

Обзор эффективности и безопасности препарата Канефрон® Н при лечении и профилактике урогенитальных и гестационных заболеваний

Профессор К.Г. Набер¹, профессор, д-р мед. наук Т.С. Перепанова²

¹ Карл-Викледер-штрассе 44с, 94315, г. Штраубинг, Германия

² ФГБУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития России», г. Москва

Канефрон® Н («Бионорика», Германия) – комбинированный препарат растительного происхождения. В его состав входят золототысячник (*Herba Centaurii*), обладающий диуретическим и антибактериальным действием; любисток (*Radix Levistici*) с его диуретическим (акваретическим), спазмолитическим, а также антибактериальным эффектом; розмарин (*Folia Rosmarini*), который, помимо прочего, оказывает также и противовоспалительное действие.

Компоненты препарата оказывают выраженное антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, усиливают кровоток и снижают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим (акваретическим) эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии. Водный диурез (акварез) – один из основных эффектов препарата. Увеличение мочевыведения, вызванное эфирным маслом (терпеном) любистка, происходит за счет расширения почечных сосудов, улучшения кровотока. Сосудорасширяющими свойствами наряду с положительным инотропным эффектом обладают и секоиридоидные горечи (золототысячника малого). Эфирные масла действуют на реабсорбционную способность эпителиальных клеток канальцев. Диуретический эффект фенолкарбоновых кислот связывают с тем, что нерасщепляющиеся кислоты попадают в кровь, снижая щелочной резерв и сдвига реакцию крови в кислую сторону. Смещение кислотно-основного баланса в крови и тканях приводит к тканевому ацидозу, и освобождающаяся из тканей жидкость выводится с мочой [20, 21]. Спазмолитический (антихолинергический) эффект помимо фенолкарбоновых кислот оказывают и фталиды любистка: бутилиденфталид и лигустилид [22]. Розмариновая кислота ответственна за противовоспалительный эффект – она ингибирует неспецифическую активацию компонента и липоксигеназы и в результате тормозит синтез лейкотриенов.

Все компоненты препарата Канефрон® Н содержат активные вещества с антимикробным действием (фенолкарбоновые кислоты, секоиридоиды и др.). Экскреция нерасщепляемых органических (фенол-) карбоновых кислот и их метилированных, глюкуронидированных и сульфатированных продуктов метаболизма может препятствовать росту бактерий.

Рекомендуемые дозы: 1) для взрослых – по 2 таблетки или по 50 капель 3 раза в день; 2) для детей школьного возраста – по 1 таблетке или 25 капель 3 раза в день; 3) для детей дошкольного возраста (старше 1 года) – по 15 капель 3 раза в день.

Показаниями для применения препарата Канефрон® Н являются: комплексная терапия хронических инфекций мочевого пузыря (цистит) и почек (пиелонефрит), неинфекционных хронических воспалений почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит); профилактика образования мочевого камней, в том числе после их удаления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинические исследования Канефрона® Н охватывают период с 1973 г. до наших дней. Ниже рассмотрены некоторые из наиболее интересных публикаций о клинических исследованиях Канефрона® Н из Беларуси [8], России [1–7, 9, 13, 18, 19] и Украины [10–12, 14–17] – всего 18 исследований.

Данные исследования проведены у пациентов, страдавших воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей либо мочекаменной болезнью. Особый интерес вызвала возможность применения препарата у беременных, решение об использовании которого должен принимать врач в каждой конкретной ситуации. Соответственно очень важным является подтверждение безопасности применения препарата для самих беременных и его влияния на постнатальное развитие детей, чьи матери принимали Канефрон® Н во время беременности. Данным вопросам посвящены 5 исследований, включенных в настоящий обзор.

Таблица 1

Заболевания, при терапии которых изучали эффективность и безопасность Канефрона® Н

Заболевания	Количество исследований	Число пациентов, чьи показатели здоровья оценивали в исследованиях
<i>Взрослые пациенты</i>		
Инфекции мочевых путей	5 [1,2,9,10,11]	850 (из них – 33 беременные)
Инфекции мочевых путей и специфических гестационных заболеваний у беременных (с/без сахарного диабета)	3 [5,14,16]	475
Мочекаменная болезнь	5 [3,12,13,18,19]	353
<i>Дети</i>		
Инфекции мочевых путей	2 [6,8]	174
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), состояние после хирургической коррекции ПМР и мегауретера	2 [7,17]	270

В табл. 1 представлены заболевания, для терапии и профилактики которых назначали Канефрон® Н.

