діаграма 1.3.1.**)

Безрецидивний період в групі, що одержувала лікування препаратом Канефрон ® Н, до лікування становив 1,5 міс., а після лікування 3,2 міс. У контрольній групі вихідний інтервал склав 1,7 міс., а через 3 міс. спостереження - 2,3 міс. Відмінності статистично достовірні, $p < 0,05$. Таким чином, в групі пролікованих Канефроном ® Н середній інтервал між загостреннями збільшився на 1,7 міс., а в контрольній групі на 0,7 міс (**діаграма 1.3.1.**)

Всього проведено дослідниками 27 стандартних курсів лікування Канефрон ® Н: 5 пацієток (18,5%) відзначали відмінний клінічний ефект, 17 (63,0%) - хороший ефект, а в 5 випадках (18,5%), ефект був задовільним. Всі пацієнти відзначили зниження симптоматики, зменшення болю в ділянці сечового міхура, зникнення різей, пов'язаних із сечовипусканням, а також збільшення інтервалів між загостреннями захворювань, при цьому самі загострення протікали в легшій формі, ніж до лікування Канефрон ® Н.

Препарат є безпечним, всі пацієнти добре його перенесли, побічних ефектів, алергічних реакцій за час спостереження не встановлено.

Таким чином, при лікуванні як гострої ІСШ, так і персистоючої бактеріальної інфекції нижніх сечових шляхів, яка є однією з проблемних тем в урологічній практиці, рослинний препарат Канефрон ® Н виступає ефективним і безпечним засобом. Він значно збільшує діурез, що є одним з ключових моментів в лікуванні хворих з сечовою інфекцією (антиадгезивна дія, «самопромивання організму»). Зменшення бактеріурії сприяє зниженню персистенції мікроорганізмів у сечових шляхах, що призводить до збільшення безрецидивного періоду. Слід зазначити протизапальний ефект препарату, особливо цінний в лікуванні гострої симптоматики. Зручність застосування (пероральна форма) забезпечує комплаєнтність пацієнтів з

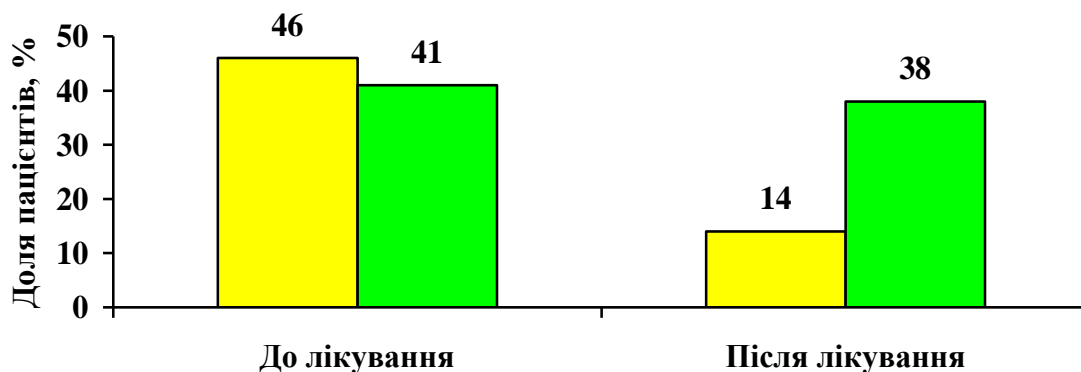
урологічної інфекцією, також сприяючи підвищенню ефективності лікування.

Фітопрепарат Канефрон Н, який у дітей раннього віку можна вживати тривало без ризику виникнення побічних реакцій, є альтернативою спазмолітичним і протизапальним препаратам хімічного походження [2].

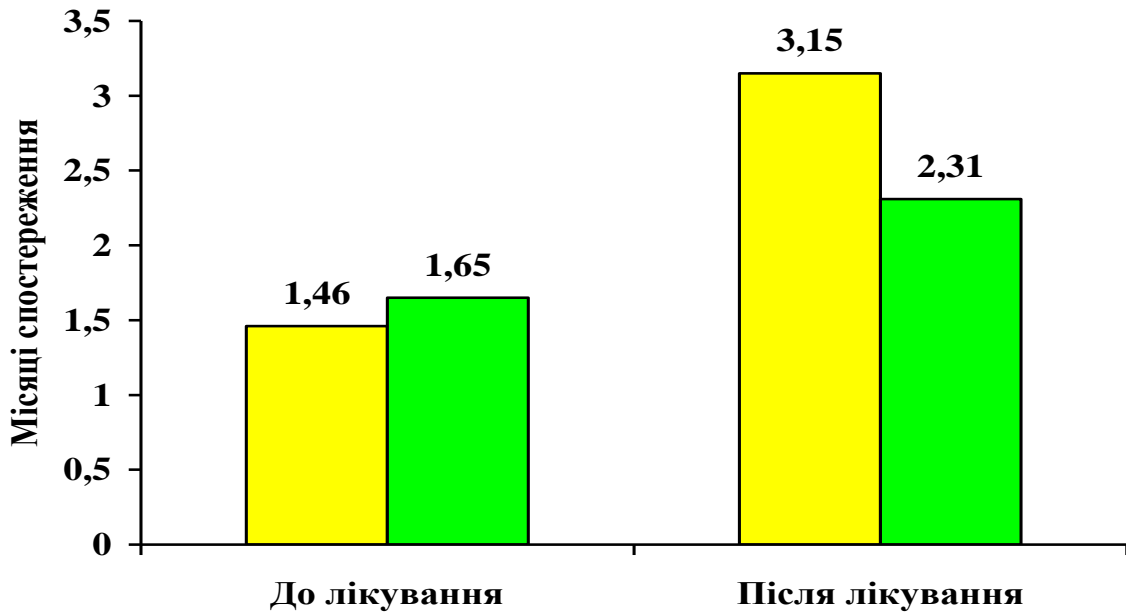
Діаграма 1.3.1.

Динаміка бактериурії та тривалість безрецидивного періоду ХПН

Мал.1 Динаміка бактериурії



- Дослідна група n=27 (Канефрон*Н + стандартна терапія). Канефрон*Н на протязі 3 міс.
- Контрольна група n=70 (стандартна терапія).

Мал.2 Тривалість безрецидивного періоду

■ Дослідна група n=27 (Канефрон*Н + стандартна терапія).
Канефрон*Н на протязі 3 міс.

■ Контрольна група n=70 (стандартна терапія).

Уролесан

Уролесан (Urolesanum, АТ Галичфарм, Львів, Україна) - краплі, що містять спиртоводні екстракти насіння моркви дикої 23 г, шишок хмелю 33 г, трави материнки звичайної 23 г, ефірну олію ялиці 8 г, ефірну олію м'яти перцевої 2 г, олію рицини 11 м.

Дози для дітей: 1-2 роки - по 1 - 2 мл 3 рази на добу; 2-7 років - по 2 - 4 мл 3 рази на добу; 7-14 років - по 4 - 5 мл 3 рази на добу (за допомогою шприца-дозатора).

Встановлено, що препарат Уролесан сприяє ремісії ХПН, завдяки зниженню інтенсивності пероксидації ліпідів, підвищенню імунологічної реактивності організму пацієнта, а також зменшенню ендогенного інтоксикаційного синдрому [71]. Одночасне застосування препарату Уролесан і біотичних доз кобальту хлориду має переваги над монотерапією зазначеними препаратами, оскільки сприяє більш інтенсивній нормалізації

процесів пероксидації ліпідів, так як при цьому не виснажується система антиоксидантного захисту. Також препарат Уролесан сприяє прояву вираженого імуностимулюючого та імуномодулюючого ефекту, ліквідації синдрому ендогенної інтоксикації та еритропоетинстимулюючій дії у пацієнта.

