

Канефрон® Н в комплексной противовоспалительной терапии больных с цистостомическим дренажом

Е. Б. Мазо, С. В. Попов

Клиника урологии и оперативной нефрологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, г. Москва

Резюме

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) принадлежат к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Согласно статистическим данным, ИМП ответственны за более 7 млн обращений к врачам амбулаторной практики в США ежегодно. На долю ИМП приходится более 40% от всех нозокомиальных инфекций и в большинстве случаев они являются катетер-ассоциированными. Осложненные ИМП возникают у пациентов с obstructивными уropатиями, на фоне инструментальных (инвазивных) методов обследования и лечения, при наличии инородных тел (дренажей) в мочевых путях и тяжелых сопутствующих заболеваниях (сахарный диабет, нейтропения). Осложненные ИМП вызываются разнообразными грамотрицательными и грамположительными микроорганизмами [5]. Спектр возбудителей осложненных ИМП определяется географическим регионом, а также зависит от профиля отделения, даже в пределах одного лечебного учреждения. По данным 4 крупномасштабных исследований бактериальных возбудителей нозокомиальных ИМП (SENTRY, 1998 г; ESGNI-003, 2000 г; PEP, 2003 г и исследования структуры госпитальных ИМП г. Штраубинга, 2001 г.) в 70-80% этиологическими агентами этих инфекций оказались такие грамотрицательные микроорганизмы как *Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.* Грамположительные бактерии вызывали осложненные ИМП в 15-30% случаев и были представлены энтерококками и стафилококками [4]. Основные факторы риска возникновения госпитальных ИМП связаны с катетеризацией мочевого пузыря, нефростомией, цистостомией и эндоскопическими вмешательствами. При этом в случаях постоянных уретральных катетеров, а также введения цистостомических и нефростомических дренажей частота бактериурии приближается к 100%. У больных с дренажами в мочевыводящих путях высока вероятность

обнаружения разнообразных возбудителей ИМП с высоким уровнем резистентности к антимикробным препаратам. Полимикробная инфекция в данной ситуации является скорее правилом, чем исключением, и в этой группе больных часто встречаются множество возбудителей (до 6 и более). Два наиболее часто выделяемых микроорганизма — *E. coli* и *Providencia stuartii*. У последнего имеются поверхностные адгезины, способствующие адгезии к поверхности дренажа. *Proteus spp.* и *Pseudomonas spp.* обладают выраженной способностью к образованию биопленки и obturации дренажа [5]. Частая смена и неустойчивость микрофлоры мочевыводящих путей препятствует эффективной антимикробной терапии у данной категории больных.

Необходимо отметить, что абсолютно эффективной профилактики бактериурии при долговременном дренировании мочевых путей не существует. Однако, имеются такие возможности уменьшения степени бактериурии, как поддержание дренажной системы в закрытом состоянии и снижение длительности пребывания дренажа в мочевых путях. При определении бактериурии у больных с длительным пребыванием дренажей в мочевых путях, очень важно постараться предупредить ее осложнения. Цистостомия минимизирует такие осложнения, как уретрит, стриктура уретры и простатит. В связи с тем, что концентрация бактерий-комменсалов на коже передней брюшной стенки меньше, чем на периуретральной области, у больных с цистостомическим дренажом проникновение микроорганизмов в мочевые пути в некоторой степени ограничено. При анализе отдаленных результатов был сделан вывод о том, что хотя длительная цистостомия не идеальна, некоторым больным, особенно с нейрогенным мочевым пузырем, она может оказаться полезной. Антимикробная терапия бессимптомной бактериурии в этой группе больных не оправдана и лишена практического смысла. В ряде исследований, изучавших эффективность различных препаратов по поводу бессимптомной бактериурии, было выявлено, что подобное использование антибиотика не приводило к снижению частоты но-

Е. Б. Мазо — д. м. н., профессор, член-корр. РАМН, зав. кафедрой урологии и оперативной нефрологии РГМУ.

вых эпизодов бактериурии, количества выделяемых шталлов и развития инфекции с клиническими симптомами. Однако, что не удивительно, такое лечение существенно увеличивало количество резистентных микроорганизмов [5]. Таким образом, лечение бессимптомной бактериурии в этой группе больных обычно не рекомендуется. Проблема терапии больных с осложненными ИМП, которым нельзя должным образом устранить осложняющий фактор (дренаж) при лечении, является актуальной и нерешенной. Это обстоятельство диктует необходимость поиска новых способов и режимов адекватной комплексной противовоспалительной терапии с применением эффективных и безопасных препаратов.

