

Новые возможности фитотерапии в лечении острых и хронических инфекций мочевых путей

В настоящее время инфекции мочевых путей (ИМП) занимают одно из лидирующих мест среди инфекционных заболеваний в мире. Перспективным методом лечения ИМП является применение фитотерапии. В рамках XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024» состоялся симпозиум, посвященный современным подходам к профилактике и лечению острых и хронических ИМП с использованием лекарственных средств растительного происхождения. Ведущие российские эксперты представили данные об эффективности и безопасности применения лекарственного препарата Канефрон® Н в лечении неосложненной ИМП.



Профессор, д.м.н.
Р.Э. Амдий

Профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. Рефат Эльдарович АМДИЙ выступил с сообщением о современных возможностях лечения и профилактики инфекций мочевых путей (ИМП). Он подчеркнул, что в связи с повсеместным ростом антибиотикорезистентности основных уропатогенов все большее внимание привлекают вопросы применения неантибактериальных методов лечения и профилактики ИМП в клинической практике. Накопленные данные свидетель-

Новые старые возможности лечения и профилактики инфекций мочевых путей

ствуют о высоком потенциале фитотерапии, при этом среди средств растительного происхождения важно различать лекарственные препараты и биологически активные добавки (БАД) к пище. В отличие от лекарственных средств БАД предназначены только для восполнения дефицита биологически активных веществ в организме, а не для лечения заболеваний. При внедрении в клиническую практику лекарственного растительного препарата принципиально важное значение имеют такие характеристики, как наличие широкой доказательной базы, основанной на результатах доклинических и клинических исследований; запатентованная методика выделения активного вещества, экстракции и уникальность состава лекарственной молекулы. На сегодняшний день одним из лекарственных фитопрепаратов с наиболее убедительной доказательной базой, высоким профилем безопасности и широким спектром терапевтических эффектов является Канефрон® Н.

В его состав входят золототысячник (*Centaurium erythraea*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Препарат Канефрон® Н разработан в соответствии с высокими стандартами качества, безопасности и терапевтической эффективности. При его создании использовались передовые технологии, основанные на стандартизации, многоступенчатом контроле качества и количества биологических веществ, применении уникального метода экстракции, сохранении активных ингредиентов растительного происхождения. Благодаря входящим в состав препарата активным веществам Канефрон® Н характеризуется широким спектром фармакологического действия на организм. Препарат оказывает диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое действие на органы мочевой системы. Кроме того, Канефрон® Н обладает антимикробным, обезболивающим и нефропротективным эффектами.



Симпозиум компании «Бионорика СЕ»

В настоящее время компоненты фитопрепарата входят в клинические рекомендации Минздрава России «Цистит у женщин» (2021 г.) в качестве лекарственного средства для профилактики и лечения рецидивирующих ИМП, в том числе рецидивирующего хронического цистита¹. В соответствии с разработанным в 2018 г. Национальным руководством по акушерству, Канефрон® Н рекомендован при лечении бессимптомной бактериурии, цистита и пиелонефрита у беременных².

Данные последних исследований позволили расширить спектр показаний для применения препарата Канефрон® Н в форме таблеток и включить острые циститы. Таким образом, препарат показан в комплексной терапии острых и хронических инфекций мочевого пузыря, при инфекционном и неинфекционном хроническом воспалении почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит), а также в качестве средства профилактики мочекаменной болезни³.

В современных клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов (2023 г.) отмечается, что у пациенток с симптомами неосложненного цистита легкой и средней тяжести при отсутствии факторов риска в качестве альтернативы антибактериальным препаратам может быть рассмотрено назначение симптоматической терапии, в том числе растительным лекарственным препаратом Канефрон® Н^{4,5}.

Профессор Р.Э. Амдий подчеркнул, что современные исследователи уделяют особое внимание вопросам сохранения эффекта препарата Канефрон® Н в профилактике ИМП в условиях изменения восприимчивости микроорганизмов к лечению. Также актуальной задачей является оценка эффективности лекарственных фитопрепаратов в лечении неосложненных ИМП легкой и средней тяжести, профилактики после урологических манипуляций и операций.