Метою дослідження було вивчення і оцінка ролі препарату Уролесан® в комплексній терапії інфекції сечовивідних шляхів. Обстежено 70 пацієнтів. Воно включало дослідження сечі тест-смужкою і, в разі наявності показань, бактеріологічне дослідження сечі з визначенням ступеня бактеріурії. Для типування мікроорганізмів використовувався бактеріологічний аналізатор «АТВ-expression» компанії «bioMérieux» (Франція) з використанням наборів стрипів для ідентифікації виділених мікроорганізмів та визначення їх чутливості до антибіотиків виробництва «bioMérieux» (Франція).

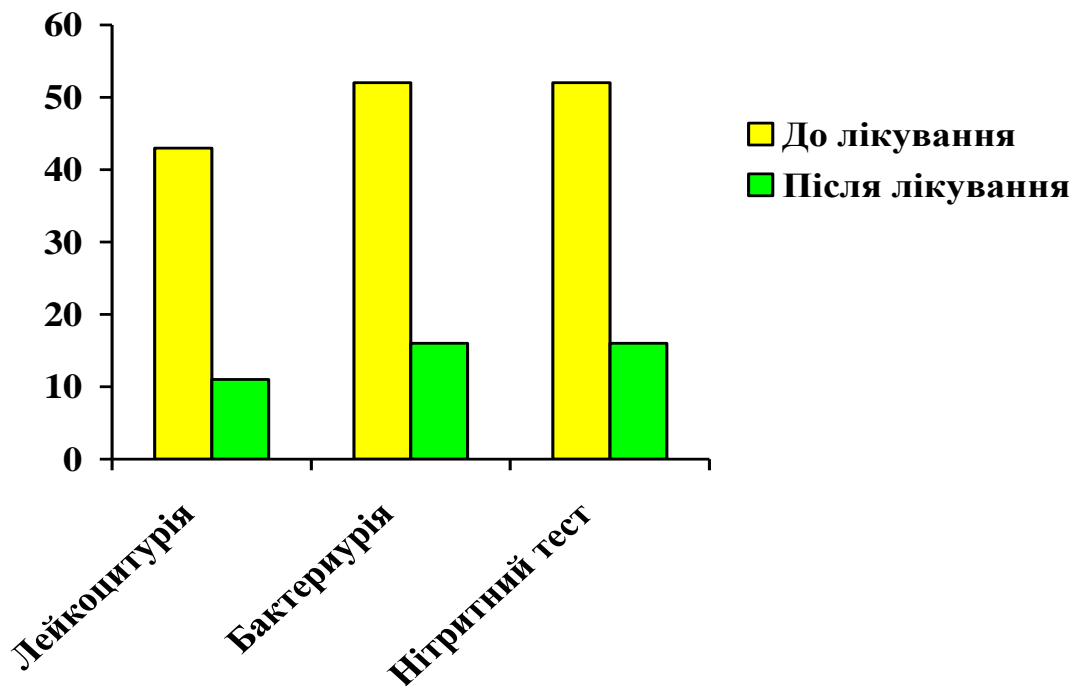
Види мікроорганізмів, виділені в вибірці до і після проведеного лікування, представлені на мал. 2.

Уролесан® призначали у вигляді сиропу по 1 чайній ложці (5 мл) 3 рази на добу до їди або у вигляді рідини по 10 крапель 3 рази на добу в комплексній терапії разом з уроантисептиками і антибіотиками згідно чутливості виділених мікроорганізмів.

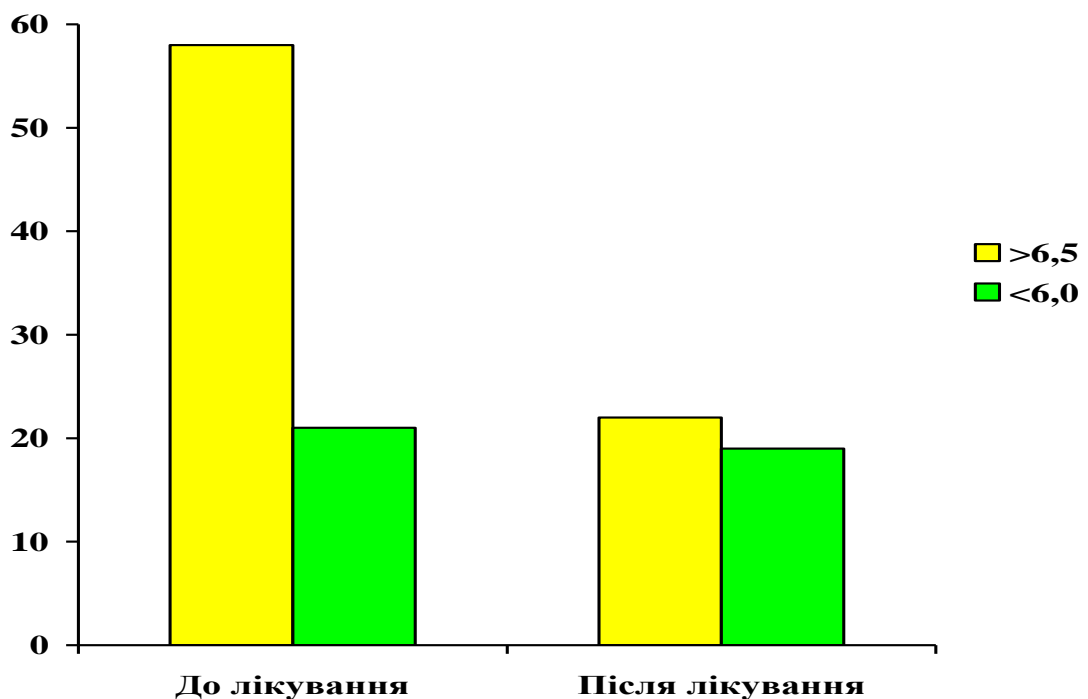
При використанні Уролесан® (мал. 2) в схемі комплексної терапії ефект санації отриманий практично при всіх видах виділених мікроорганізмів. З 53 (75,7%) пацієнтів з наявністю інфекції в органах сечової системи після проведеного курсу терапії препаратом Уролесан® бактерійурія зберігалася у 16 осіб (22,9%).

Динаміка параметрів загального аналізу сечі по тест-смужці представлена на мал. 3.