В последнее время опубликованы результаты исследований, свидетельствующие об эффективности ряда фитотерапевтических препаратов в профилактике ИМП. Установлено, что некоторые фитотерапевтические препараты обладают подавляющим действием на персистенцию уропатогенов [2, 3]. В частности, есть сведения об эффективности клюквенного сока, ромашки, фиалки, зверобоя. Учитывая то обстоятельство, что комбинированное растительное лекарственное средство Канефрон® Н обладает сочетанием противовоспалительного, антимикробного, антиоксидантного эффектов для лечения и профилактики воспалительных заболеваний мочевыводящих путей мы провели исследование его эффективности и безопасности в комплексной противовоспалительной терапии у больных с цистостомическим дренажом.

В состав данного препарата входят такие лекарственные травы как золототысячник, любисток и розмарин. Основные составляющие золототысячника (*Centaurium umbellatum Gilib*) обладают противовоспалительным, антиоксидантным, мочегонным и антимикробным действием. В тоже время за счет любистока (*Levisticum officinale L*) реализуются торможение циклооксигеназы, спазмолитический и антимикробные эффекты. Ряд фенольных компонентов, извлеченных из розмарина (*Rosmarinus officinalis L*), оказывают выраженное антиоксидантное действие. Экстракт розмарина также обладает гепатопротекторным, спазмолитическим и антимикробным эффектами [1]. Удачная комбинация лекарственных растений, взаимодополняющих друг друга в препарате Канефрон® Н обуславливает его успешное применение на протяжении более чем 70 лет в мировой клинической практике.

Материал и методы

В урологической клинике РГМУ Канефрон® Н применяли в комплексной противовоспалительной

терапии 20 больных мужского пола с цистостомическим дренажом в возрасте от 30 до 83 лет (средний возраст 69,4 года). Контрольную группу составили 18 мужчин с цистостомическим дренажом в возрасте от 42 до 83 лет (средний возраст 63,8 года), которым Канефрон® Н не назначали и проводили только традиционную противовоспалительную терапию. Структуру заболеваний, в связи с которыми исследованные больные перенесли цистостомию, демонстрирует табл. 1. Всем больным проводили физикальное обследование, измеряли емкость мочевого пузыря, выполняли лабораторные тесты (клинические анализы крови и мочи), а также бактериологическое исследование мочи из цистостомического дренажа с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и предстательной железы. В результате проведенных бактериологических исследований мочи из цистостомического дренажа был выявлен рост следующих микроорганизмов в диагностически значимых (≥ 100000 КОЕ/мл) титрах (табл. 2).

Растительный препарат Канефрон® Н по 2 драже 3 раза в сутки назначали больным основной группы вместе с антимикробными препаратами, подобранными в соответствии с антибиотикограммой. Больные контрольной группы получали только антимикробные препараты в соответствии с результатами бактериологического исследования. Общая продолжительность курса лечения составила 4 нед.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от заболевания

Заболевание	Основная группа, (n=20)	Контрольная группа, (n=18)
Аденома простаты	12	14
Рак простаты	3	1
Нейрогенный мочевой пузырь	4	2
Стриктура уретры	1	1

Таблица 2. Микроорганизмы, выделенные у больных основной и контрольной групп

Микроорганизм	Основная группа, (n=20)	Контрольная группа, (n=18)
<i>Escherichia coli</i>	4	6
<i>Proteus mirabilis</i>	6	5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	4
<i>Citrobacter spp.</i>	1	-
<i>Enterobacter spp.</i>	2	2
<i>Klebsiella spp.</i>	2	1
Всего	20	18

Таблица 3. Результаты лечения больных основной и контрольной групп

Время исследования	Емкость мочевого пузыря, (>200 мл)		Лейкоцитурия, (>10 в п/зр)		Бактериурия, (≥100000 КОЕ/мл)		Кристаллурия	
	основная группа, (n=20)	контроль, (n=18)	основная группа, (n=20)	контроль, (n=18)	основная группа, (n=20)	контроль, (n=18)	основная группа, (n=20)	контроль, (n=18)
До лечения	11 (55%)	10 (55%)	20 (100%)	18 (100%)	20 (100%)	18 (100%)	18 (90%)	17 (94%)
Через 2 нед лечения	13 (65%)	10 (55%)	14 (70%)	16 (88%)	18 (90%)	17 (94%)	11 (55%)	16 (88%)
После лечения	14 (70%)	11 (61%)	12 (60%)	13 (72%)	14 (70%)	14 (77%)	7 (35%)	12 (66%)

Клинический и лабораторный контроль эффективности проводимой терапии осуществляли в середине лечения (через 2 нед) и сразу после окончания приема препарата.