В 2005 г. российские эксперты в ходе клинического исследования обнаружили, что добавление препарата Канефрон® Н к антибактериальной терапии в два раза увеличивает безрецидивный период у пациентов с рецидивирующим циститом⁶.

На сегодняшний день получены доказательства сохранения терапевтической эффективности Канефрона Н в комплексном лечении рецидивирующих ИМП. Отмечена положительная тенденция к улучшению эффективности лечения и снижению числа рецидивов в реальной клинической практике в группе пациентов с неосложненным циститом легкой и средней тяжести, получающих в комплексе с антибактериальной терапией Канефрон® Н.

Немецкими учеными было проведено ретроспективное когортное исследование, основанное на анализе историй болезни из базы данных пациентов с неосложненной ИМП. Проанализированы данные о реальной клинической

практике применения Канефрона Н в Германии в течение года. Было отобрано 2320 пациентов, которые применяли Канефрон® Н, и 158 592 пациента, получавших стандартную антимикробную терапию⁷.

По данным исследования, назначение фитопрепарата было связано с меньшим количеством рецидивов ИМП, а также с уменьшением количества дополнительных назначений антибактериальных препаратов в течение периода наблюдения по сравнению с группой, получавшей антибиотики. В группе пациентов, получавших лечение Канефроном Н, через год после терапии отмечено снижение частоты эпизодов ИМП на 61,3%, рецидивирующих ИМП – на 35,1–39,8%, а также снижение назначения антибактериальных препаратов на 40,1%. Более того, между группами, принимавшими Канефрон® Н и антибиотики, не наблюдалось существенных различий в отношении длительности заболевания (оформления листа нетрудоспособности в течение трех дней). Исследователи пришли к выводу, что Канефрон® Н является эффективным и безопасным симптоматическим средством для лечения ИМП, которое можно рассматривать как альтернативу антибиотикотерапии.

Докладчик подчеркнул, что для применения препарата Канефрон® Н при остром цистите в качестве монотерапии существуют ограничения, отраженные в инструкции лекарственного средства и российских клинических реко-

¹ Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ № 14 «Цистит у женщин» 2021 г. Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru).

² Акушерство: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

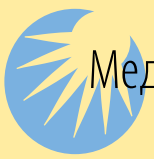
³ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Канефрон® Н (таблетки, покрытые оболочкой) от 03.07.2023.

⁴ Bonkat G., Bartoletti R., Bruyere, T., Cai T., et al. EAU Guidelines on Urological Infections, 2023. Available from: EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf (d56bochluxqz.cloudfront.net).

⁵ Wagenlehner F.M., Abramov-Sommariva D., Höller M., et al. Non-antibiotic herbal therapy (BNO 1045) versus antibiotic therapy (fosfomycin trometamol) for the treatment of acute lower uncomplicated urinary tract infections in women: a double-blind, parallel-group, randomized, multicentre, non-inferiority phase III trial. Urol. Int. 2018; 101 (3): 327–336.

⁶ Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей. Врачебное сословие. 2005; 4 (5): 1–4.

⁷ Höller M., Steindl H., Abramov-Sommariva D., et al. Treatment of urinary tract infections with Canephron® in Germany: a retrospective database analysis. Antibiotics (Basel). 2021; 10 (6): 685.



В связи с повсеместным ростом антибиотикорезистентности основных уропатогенов все большее внимание привлекают вопросы применения неантибактериальных методов лечения и профилактики ИМП в клинической практике. Накопленные данные свидетельствуют о высоком потенциале фитотерапии, при этом среди средств растительного происхождения важно различать лекарственные препараты и биологически активные добавки к пище

мендациях. Так, монотерапию препаратом Канефрон® Н не проводят пациентам с осложненной ИМП (нарушения оттока мочи, нейрогенные расстройства мочеиспускания, аномалии развития мочеполовой системы, сахарный диабет, почечная недостаточность, катетеры в мочевых путях), а также во время беременности.

