

# КАНЕФРОН®Н В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЦИСТОСТОМИЧЕСКИМ ДРЕНАЖОМ

Е.Б. Мазо, С.В. Попов

Клиника урологии и оперативной нефрологии (зав.- член-корр. РАМН, проф. Е.Б.Мазо)  
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

## Введение.

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 обструктивными уропатиями, на фоне инструментальных (инвазивных) методов обследования и лечения, при наличии инородных тел (дренажей) в мочевых путях и тяжелых сопутствующих заболеваний (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; PER, 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 катеризацией 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 встречается 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 новых эпизодов бактериурии, количества выделяемых штаммов 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 (*Centaureum 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.

## Материалы 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 Таблица 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 ( $\geq 100000$  КОЕ/мл) титрах (Таблица 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. 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 таблица 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., Крупинов Г.Е., Акопян Г.Н. Применение растительного препарата Канефрона®Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью. // Урология. — 2005. — № 4. — С. 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. — С. 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. — Vol. 10 (2)— P.275-298.
5. Naber K.G., Morrissey I., Ambler J.E. Urinary Tract Infections and Fluoroquinolones. — Science Press Ltd, 2000.

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)
Escherichia coli	4	6
Proteus mirabilis	6	5
Pseudomonas aeruginosa	5	4
Citrobacter spp.	1	-
Enterobacter spp.	2	2
Klebsiella spp.	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 ( $\geq 100000$ КОЕ/мл)		Кристаллурия	
	Основн. группа (n=20)	Контроль (n=18)	Основн. группа (n=20)	Контроль (n=18)	Основн. группа (n=20)	Контроль (n=18)	Основн. 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%)