**Мал.3 Результати дослідження сечі пацієнтів з СКХ
методом тест-смужки**



Мал.4 Значення рН сечі до і після лікування

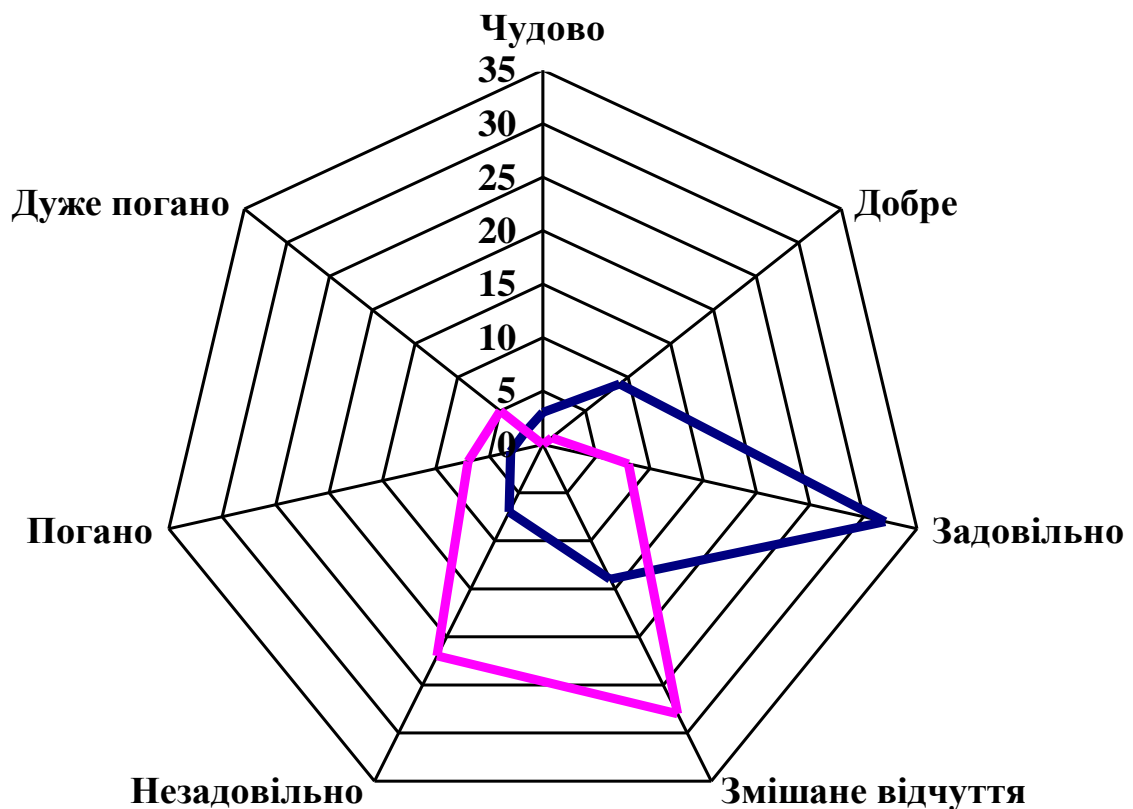


Динаміка показників аналізу сечі тест-смужкою свідчить про адекватність терапії сечової інфекції. Найбільш значущим в цьому відношенні є рН сечі. Саме в діапазоні 6,0-6,5 (слабо кисла) складаються

оптимальні умови для роботи уроантисептиків і антибіотиків. Як видно з мал. 4, рН сечі при використанні Уролесан® має тенденцію до зниження.

Було проведено анкетування всіх пацієнтів з урологічною патологією, незалежно від показань до застосування препарату Уролесан® за шкалою якості життя з метою оцінки суб'єктивної симптоматики до і після лікування. Учасникам було запропоновано відповісти на питання: «Як би Ви поставилися до того, якби Вам довелося жити з наявними у Вас симптомами захворювання до кінця життя?». Результати тестування представлені на мал.5.

Мал.5 Якість життя пацієнтів з урологічною патологією на фоні лікування Уролесаном® (n=70)



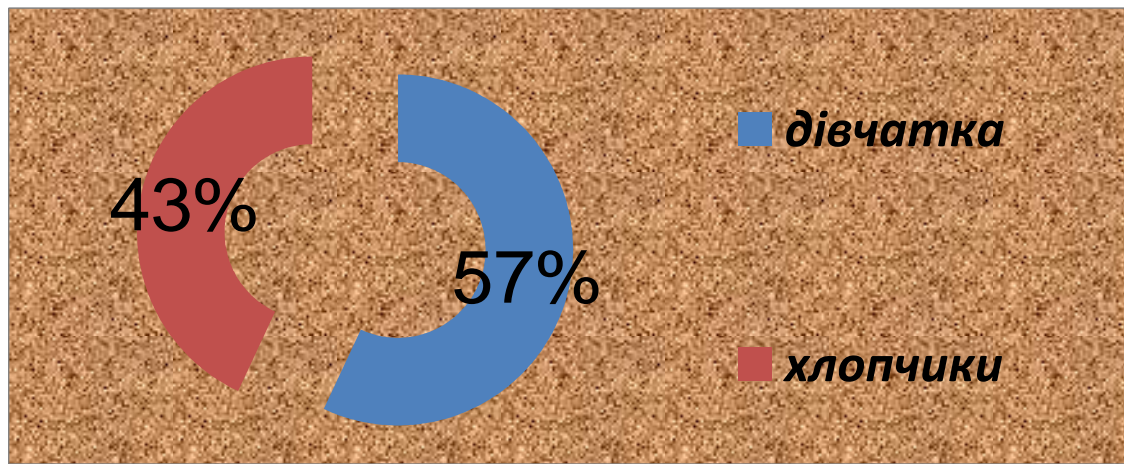
Висновки:

1. Уролесан ® в схемі комплексної терапії інфекції сечових шляхів сприяє санації практично всіх видів виділених мікроорганізмів. З 53 (75,7%) пацієнтів з інфекцією сечових шляхів після проведеного курсу терапії, інфекція після лікування залишалася у 16 (22,9%) хворих.
2. Уролесан ® сприяє нормалізації рН сечі, що підвищує ефективність антибіотикотерапії при інфекції сечових шляхів.

Розділ 2**2.1. Загальна характеристика досліджених дітей.**

Обстежено 100 дітей віком від 6 місяців до 12 років, хворих на ХП в стадії загострення та ремісії, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні СОДКЛ та у дитячому відділенні Білопільської ЦРЛ. Групу порівняння склали 30 їх однолітків (контрольна група), що не мали клінічних та лабораторних ознак ХП чи іншої патології, що могла б вплинути на результат дослідження.

Вік діток груп Б, С і Д середній по дослідженню склав – 4,39 роки. А у контрольній групі А – 4 роки. На групи дітей ділили за призначеним лікуванням (на фітотерапії, на фіто – та антибіотикотерапії та на антибіотикотерапії), фітопрепарати призначали лише в стадії ремісії, а антибіотики та фіто – та антибіотики лише в стадії ремісії ХПН.

Діаграма 2.1.1.**Стать дітей, схильних захворіти на ХПН**

Встановлено, що частіше на ХПН хворіють дівчатка – 57 %, що пов'язано з особливостями будови органів СВС.

Фаза захворювання: активна – 55% дітей, неактивна – 45%.

Стадія захворювання: загострення – 55% дітей, ремісії – 45%.

Вид ХПН: з первинним – 28%, вторинним – 72% і відповідно мали діти супутню патологію.

Процес ураження в нирках: односторонній – 54%, двохсторонній – 46%.