В современной клинической практике фитопрепараты успешно используют для профилактики ИМП при урологических манипуляциях. В исследовании польских авторов оценивали эффективность Канефрона Н в профилактике ИМП у женщин из группы высокого риска, которым проводились уродинамические исследования (возраст старше 70 лет, объем остаточной мочи более 100 мл, нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей, пролапс тазовых органов, рецидивирующие ИМП). Участницы исследования после урологической манипуляции получали однократную пероральную дозу фосфомицина или Канефрон® Н. В результате статистических различий в частоте ИМП между обеими группами лечения обнаружено не было. Таким образом, установлено, что

профилактика ИМП с помощью фитопрепарата после урологических манипуляций у пациенток группы высокого риска может рассматриваться как альтернатива антибактериальным препаратам⁸. По данным российских авторов, применение препарата Канефрон® Н у мужчин в возрасте 30–83 лет с цистостомическим дренажем и ИМП приводило к исчезновению лейкоцитурии через две недели лечения у 30% пациентов, снижению кристаллурии – у 35%, а к концу курса – у 55% пациентов. Установлено, что применение данного растительного препарата позволяет повысить эффективность терапии ИМП у пациентов с цистостомой⁹.

Также профессор Р.Э. Амдий представил клинический случай из своей практики. Пациентка 61 год с острой послеоперационной задержкой мочи. Диагноз: «рак шейки матки». Проведена экстирпация матки с придатками и лимфодиссекция (операция Вертгейма). После удаления катетера в послеоперационном периоде мочеиспускание не восстановилось, повторно установлен катетер. На седьмые сутки проведена повторная попытка уда-

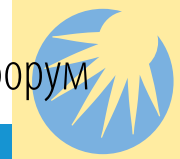
ления катетера – мочеиспускание снова не восстановилось, отсутствовал позыв на мочеиспускание. Пациентка была выписана со следующими рекомендациями: прием нейромидина, тренировка мочевого пузыря, при отсутствии восстановления мочеиспускания – интермиттирующая катетеризация. Однако пациентка категорически отказалась от интермиттирующей катетеризации.

Через четыре недели после установки уретрального катетера Фолея у пациентки появились жалобы на жжение, рези, отделяемое из уретры. Выделения из влагалища отсутствовали, повышения температуры тела не наблюдалось. Больной сменили катетер Фолея, назначили фуразидин. При этом она продолжала отказываться от проведения самокатетеризации. В связи с этим для восстановления мочеиспускания применили комплекс мероприятий с использованием системы экстракорпоральной магнитной стимуляции «Авантрон» (Россия), тамсулозина (Омник Окас), ипидакрина и тиббиальной стимуляции. Для профилактики ИМП пациентка принимала Канефрон® Н по 40 капель три раза в день. Ей был установлен уретральный катетер.

После месяца лечения у пациентки отсутствовали эпизоды рецидивов ИМП, появился позыв к мочеиспусканию на 400–500 мл. После попытки удалить катетер у пациентки после первого мочеиспускания зафиксировано 490 мл остаточной мочи, при втором мочеиспускании – 60 мл. Терапию продолжили в течение трех месяцев. Смена катетера происходила каждый месяц. Пациентка продолжала принимать Канефрон® Н в качестве профилактики ИМП. На фоне лечения рецидивов ИМП отмечено не было. У больной появились по-

⁸ Miotla P., Wawrysiuk S., Naber K., et al. Should we always use antibiotics after urodynamic studies in high-risk patients? Biomed. Res. Int. 2018; 2018: 1607425.

⁹ Попов С.В. Современные принципы лечения и профилактики катетерассоциированных инфекций мочевых путей у больных с нейрогенными расстройствами мочеиспускания. Лечащий врач. 2011; 8: 18–21.



Симпозиум компании «Бионорика СЕ»

звы к мочеиспусканию при объеме содержимого мочевого пузыря 200–300 мл. На третий месяц катетер был удален. Самостоятельное мочеиспускание у пациентки восстановилось.