Результаты

При контрольном обследовании через 2 нед лечения больных, получавших Канефрон® Н в комплексе с антимикробными препаратами, нами отмечено увеличение емкости мочевого пузыря у 2 мужчин. В контрольной группе изменения емкости мочевого пузыря мы не наблюдали. Исчезновение лейкоцитурии через 2 нед лечения мы отметили у 6 (30%) больных основной группы и только у 2 (12%) в контрольной группе. Мы наблюдали также практически одинаковую степень снижения бактериурии в 2 группах больных через 2 нед лечения. Выраженный эффект Канефрона® Н, проявляющийся подавлением кристаллурии, мы отметили у 35% больных в середине курса лечения, в то время как у больных контрольной группы исчезновение кристаллурии было незначительным.

После проведенного курса лечения, мы вновь обследовали этих больных. Полученные результаты соответствовали тенденции, наметившейся при промежуточном исследовании. Мы отметили исчезновение кристаллурии у 55% больных, получавших Канефрон® Н в комплексной терапии с антимикробными препаратами. В контрольной группе подавление кристаллурии произошло всего лишь в 28% случаев. Таким образом, описанный ранее эффект комбинированного растительного препарата Канефрона® Н в отношении подавления кристаллурии нашел подтверждение и у больных с цистостомическим дренажом. Влияние препарата на исчезновение лейкоцитурии и уменьшение степени бактериурии оказалось менее выраженным, между тем эффективность терапии в отношении данных показателей оказалась выше в основной группе по сравнению с контрольной. Емкость мочевого пузыря также увеличилась в большей степени в основной группе больных с цистостомическим дренажом. Динамику показателей лечения основной и контрольной групп иллюстрирует табл. 3.

Комбинированный растительный препарат Канефрон® Н хорошо переносился больными, включенными в исследование. Мы не отметили каких-либо осложнений или побочных эффектов, связанных с приемом препарата.

Заключение

Комбинированный растительный препарат Канефрон® Н, на основании проведенного в урологической клинике РГМУ исследования, является эффективным средством в комплексной противовоспалительной терапии у больных с цистостомическим дренажом. Применение данного препарата привело к значительному подавлению кристаллурии, а также к эффективному уменьшению степени бактериурии и исчезновению лейкоцитурии у части из столь сложной в клинической практике категории больных. Ряд достоинств препарата, таких как выраженные противовоспалительный и антиоксидантный, а также антимикробный и спазмолитический эффекты наряду с отсутствием нежелательных реакций, обуславливают возможность дальнейшего успешного применения Канефрона® Н в комплексной терапии больных с цистостомическими дренажами. Необходимо отметить, что больным с постоянным цистостомическим дренажом может быть рекомендовано применение данного препарата в интервалах между повторными курсами антимикробной терапии или вслед за назначением антибиотиков при долгосрочном лечении.

Литература

1. Аляев Ю. Г., Амосов А. В., Григорян В. А., Султанова Е. А., Крупнинов Г. Е., Аюкян Г. Н. Применение растительного препарата Канефрона® Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью. Урология. 2005; 4: 29-33.
2. Перепанова Т. С., Хазан П. Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей. Врачебное сословие. 2005; 4-5: 44-46.
3. Вичканова С. А. Ингибиторы микроорганизмов среди веществ из высших растений: Автореф. дисс. докт. биол. наук. Москва; 1981.
4. Wagenlehner F. M. E., Weidner W., Naber K.G. Emerging drugs for bacterial urinary tract infections. Expert Opin. Emerging Drugs 2005; 10(2): 275-298.
5. Naber K. G., Morrissey I., Ambler J.E. Urinary Tract Infections and Fluoroquinolones. Science Press Ltd, 2000.