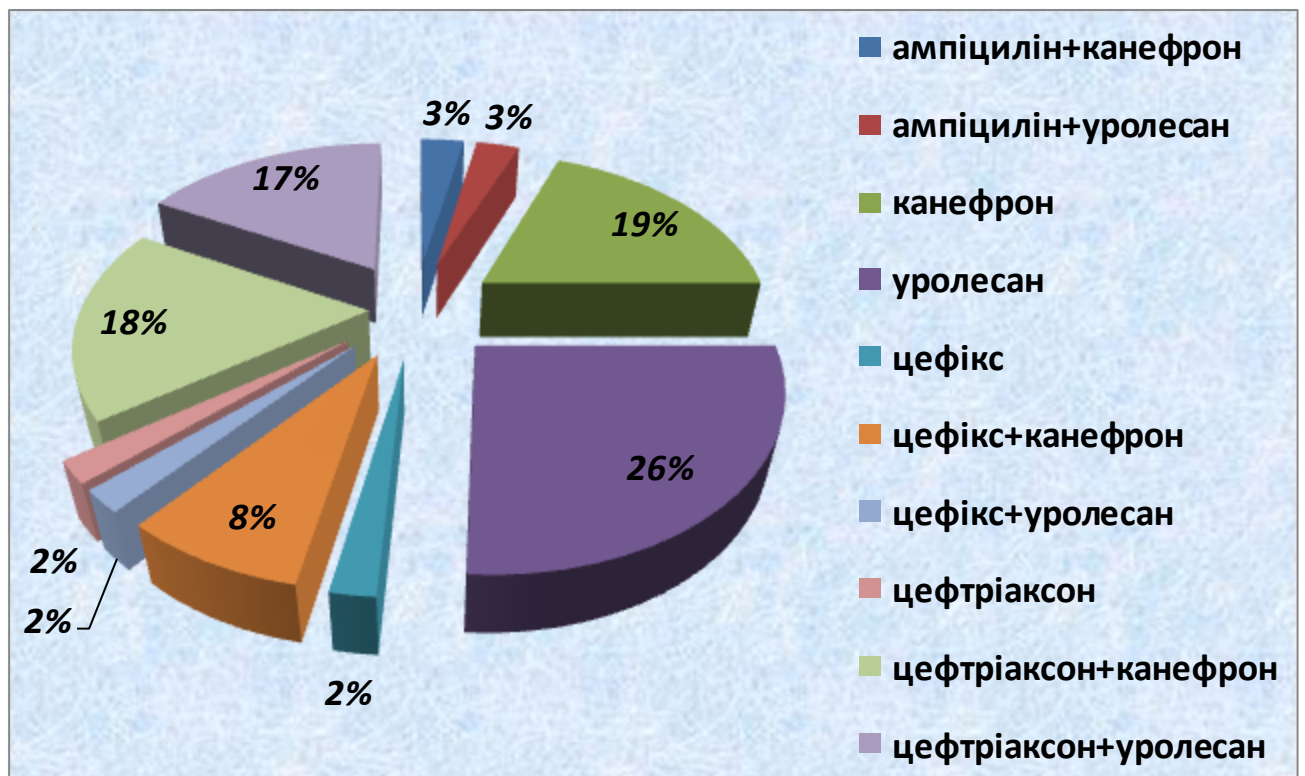
Таблиця 2.1.2.

Фітопрепарати канефрон та уролесан призначали дітям з ХПН в різних комбінаціях

ампіцилін+канефрон	3
ампіцилін+уролесан	3
канефрон	19
уролесан	26
цефікс	2
цефікс+канефрон	8
цефікс+уролесан	2
цефтріаксон	2
цефтріаксон+канефрон	18
цефтріаксон+уролесан	17

Діаграма 2.1.3.

Співвідношення призначених препаратів дітям на ХПН



Залежно від віку хворих дітей, підібрано лікувальний комплекс:

- уролесан – 26%;
- канефрон – 19%;
- цефтріаксон + канефрон – 18%;
- цефтріаксон + уролесан – 17%;
- цефікс + канефрон – 8%;
- ампіцилін + канефрон – 3%;
- ампіцилін + уролесан – 3%;
- цефтріаксон – 2%;
- цефікс + уролесан – 2%;
- цефікс – 2%.

2.2. Матеріали дослідження: Серед обстежених хворих було виділено 4 групи дітей: група А - контрольна група - 30 дітей (здорові діти), група Б – діти, хворі на ХП в стадії ремісії, що приймали лише фітопрепарати (45 дітей - 45%), група С - діти, що приймали антибіотики та фітопрепарати комплексно в стадії загострення ХП (51 дитина - 51%) та група Д - діти, що приймали лише антибіотики в стадії загострення ХП (4 дитини - 4%).

Для терапії ХП в стадії загострення та ремісії нами було застосовано канефрон та уролесан. Препарати призначали в середніх терапевтичних дозах згідно протоколу лікування дітей, хворих на ХП в стадії загострення та ремісії (групам Б та С). Надалі, протягом 10 днів робили перерву і розпочинали прийом ліків вже з профілактичною метою курсом на 1 місяць.

2.3. Методи дослідження:

- 1) Клінічна характеристика дітей та загальноклінічні методи дослідження;
- 2) Аналітико-статистичні методи дослідження.

2.3.1. Клінічні методи:

Анамнестичні дані;

Результати фізикального обстеження: температура тіла, частота сечовипускання, набряки.

2.3.2. Лабораторні:

Аналіз крові клінічний: кількість лейкоцитів, ШОЕ.

У нормі кількість лейкоцитів у дітей різна у різному віці. В 6 міс. – 5,5-12, $5 \cdot 10^9/\text{л}$, в 1 рік – 6,0-12,0 $\cdot 10^9/\text{л}$, 1-6 років – 5-12 $\cdot 10^9/\text{л}$, 7-12 років 4,5-10 $\cdot 10^9/\text{л}$.

У нормі ШОЕ у дітей в 6 міс. – 4-10 мм/год, в 1 рік- 4-12 мм/год, 1-6 років – 4-12 мм/год, в 7-12 років – 4-12 мм/год.

Аналіз сечі клінічний:кількість лейкоцитів, циліндрів, слиз, протеїнурія, гематурія.

Норма лейкоцитів у сечі у хлопчиків 5 в п/з, у дівчаток 7 в п/з.

Циліндри - допустима наявність поодиноких гіалінових циліндрів - свого роду зліпків сечовивідних шляхів. Наявність великої кількості або виявлення інших видів циліндрів вимагає подальшого обстеження дитини (поява циліндрів свідочтво змін в роботі нирок).

Слиз - в сечі у здорової дитини відсутній або виявляється незначна кількість. Велика кількість слизу може бути ознакою запального процесу, підвищеної кількості солей.

Білок - в нормі відсутній. Підвищення кількості білка в сечі (протеїнурія) може свідчити про інфекційний процес.

Гематурія – еритроцити - червоні кров'яні клітини в нормі відсутні або поодинокі в препараті (до 3-4 в полі зору). Більша кількість еритроцитів свідчить про виражені порушення обмінного чи запального характеру.

Аналіз сечі за Нечипоренком:

- Еритроцити - 1 тис. в 1 мл
- Лейкоцити - 2-4 тис. в 1 мл
- Циліндри - до 20 в 1 мл

Аналіз сечі за Адісом-Каковським:

Число Каковського-Адїса для нормальної сечі становить до 1 000 000 для еритроцитів, до 2 000 000 для лейкоцитів, до 20 000 для циліндрів. Деякі автори вказують інші цифри для метода Каковського-Адїса: еритроцитів - до 2 000 000 - 3 000 000, лейкоцитів - до 4 000 000, циліндрів - до 100 000.

2.3.3. Інструментальні методи:

УЗД нирок:

Під час УЗД нирок лікар оцінює розташування нирок, їх розміри, структуру, виявляє наявність каменів, кіст (порожнин з рідиною), пухлин і т.д.

Таблиця 2.3.3.1.