В заключение профессор Р.Э. Амдий отметил, что использование фитотерапии при лечении и профилактики ИМП – одна из ак-

туальных опций снижения антибиотикорезистентности. При планировании эффективности лечения важно понимать особенности применяемых средств фитотерапии. Нельзя экстраполировать результаты, полученные при исследовании одного лекарственного растительного препарата, на другое средство

схожего состава из-за различий в количестве биологически активных веществ и особенностей экстракции. «Применение фитотерапии с использованием препарата Канефрон® Н при ИМП обосновано с позиции доказательной медицины и, что крайне важно, фактического опыта применения», – подчеркнул докладчик.

Сахарный диабет и инфекции мочевыводящих путей: новые возможности терапии

Доклад представила профессор кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н. Оксана Васильевна ЦЫГАНКОВА. Как отметила лектор, поиск оптимального подхода к лечению и профилактике ИМП у больных с нарушениями углеводного обмена – актуальная задача для практических специалистов как в области эндокринологии, так и урологии.

Современные алгоритмы лечения пациентов с сахарным диабетом второго типа (СД 2) включают несколько групп сахароснижающих препаратов: глифлозины (ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера второго типа (SGLT-2)), глиптины (ингибиторы дипептидилпептидазы-4), глутиды (агонисты глюкагоноподобного пептида 1), глитазоны (тиазолидиндионы).

При ведении пациентов с СД 2 необходимо учитывать особенности показателей лабораторных анализов мочи на фоне сахароснижающей терапии. Так, при лечении ингибиторами SGLT-2 (глифлозинами) у пациентов с СД 2 и целевыми показателями гликемии в общем анализе мочи может определяться высокий уровень глюкозы. Это связано с механизмом действия данного класса

препаратов, которые уменьшают реабсорбцию глюкозы в проксимальных канальцах почек, усиливая глюкозурию у пациентов с СД 2. Поэтому хроническая глюкозурия на фоне приема ингибиторов SGLT-2 не является тревожным сигналом. Более того, накоплен практический опыт, который показывает, что определять глюкозу в моче у пациента с верифицированным диагнозом СД не имеет смысла.

Глифлозины, или ингибиторы SGLT-2, широко применяются в клинической практике. Дапаглифлозин обладает комплексной кардиоренальной защитой, что доказано на большой популяции пациентов. Препарат показан взрослым с хронической сердечной недостаточностью, СД 2 и хронической болезнью почек (ХБП). Эмпаглифлозин также имеет новое показание к применению у пациентов с ХБП. Он предназначен для взрослых пациентов с ХБП для снижения риска прогрессирования заболевания (устойчивого снижения расчетной скорости клубочковой фильтрации, наступления терминальной стадии ХБП и смерти по причине почечной патологии) или сердечно-сосудистой смерти, а также снижения госпитализации по любой причине.

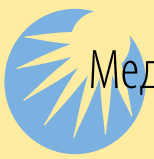
С каждым годом позиции препаратов из класса ингибиторов SGLT-2 укрепляются. На сегодняшний день их можно отнести не

просто к сахароснижающим препаратам, а к препаратам с плейотропным сахароснижающим эффектом.

Схема сахароснижающей терапии зависит от наличия у пациента с СД 2 симптомов, свидетельствующих о высоком риске или выявленных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и хронической сердечной недостаточности. Больным СД 2 с высоким сердечно-сосудистым риском и выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХБП назначают глифлозины. Профессор О.В. Цыганкова подчеркнула необходимость учитывать высокую частоту развития рецидивов ИМП у пациентов, принимающих ингибиторы SGLT-2. Важно отметить, что в инструкции к препаратам из класса ингибиторов SGLT-2 наличие рецидивирующей ИМП не является строгим противопоказанием. Пациентам с ИМП рекомендуется применять препараты этого класса с осторожностью. Безусловно, для выбора методов лечения таких пациен-



Профессор, д.м.н.
О.В. Цыганкова



Канефрон® Н может использоваться в составе комплексной терапии у пациенток с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимающих ингибиторы SGLT-2, в качестве профилактического и лечебного средства длительностью не менее трех месяцев. Противорецидивный эффект препарата в отношении циститов сохраняется как минимум три месяца после окончания курса терапии

тов необходим индивидуальный подход с учетом риска и пользы применяемой терапии.

