

# Використання рослинного препарату Канефрон® Н у комплексному лікуванні хронічного циститу

**В.В. Сікора, І.М. Шаповалова**

Медичний інститут Сумського державного університету

Аналіз проведеного дослідження дає можливість розглядати рослинний препарат Канефрон® Н як ефективний та безпечний лікарський засіб для лікування хворих на хронічний цистит. Потенціюючи дію антибіотиків, Канефрон® Н забезпечує додатковий протизапальний та симптоматичний ефект, який зберігається і після припинення активної антибактеріальної терапії, забезпечує стійкий протирецидивний ефект,

**Ключові слова:** хронічний цистит, ефективність, безпечність, лікування, Канефрон® Н.

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

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

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

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

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

Збудниками циститу частіше є кишкова паличка, стафілокок, протей, стрептокок та ін. При циститі, що виникає після різних оперативних та інструментальних втручань, катетеризації сечового міхура, збудниками, як правило, є грамнегативні мікроорганізми. Окрім бактеріальних збудників, в етіології циститу велику роль відіграють

мікоплазми, віруси, хламідії, трихомонади, гриби роду *Candida* [4].

Мікроорганізми можуть проникати у сечовий міхур різними шляхами: висхідним – із сечівника, низхідним – із нирки, лімфогенним – із сусідніх тазових органів, гематогенним – з віддалених вогнищ, безпосереднім (прямим) шляхом. Висхідний шлях є найбільш частим. Низхідний шлях проникнення інфекції у сечовий міхур частіше відзначається при запальному процесі в нирках (хронічний пієлонефрит [3, 4, 6, 10], пієлонефроз). Гематогенний шлях інфікування сечового міхура спостерігається рідко, його встановлюють при виникненні циститу одразу після інфекційних захворювань або за наявності віддаленого гнійного вогнища в організмі [3, 4].

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

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

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

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

Речовини, що є продуктами життєдіяльності рослин та зумовлюють їхні фармакологічні властивості, називають діючими або біологічно активними речовинами (БАР), бо від їхніх властивостей залежать лікарські властивості рос-

линної сировини. Зараз вивчено велику кількість БАР (феноли, кислоти, луги, терпеноїди, флавоноїди, сапоніни, вітаміни та багато інших). Саме вони зумовлюють механізми біологічної дії засобів фітотерапії, які є загальними для всіх препаратів:

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

Переваги фітотерапії над іншими засобами лікування:

1. Безпечність.
2. М'якість дії.
3. Специфічність їх дії на організм.
4. Велика широта терапевтичної дії.
5. Комплексна дія на різні сторони патологічного процесу.
6. Низька токсичність.
7. Рідкий прояв побічної негативної дії.
8. Можливість виключення зі зборів отруйних рослин.
9. Можливість тривалого (місяці, роки) використання ліків із цілющих рослин [1–4, 7, 9].

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

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

Спазмолітичний ефект зумовлений флавоноїдною складовою препарату. Аналогічну дію мають фталіди (любисток) та розмаринове масло. Слабкий спазмолітичний ефект мають фенолкарбонові кислоти [1–3].

Протизапальний ефект здебільшого зумовлений наявністю розмаринової кислоти, яка блокує неспецифічну активацію комплемента і ліпооксигенази з подальшим пригніченням синтезу лейкотрієнів. Як і інші фенольні сполуки, розмаринова кислота справляє антиоксидантну дію та попереджає вільнорадикальні ланцюгові реакції.

Тому особливий інтерес становить вивчення ефективності застосування препаратів рослинного походження у комплексному лікуванні захворювань сечовидільної системи [14, 15].

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

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

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

Результати цистоскопії наведені у табл. 2. Враховуючи, що у багатьох хворих виявлено поєднання різних змін слизо-

Таблиця 1

Лікарські рослини, які входять до складу Канефрону Н, та спектр їхньої дії

Показник	Трава золототисячника ( <i>Centaureum umbellatum</i> )	Корінь любистку ( <i>Levisticum officinale</i> )	Листя розмарину ( <i>Rosmarinus officinale</i> )
Активні речовини	Фенолкарбонові кислоти, фталіди	Ефірні масла, фталіди	Розмаринова кислота, ефірні масла, флавоноїди
Дія:			
сечогінна	+	+	+
протизапальна	+	–	+
спазмолітична	+	+	+
антимікробна		+	+
нефропротекторна	+	–	+