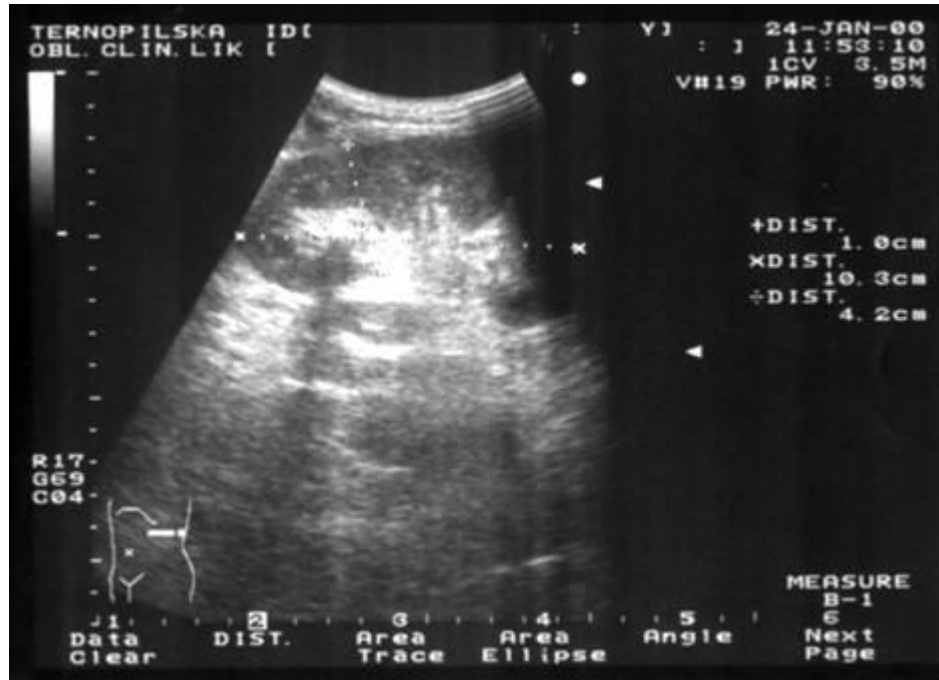
Нормальні показники УЗД

Показник	Норма для дорослих
Довжина нирки	10 – 12 см
Ширина нирки	5 – 6 см
Товщина нирки	4 – 5 см
Товщина паренхіми нирки	В середньому 20 – 23мм, варіює в залежності від віку

Всі математичні розрахунки проводилися за допомогою програми для роботи з електронними таблицями „Microsoft Excel”. Різницю результатів вважали достовірною при значеннях $p < 0,05$.

Схема 2.3.3.1.1.

УЗД картина ХПН



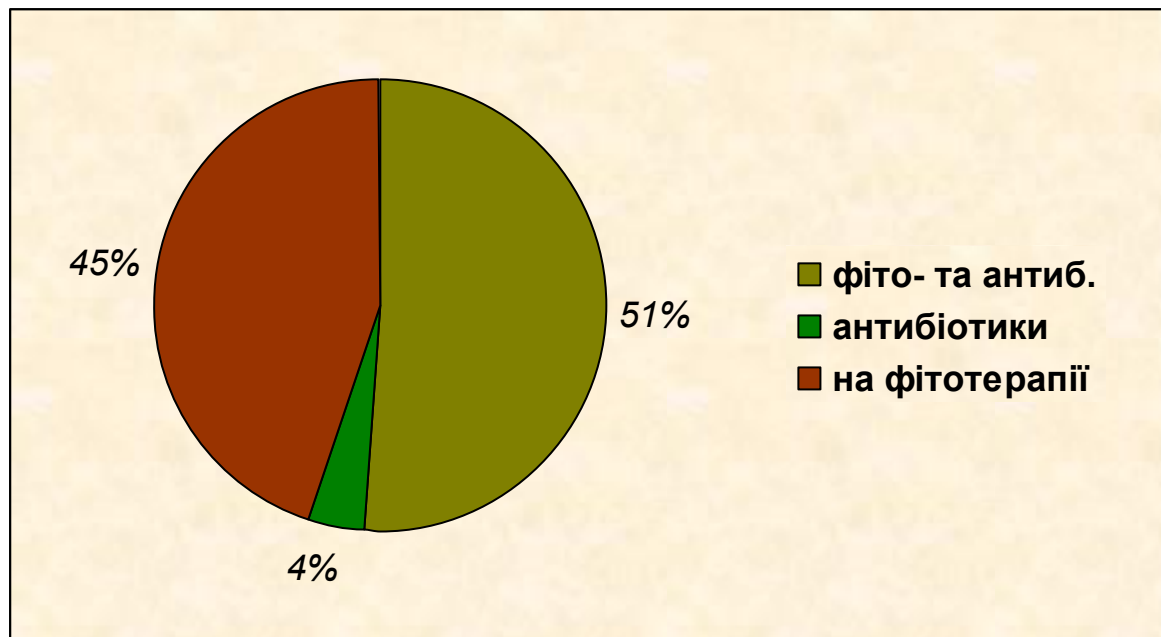
Перебіг ХПН при своєчасному і адекватному лікуванні сприятливий. Частіше під впливом охолодження, інфекцій, інтоксикацій, порушення дієти можуть виникати рецидиви, що ведуть до прогресування захворювання. З часом рецидиви стають частішими, ремісії короткими. Прогресування хвороби веде до розвитку вторинно зморщеної нирки, ниркової недостатності [7].

Розділ 3

3.1. Результати дослідження.

Діаграма 3.1.1.

На діаграмі показано процентне співвідношення дітей груп Б, С і Д в стадії загострення та ремісії ХПН, яким призначалося різне лікування.



Групи дітей 51% хворих на ХПН дітей приймали фітотерапію в комплексі з антибіотиком в стадію загострення ХПН, 45% - фітотерапію в стадії ремісії ХПН та 4 % - антибіотики без фітотерапії в стадії загострення ХПН.

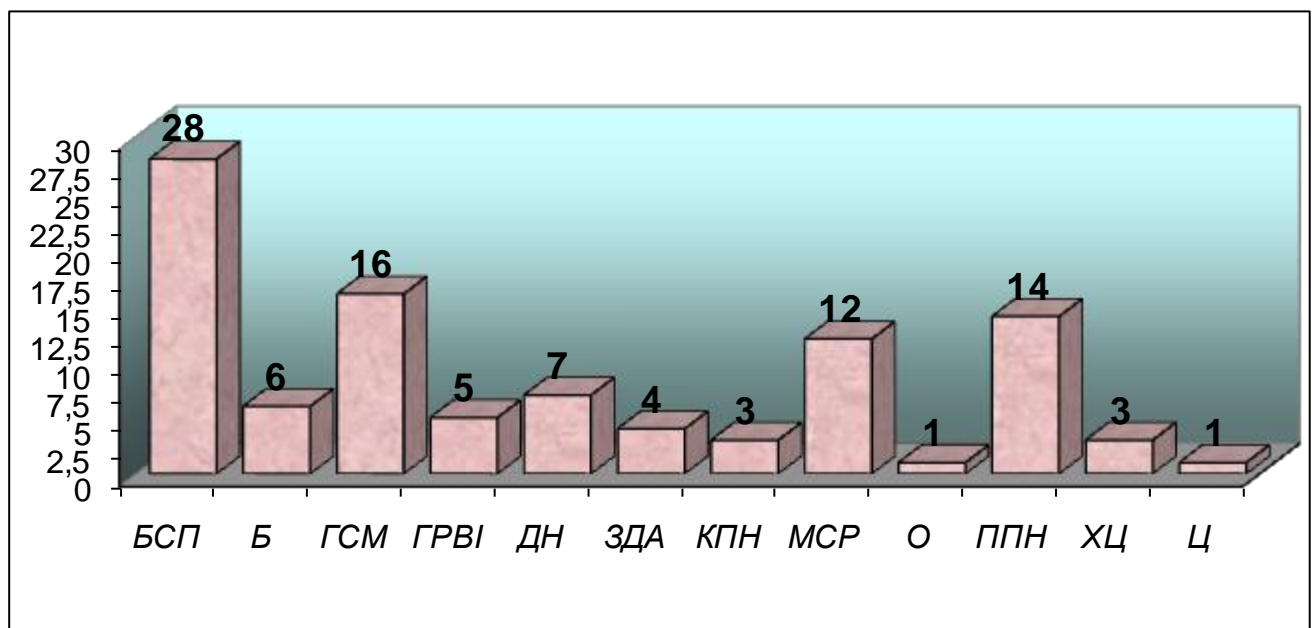
В ході виконаної роботи більшість дітей з ХПН, що відбиралися, мали супутню патологію:

1. БСП;
2. Б;
3. ГСМ;
4. ГРВІ;
5. ДН;
6. ЗДА;
7. КПН;

- 8. МСР;
- 9. О;
- 10. ППН;
- 11. ХЦ;
- 12. Ц.