В ряде крупных клинических исследований оценивали влияние терапии глифлозинами на риск развития почечных и сердечно-сосудистых исходов у пациентов с СД 2 и ХБП. Установлено, что на фоне приема дапаглифлозина частота развития ИМП (пиелонефрита, цистита) у большинства пациентов с ХБП статистически значимо не отличалась от группы плацебо¹⁰. В другом исследовании проанализировали данные о безопасности и переносимости эмпаглифлозина у пациентов с СД 2. Доля пациентов с событиями, ассоциированными с инфекциями верхних мочевых путей, была аналогична для групп плацебо и эмпаглифлозина. При этом среди пациентов, принимавших эмпаглифлозин, было больше лиц с генитальными инфекциями и циститами по сравнению с плацебо (4% в сравнении с 1%). Оба типа событий чаще встречались у женщин и у пациентов с инфекциями в анамнезе.

Докладчик подчеркнула, что хронический воспалительный процесс, развивающийся при

ИМП, значительно ухудшает качество жизни больных СД 2, а также затрудняет назначение сахароснижающей терапии ингибиторами SGLT-2. В связи с глобальной проблемой антибиотикорезистентности перспективным направлением является поиск препаратов растительного происхождения для профилактики развития ИМП у больных СД 2, принимающих глифлозины. Профессор О.В. Цыганкова представила результаты проспективного рандомизированного исследования влияния лекарственного растительного препарата на частоту обострений цистита и метаболические параметры у пациенток с СД 2, принимающих глифлозины. В исследовании участвовали 60 женщин с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимавших глифлозины. Эффективность лечения оценивали по таким параметрам, как частота рецидивов цистита; уровень альбуминурии; динамика уровней продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида в ЛПНП¹¹. Больных рандомизировали на две группы: основная группа в дополнение к сахароснижающей терапии глифлозинами в течение

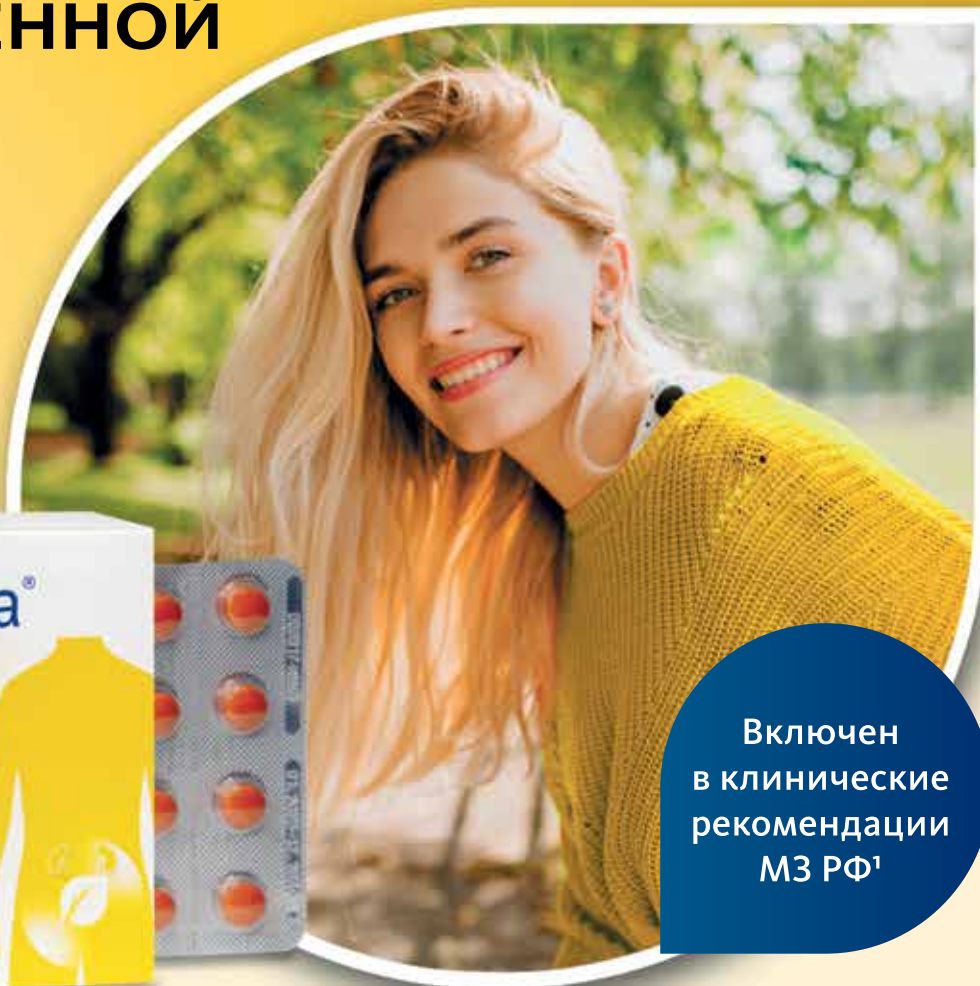
трех месяцев принимала препарат Канефрон® Н перорально по две таблетки три раза в день, группа сравнения – только глифлозин. Результаты исследования продемонстрировали, что в течение трех месяцев в группе пациентов, получавших в составе терапии Канефрон® Н, наблюдалось уменьшение частоты рецидивирующих циститов в 2,5–3 раза по сравнению с группой сравнения. Кроме того, на фоне терапии Канефроном Н выявлено уменьшение микроальбуминурии, а также снижение уровня малонового диальдегида. Таким образом, в ходе исследования отмечен положительный эффект растительного препарата Канефрон® Н на снижение частоты обострений хронического цистита, нефропротективное действие и благоприятный эффект на липидный профиль пациентов с СД 2. Полученные данные позволяют сделать вывод, что Канефрон® Н может использоваться в составе комплексной терапии у пациенток с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимающих ингибиторы SGLT-2, в качестве профилактического и лечебного средства длительностью не менее трех месяцев. Противорецидивный эффект препарата в отношении циститов сохраняется как минимум три месяца после окончания курса терапии.