Результати цистоскопії у хворих на хронічний цистит (n=31)

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

Таблиця 3

Динаміка скарг у хворих групи А (n=15) через 10 днів лікування

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

Таблиця 4

Динаміка скарг у хворих групи Б (n = 16) через 30 днів після закінчення курсу ініціативного лікування

Скарги	До лікування (n=16)		Після лікування (n = 16)			
			Підгрупа Б1 (без підтримувальної терапії, n=8)		Підгрупа Б2 (підтримувальна терапія Канефроном, n=8)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Відсутні	0	0	6	75	6	75
Почащене сечовипускання	15	93,7	1	12,5	1	12,5
Різи при сечовипусканні	16	100	2	25	1	12,5
Свербіж у промежині до та під час сечовипускання	5	31,2	1	12,5	0	0
Термінальна макрогематурія	3	18,7	0	0	0	0

вої оболонки сечового міхура, результуючий показник перевищує 100%.

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

Під час цистоскопії патологічних новоутворень сечового міхура не було виявлено ні в одній хворій.

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

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

Кожна група була додатково поділена на 2 рівні підгрупи залежно від застосування препарату Канефрон® Н. До підгрупи були залучені хворі, співставні за своїми характеристиками (віком, анамнезом, клінічними проявами і т.д.).

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

Хворим підгрупи Б1 (n=8) був проведений ініціальний курс лікування, який включав протизапальні засоби, препарати, які покращують кровотік, місцеву терапію і фізіотерапевтичні процедури, протягом 10 днів. Потім проводили динамічний нагляд 1 міс, протягом якого ніяких додаткових препаратів не призначали. Хворим підгрупи Б2 (n=8) був проведений аналогічний ініціальний курс лікування. Однак протягом наступних 30 днів вони отримували Канефрон® Н по 2 драже 3 рази на добу.

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

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

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

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

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

Подібні результати були отримані через 30 днів. У всіх хворих, які приймали Канефрон® Н, клінічні прояви захворювання були відсутні, в той час як у 2 (28,5%) хворих, які отримували монотерапію Лопраксом, у тому або іншому ступені піурію, як і раніше, не виявляли у 100% хворих підгрупи А2. У підгрупі А1 повторне підвищення кількості лейкоцитів у сечі було виявлено у 2 (25%) хворих.

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

Після проведеного курсу ініціальної терапії (група Б) клінічне покращання настало у 16 (87,5%) хворих – 7 хворих підгрупи Б1 та 9 хворих підгрупи Б2.

Через 30 днів спостережень скарги, як і раніше, були відсутніми або незначними у 5 (62,5%) з 14 хворих, тих, що не отримували підтримувальної терапії Канефроном Н. У 1 (12,5%) хворого, незважаючи на досягнутий раніше позитивний ефект, був відзначений повторний розвиток клінічної картини циститу. Що стосується хворих з підгрупи Б2, які отримували підтримувальну терапію Канефроном Н, то через 30 днів скарги були відсутніми у 8 (100%) з 8 хворих.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, вживання Канефрону Н не тільки сприяло підтриманню раніше досягнутого результату, але й додатко-

во підвищувало ефективність ініціальної терапії. Загалом через 30 днів спостереження ефективність лікування із вживанням Канефрону Н була вища від ефективності без вживання даного препарату. Мабуть, за відсутності збудника, який був виявлений (або при виявленні його у низьких титрах), та піурії ефективність застосування Канефрону Н зумовлена його протизапальним, спазмолітичним та діуретичним ефектом, що виправдовує застосування даного препарату з метою профілактики рецидивів хронічного циститу після досягнутого клінічного покращання, а також для підвищення ефективності курсу ініціальної комплексної терапії.

Слід зазначити, що у процесі застосування Канефрону Н у групах А та Б не було зареєстровано жодного випадку побічної дії або непереносимості препарату.

Аналіз проведеного дослідження дає змогу розглядати Канефрон® Н як ефективний та безпечний лікарський засіб для лікування хворих на хронічний цистит.

### Application of vegetable preparation of Canephron N in the complex treatment of chronic cystitis V.V. Sikora, I.M. Shapovalova

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

**Key words:** chronic cystitis, effectivity, treatment, Canephron N.

### ЛІТЕРАТУРА

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