Діаграма 3.1.2.

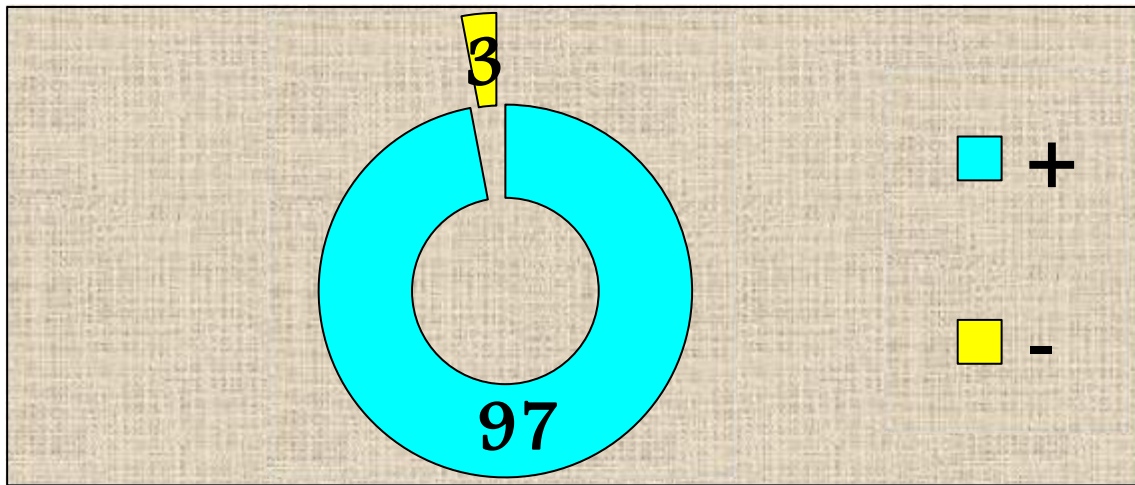
Супутня патологія



БСП - 28%, Б – 6%, 16% - ГСМ, ГРВІ – 5%, ДН – 7%, ЗДА – 4%, КПН – 3%, О – 1%, 14% -ППН, 12% -МСР, ХЦ – 3%, Ц – 1%.

Всього з 100% дітей, хворих на ХПН, 72% склали діти з супутньою патологією, тобто з ВПН.

Діаграма 3.1.3.
Побічні ефекти



Непереносимість фітопрепаратів відмітили 3% дітей (7 чоловік). Це був препарат уролесан, після чого його замінили на канефрон в віковій дозі.

В ході обстеження виявлено, що після лікування дітей комплексом антибіотика з фітопрепаратом у стадії загострення ХП, значно покращилися показники у порівнянні з тими, хто виключно був на антибіотикотерапії в стадії загострення ХП – скарги: нормалізувалась температура тіла та частота сечовипускання, зник біль, набряки; з лабораторних методів: кількість лейкоцитів в крові, ШОЕ, кількість лейкоцитів в сечі, зник слиз, циліндри, білок; з інструментальних методів: УЗД нирок – без патологічних змін: форма та розміри згідно віку.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

Адекватна стартова терапія активної стадії ПН супроводжується

- покращенням клінічного стану через 24-48 годин
- стерилізацією сечі через 48-72 години
- нормалізацією сечового синдрому до 5-ї доби

Критерії ефективності застосованого режиму фітотерапії:

- тривалість ремісії
- кількість рецидивів
- перехід гострого ПН у хронічний
- швидкість прогресування ПН до розвитку хронічної ниркової недостатності

- швидкість наростання порушення функції нирок
- тривалість життя
- якість життя.

Температура тіла середня у дітей груп Б, С та Д до лікування складала 37,4 °С, після лікування – 36, 6 °С, що є нормою, при тому, що в контрольній групі – 36, 4 °С.

Частота сечовипускання у дітей в групах Б, С і Д да лікування була 9р/добу, після – 5, що є віковою нормою, в контрольній групі А – 5 р/добу.

Набряки у дітей Б, С та Д спостерігалися у всіх діток до лікування, а після лікування зникли.

Було порівняно основні показники аналізів крові та сечі до та після лікування дітей груп Б, С, Д з контрольною групою А. До лікування кількість лейкоцитів в крові в решти групах складала $8,17 \pm 0,43 \cdot 10^9/\text{л}$, в групі А - $2,5 \pm 0,21 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ в інших групах – $8,35 \pm 0,24$ мм/год, в групі контролю – $3,5 \pm 0,19$ мм/год, кількість лейкоцитів в сечі – в групі А - $2,1 \pm 0,14 \cdot 10^3/\text{мл}$, а в групах Б, С і Д – $8,2 \pm 0,39 \cdot 10^3/\text{мл}$. Різниця статистично достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 3.1.3.1.

Порівняльна характеристика

Показники аналізів	Група А		Групи Б, С, Д	
	До	Після	До	Після
Кі-сть лейкоцитів в крові(в л)	$2,5 \pm 0,21$	$2,5 \pm 0,21$	$8,17 \pm 0,43$	$3,02 \pm 0,07$
ШОЕ (мм/год)	$3,5 \pm 0,19$	$3,5 \pm 0,19$	$8,35 \pm 0,24$	$3,96 \pm 0,12$
Кі-сть лейкоцитів в сечі(в мл)	$2,1 \pm 0,14$	$2,1 \pm 0,14$	$8,2 \pm 0,39$	$1,48 \pm 0,05$

Після проведеного лікування досліджувані показники аналізів груп Б, С і Д наблизилися до аналогічних груп контролю А: кількість лейкоцитів в крові в групах Б, С, Д склала – $3,02 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$, в групі А - $2,5 \pm 0,21 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - $3,96 \pm 0,12$ мм/год, в групі контролю – $3,5 \pm 0,19$ мм/год, кількість лейкоцитів в сечі – $1,48 \pm 0,05 \cdot 10^3/\text{мл}$, в групі А - $2,1 \pm 0,14 \cdot 10^3/\text{мл}$.

Ще діти з ХПН груп Б, С і Д мали в клінічному аналізі до лікування слиз – 76% , але після лікування зник слиз у всіх 100 % хворих дітей.

Циліндри до лікування в групах Б, С та Д мали 48% дітей, після лікування 2% лише мали циліндри, як наслідок перенесеного ХПН.

Білок в сечі до лікування в групах Б, С та Д мали 54% хворих на ХПН діток, після лікування білок в сечі зник.

Гематурія до лікування в групах В, С та Д – 52%, після лікування еритроцити були в нормі.

Аналізи сечі за Нечипоренком та Адісом – Каковським до лікування мали запальний характер в групах В, С і Д: лейкоцити, еритроцити, після лікування наблизилися до меж вікової норми.

Матері хворих дітей на ХПН відмітили покращення показників якості життя дітей у порівнянні з долікувальним етапом, як в стадії загострення ХПН, так і в стадії ремісії.