В заключение профессор О.В. Цыганкова отметила: «Сопроводительная терапия препаратом Канефрон® Н обеспечивает возможность длительного приема глифлозинов, реализующих множественные положительные кардионефропротективные эффекты и увеличивающих продолжительность жизни пациентов с СД 2, а также способствует снижению риска рецидивов ИМП».

¹⁰ Heerspink H.J.L., Stefánsson B.V., Correa-Rotter R., et al. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. N. Engl. J. Med. 2020; 383 (15): 1436–1446.

¹¹ Цыганкова О.В., Евдокимова Н.Е., Тимошенко О.В., Латынцева Л.Д. Влияние лекарственного растительного препарата на частоту обострений цистита и метаболические параметры у пациенток с диабетом 2-го типа, принимающих глифлозины. Терапевтический архив. 2023; 95 (8): 664–669.

ПРИ ЦИСТИТЕ И МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Включен
в клинические
рекомендации
МЗ РФ¹



Bionorica®

Канефрон® Н

Золототысячника трава + Любисток
лекарственного корень + Розмарин
обыкновенного листа
При заболеваниях почек и
мочевыводящих путей

60 таблеток, покрытых
оболочкой



www.canephron.ru

Канефрон® Н

- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании²
- Помогает сократить количество рецидивов ИМП² *
- Препятствует образованию мочевых камней^{3, 4}

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГЕРМАНИИ

* Инфекции мочевыводящих путей. 1. КР14. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей. Врачебное сословие. 2005. №4–5. С. 1–4. 3. Давидов М.И., Игошев А.М. Роль фитотерапии в метафилактике мочекаменной болезни после дистанционной литотрипсии. ЭиК урология. 2018. №4. С. 64–73. 4. Руденко В.И., Демидко Ю.Л., Амосов А.В., Григорян В.А., Демидко Л.С. Клиническое значение применения препарата Канефрон® Н у больных мочекаменной болезнью. Урология. 2019. №2. С. 15–20. РУ: П N014244/02 от 29.12.2011. РЕКЛАМА. Рекламодатель ООО «Бионорика» (ИНН 7729590470).

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.