Висновки

1. В ході обстеження виявлено, що після лікування дітей комплексом антибіотика з фітопрепаратом у стадії загострення ХП, значно покращилися показники у порівнянні з тими, хто виключно був на антибіотикотерапії в стадії загострення ХП – скарги: нормалізувалась температура тіла та частота сечовипускання, зник біль, набряки; з лабораторних методів: кількість лейкоцитів в крові, ШОЕ, кількість лейкоцитів в сечі, зник слиз, циліндри, білок; з інструментальних методів: УЗД нирок – без патологічних змін: форма та розміри згідно віку.
2. Призначення фітопрепаратів в комплекс лікування у дітей, хворих на ХПН має позитивний вплив на перебіг захворювання, покращує клінічні та лабораторні показники.
3. Дані дослідження свідчать про ефективність фітопрепаратів в лікуванні ХПН як в стадії загострення, так і в стадії ремісії.
4. В стадії загострення ХПН фітотерапія повинна використовуватись лише в комплексі з антибіотиками.

Практичні рекомендації

1. При будь-якій формі ПН перед початком лікування необхідно встановити активність запального процесу на підставі визначення показників сечі та крові. При підозрі на пієлонефрит лікар обов'язково призначає УЗД органів сечовиділення для уточнення можливих змін у будові і розташування нирок, виявлення каменів у нирках і оцінки стану сечового міхура. Без комплексного обстеження хворого лікування ПН неможливо. Після отримання результатів аналізів та встановлення діагнозу ПН дитину направляють у стаціонар, де проводиться медикаментозне лікування за допомогою антибіотиків з урахуванням типу збудника хвороби у комплексі з фітопрепаратом.
2. Необхідно звертати особливу увагу лікарям на групи ризику (діти діабетики, хворі зі структурними порушеннями будови нирок і сечовивідних шляхів, порушеннями нервової регуляції функціонування сечового міхура), бо з часом ХПН може перерости в ХНН.
3. При лікуванні ХПН в стадії загострення фітотерапію треба використовувати лише в комплексі з антибіотиками.

Список використаної літератури:

1. Майданник В.Г. Эффективность противорецидивной терапии пиелонефрита у детей – Киев.
2. Сеймівський Д.А. Використання фітопрепарату Канефрон Н у лікуванні хронічного піелонефриту у дітей // Урологія. – 2003. – № 2. – С. 30-33.
3. Кухтевич А.В. Пиелонефрит / А.В. Кухтевич, Н.Б. Гордовская, Н.Л. Козловская // Русский медицинский журнал. — 2002. Т. 5, № 23. - С. 1526-1529.
4. Протокол лікування дітей з піелонефритом, затверджений Наказом МОЗ України №365 від 20.07.2005 року.
5. Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Кушниренко С.В., Крот В.Ф., Таран Е.И (2004) Терапевтические возможности препарата Канефрон Н в лечении инфекций мочевых путей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и метаболическим синдромом. Медична газета «Здоров'я України ХХІ сторіччя», 21(106): 28.
6. Аляев Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов // Урология. – 2000. – № 4. – С. 26-32.
7. Аверьянова Н.И. Применение препаратов фирмы Neel для лечения хронического пиелонефрита у детей/ Н.И. Аверьянова, Зарницына Н.Ю. , Рудавина Т.И. // Тезисы докладов XI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». 2004. - С. 631.
8. Аверьянова Н.И. Диагностика и лечение инфекций мочевой инфекции/ Н.И. Аверьянова Н.Ю., Зарницына, Н.Ю. Коломеец: Учеб. пособие ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России». - Пермь, 2005. - 160 с.
9. Альбекова Р.Г. К вопросу о частоте аномалий почек в условиях техногенного загрязнения окружающей среды/ Р.Г. Биктемирова,

- И.Р. Насыров, Т.А. Струкачева // Сборник трудов X ежегодного нефрологического семинара. 17-21 июня, 2001. СПб: Фолиант. С. 61.
10. Возианов А. Ф., Майданник В. Г., Бидный В. Г., Багдасарова И. В. Основы нефрологии детского возраста. Киев: Книга плюс, 2002. С. 22–100.
 11. Григорьев К.И. Пиелонефрит у детей / К.И. Григорьев, И.И. Федорова // Медицинская помощь. 2000. - №6. - С. 13-16.
 12. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике / Амосов А.В. // Врач. 2000. - № 6. - С. 36.
 13. Аничкова И.В. Опыт применения препарата Канефрон Н у детей с вторичным пиелонефритом / И.В. Аничкова, Т.В. Карпова, М.И. Левченко // Сборник тезисов V Российского конгресса по детской нефрологии. -Воронеж. 2006. - С. 16-17.
 14. Siegers C, Vodinet C, Ali SS, Siegers CP. Bacterial deconjugation of arbutin by *Escherichia coli*. *Phytomedicine*. 10 Suppl 4 (2003): 58-60.
 15. Бухарин О.В. Клинико-микробиологическое обоснование ранней диагностики пиелонефрита у детей / О.В. Бухарин, А.А. Вялкова, В.А. Гриценко // Российский педиатрический журнал. 2003. - №2. - С.42-47.
 16. Цыгин А.Н. и др. // Сборник тезисов V Российского конгресса по детской нефрологии. Воронеж. - 2006. - С. 40-41.
 17. Вичкуткина Е.А. Фармакологическая активность почечного фитосбора, созданного с помощью оригинального методологического подхода / Е.А. Вичкуткина, В.М. Брюханов и др. // Нефрология. 2006. - Т. 10, № 3. - С. 68-73.
 18. Jepson RG, Mihaljevic L, Craig J. Cranberries for preventing urinary tract infections (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford
 19. Вялкова А.А. Клинико-микробиологические аспекты инфекции мочевой системы у детей / А.А. Вялкова, М.В. Вострикова, В.А.

- Гриценко и др. // Сборник тезисов V Российского конгресса по детской нефрологии. -Воронеж. 2006. - С. 45-46.
20. Галеева А.В. Структура и резистентность возбудителей пиелонефрита у детей раннего возраста / А.В. Галеева, А.И. Сафина // Сборник тезисов V Российского конгресса по детской нефрологии.-Воронеж. 2006. - С. 48-50.
 21. Albert X, Gosalbes V, Huertas I, Pereiró I, Sanf elix J,. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection in women (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software. Expected to be published in Issue 2, 2000.
 22. Деревянко И.И. Клиническое значение микробиологического мониторинга возбудителей инфекции в урологическом стационаре для выбора режимов антибактериальной терапии / И.И. Деревянко, Л.А.Нефедова // Урология -2001. №4.-С. 11-15.
 23. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей: пособие для врачей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Э.Б. Мумладзе, Л.П. Гавргошова. М: Медпрактика-М, 2003. - 72 с.
 24. Дорофеев А.Л. К проблеме прогнозирования, диагностики и профилактики хронического пиелонефрита / А.Л. Дорофеев // Российский семейный врач. -2002.-Т. 2, №3.-С. 20-23.
 25. Игнатова М.С. Актуальные проблемы нефрологии детского возраста: прошлое, настоящее и будущее / М.С. Игнатова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006. - № 6. - С. 52-57.
 26. Калинина С.Н. Роль канефрона Н при лечении хронического пиелонефрита и профилактике его осложнений / Калинина С.Н., Тиктинский О.Л. , Семенов В.А. и др. // Урология. 2006. - № 1. - С. 22-25.

27. Каприн А.Д. Пиелонефрит: клиника, диагностика и лечение / А.Д. Каприн, Р.А. Гафанов, К.Н. Миленин // Лечащий врач. 2002. - № 11. - С. 14-18.
28. Каухова И.Е. Новая методика получения растительных препаратов / И.Е. Каухова // Фармация. 2006. - № 1. - С. 37-39.
29. Коровина Н.А. Формуляр лечения пиелонефрита у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Э.Б. Мумладзеи др. // Российский педиатрический журнал. — 2000. -№3.-С. 52-58.
30. Коровина Н.А. Пероральные цефалоспорины III поколения при воспалительных заболеваниях органов мочевой системы у детей / Н.А. Коровина, Э.Б. Мумладзе, И.Н. Захарова и др. // Consilium medicum. 2005. -Т. 7, №2.-С. 17-20.
31. Куркин В.А. Место и роль фитотерапии в современной медицине / В.А. Куркин // Медицинская сестра. 2002. - № 5. - С. 44-45.
32. Куркин В.А. Современные аспекты химической классификации биологически активных соединений лекарственных растений / В.А. Куркин// Фармация. 2002. - № 2. - С. 8-16.
33. Lutters M, Vogt N. Antibiotics duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
34. Косарева П.В. Клинико-микробиологическая характеристика инфекций мочевой системы у детей и перспективы их этиотропной терапии: дис. . канд. мед. наук / П.В. Косарева. Пермь, 2004. - 159 с.
35. Кухтевич А.В. Пиелонефрит / А.В. Кухтевич, Н.Б. Гордовская, Н.Л. Козловская // Русский медицинский журнал. 2002. - Т. 5, № 23. - С. 1526-1529.

36. Лукьянов А.В. Инфекции мочевой системы у детей от Вальтера Бирка до наших дней / А.В. Лукьянов, В.Т. Долгих, А.А. Турица // Нефрология и диализ. - 2006. - Т. 8, № 3. - С. 272-278.
37. Малкоч А.В. Пиелонефрит у детей: классификация, течение, диагностика и лечение / А.В. Малкоч, В.А. Гаврилова, Ю.Б. Юрасова // Лечащий врач. -2006. № 7. - С. 20-24.
38. Луговская С.А. и др. // Клиническая лабораторная диагностика. 2001. -№ 8. - С. 45-48.
39. Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults, a national clinical guideline (88), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2006.
40. Моисеева С.Л. Новое в диагностике хронического пиелонефрита у девочек / С.Л. Моисеева, И.Н.Иежица, А.А. Спасов // Нефрология. 2004. - Т.8, № 3.-С. 37-41.
41. Мухин Н.А. Рациональная фармакотерапия в нефрологии / Н.А. Мухин, Л.В. Козловская, Е.М.Шилов. М: Литтерра. 2006. - 896 с.
42. Нежданова М.В. Сравнительная эффективность различных схем антибактериальной терапии у детей с пиелонефритом / М.В. Нежданова, Е.Ф. Московская // Российский педиатрический журнал. 2002. - № 1. — С. 33-37.
43. Попков В.А. Опыт использования фитопрепаратов на основе пищевого растительного сырья для профилактики и коррекции воспалительных патологий мочеполовой системы / В. А. Попков, А.Н.Фетисова, О.В. Нестерова и др. // Вестник РАМН. 2001. - № 2. - С. 11-13.
44. Пушкарь Д.Ю. Лечение инфекций мочевыводящих путей / Д.Ю. Пушкарь // Лечащий врач. 2002. - №6. - С.21-23.
45. Румянцев А.Ш. Этиология и патогенез пиелонефрита / А.Ш. Румянцев, Н.С. Гончарова // Нефрология. 2000. - Т.4, №3. - С.40 - 52.

46. Сенник Е.А. Фитотерапия в решении урологических проблем / Е.А. Сенник // Лечащий врач. 2003. - № 7. - С. 27.
47. Соловьева Н.Ф. Гемодинамические эффекты канефрона Н у детей с нефритами / Н.Ф. Сольвьева, Е.Н. Мазякина, Е.В. Соловьева // Сборник тезисов V Российского конгресса по детской нефрологии. Воронеж, 2006. -С.215-216.
48. Beetz, R. May we go on with antibacterial prophylaxis for urinary tract infections / R. Beetz // *Pediatr Nephrol.* 2006. - Vol. 21. - № 1. - P. 5 - 13.
49. Beetz, R. Urinary tract infections in infants and children a consensus on diagnostic, therapy and prophylaxis / R. Beetz, H. Bachmann, S. Gattermann // *Urologe A.* - 2007. - Vol. 24. - № 1. - P. 41 - 43.
50. Beisel, B. Does postcoital voiding prevent urinary tract infections in young women? / B. Beisel, W. Hale, R.S. Graves // *The Journal of Family Practice.* 2002.-Vol. 51.-№ 11-P. 514-21.
51. Chevalier, R. L. Obstructive nephropathy: towards biomarker discovery and gene therapy / R. L. Chevalier // *Nat. Clin. Pract. Nephrol.* 2006. - Vol. 2. - №3. -P. 157- 168.
52. Cotton, S. A. Role of TGF-beta 1 in renal parenchymal scarring following childhood urinary tract infection / S. A. Cotton, R. A. Gbadegesin, S. Williams et al. // *Kidney Int.* 2002. - Vol. 61. - № 1. - P. 61-67.
53. Currie, M.L. Follow-up urine cultures and fever in children with urinary tract infections / M.L. Currie, L. Mitz, C.S. Raasch, L.A. Greenbaum // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*-2003.-Vol. -№12.-P. 1237-40.
54. Gauthier, M. Treatment of urinary tract infections among febrile young children with daily, intravenous antibiotic therapy at a day treatment center / M. Gauthier, I. Chevalier et al. // *Pediatrics.* 2004. - Vol. 114. - № 4. - P. 469-476.
55. Harmsen, M. Management of children's urinary tract infections in Dutch Family practice: a cohort study / M. Harmsen, M. Wensing, J.C. Braspenning et al. // *BMC Fam. Pract.* 2007. - Mar 13; 8:9.

56. Hellerstein, S. Long-term consequences of urinary tract infections / S. Hellerstein // *Curr. Opin. Pediatr.* 2000. - Apr. - Vol. 12 (2). - P. 125-128.
57. Hellerstein, S. Prophylactic antibiotics in children at risk for urinary tract infections / S. Hellerstein, E. Nickell // *Pediatr. Nephrol.* 2002. - Vol. 17. - № 7. -P. 506-510.
58. Hellerstein, S. Antibiotic treatment for urinary tract infections in pediatric patients / S. Hellerstein // *Minerva Pediatr.* 2003. - Vol. 55. - № 5. - P. 395-406.
59. Marks, S.D. How have the past 5 years of research changed clinical practice in paediatric nephrology? / S.D. Marks // *Arch. Dis. Child.* 2007. - Vol. 92. - № 4. -P. 357-361.
60. Roth, K.S. Obstructive uropathy: an important cause of chronic renal failure in children / K.S. Roth, H.P. Koo, S.E. Spottswood, J.C. Chan // *Clin. Pediatr.* -2002. Vol. 41. - № 5. - P. 309-314.
61. Simonetti, G.D. Examination of urine in the child / G.D. Simonetti, M. Konrad // *Ther. Umsch.* 2006. - Vol. 63. - № 9. - P. 579-584.
62. Wu, C.Y. Childhood urinary tract infections: a clinical analysis of 597 cases / C.Y. Wu, P.C. Chiu, K.S. Hsieh et al. // *Acta Paediatr. Taiwan.* 2004. - Nov-Dec. - Vol. 45. - № 6. - P. 328 - 333.
63. Ataei N, Madani A, Habibi R, et al; Evaluation of acute pyelonephritis with DMSA scans in children presenting after the age of 5 years. *Pediatr Nephrol.* 2005 Oct;20(10):1439-44. Epub 2005 Aug 5.
64. Gowda,A. Nzerue, C; *Pyelonephritis, Chronic eMedicine.com* 2008.
65. Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, et al; Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women.; *BMJ.* 2001 Jun 30;322(7302):1571.
66. Информация компании «Бионорика АГ», Германия (2003) Канефрон® Н во врачебной практике. *Укр. мед. часопис,* 2003, 2(34): 97–106