Помимо этого, два рассмотренных исследования были посвящены вопросам оценки безопасности препарата для плода и возможного влияния препарата на постнатальное развитие детей, чьи матери применяли Канефрон® Н во время беременности. В одном из этих исследований Канефрон® Н принимали 115 беременных, состояние здоровья и постнатальное развитие оценивали у их 115 детей, в другое исследование были включены 1641 беременная и 1641 ребенок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Клиническая оценка действия препарата у взрослых пациентов

1а. Эффекты Канефрона® Н при лечении и профилактике инфекций мочевых путей (ИМП) у взрослых

В обзор включены два наблюдательных и неконтролируемых исследования [2, X] и три сравнительных [1, 10, 11], из которых два исследования [10, 11] были проспективными и рандомизированными.

Всего в пяти исследованиях приняли участие 850 пациентов, которым препарат Канефрон® Н назначали либо в виде дополнения к стандартной терапии в фазе обострения заболевания, либо для профилактики рецидивов ИМП.

Длительность приема препарата составила в наблюдательных исследованиях 1–2 мес, в сравнительных – 3 мес и более (применительно к инфекции верхних мочевых путей).

В наблюдательном исследовании, проведенном профессором Л.А. Сияяковой (РМАПО, Москва), у 91% пациентов с диагнозами «острый пиелонефрит» и «хронический цистит» на фоне инфекций, передающихся половым путем (ИППП), из числа включенных в исследование (n=90) после адекватного этиологического и патогенетического лечения было установлено отсутствие рецидивов заболеваний в течение года на фоне профилактического применения Канефрона® Н [2].

В наблюдательное исследование, которое было проведено профессорами С.Н. Калининой и О.Л. Тиктинским с сотрудниками (СПб МАПО), был включен 371 пациент. У пациентов было диагностировано обострение хронического пиелонефрита, хронического калькулезного пиелонефрита, а у 33 пациенток – гестационный пиелонефрит. Было продемонстрировано эффективное купирование воспалительного процесса (исчезновение болевого синдрома, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитурии и бактериурии) на фоне приема Канефрона® Н в рамках комплексной терапии либо монотерапии [9].

В сравнительном исследовании, проведенном профессором Т.С. Перепановой и П.Л. Хазаном (НИИ урологии, Москва), в основную группу вошли пациенты с ИМП, которым Канефрон® Н был назначен в качестве дополнения к основной антимикробной терапии или в виде монотерапии (n=27). В контрольную группу включили пациентов, получавших стандартное антимикробное лечение (n=70). Результаты исследования продемонстрировали существенное повышение диуреза, снижение частоты развития бактериурии и увеличение длительности безрецидивного периода у пациентов основной группы в сравнении с контролем [1].

В проспективном рандомизированном исследовании (И.О. Дударь и соавт., Киевский городской научно-практический центр нефрологии и диализа) были включены пациенты с острым пиелонефритом, обострением хронического пиелонефрита и рецидивирующим циститом (n=120). Пациенты основной группы помимо антибиотиков получали Канефрон® Н в течение 3 мес. В группу сравнения вошли пациенты, получавшие фитосбор (толокнянка, василек, дя-

гиль). Была продемонстрирована существенно более низкая частота рецидивов пиелонефрита и цистита у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения. Также отмечалась тенденция к более быстрому выздоровлению среди пациентов, получавших Канефрон® Н параллельно со стандартной терапией в острой фазе заболевания [11].

Профессор Д.Д. Иванов с соавторами (НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев) провели сходное по дизайну многоцентровое открытое контролируемое исследование, но с участием пациентов с метаболическим синдромом/сахарным диабетом (СД) 2-го типа (n=302). Результаты показали, что у пациентов, получавших Канефрон® Н более 3 мес для профилактики инфекций нижних мочевых путей и в течение 6 мес для профилактики инфекций верхних мочевых путей, частота рецидивов была сходна с таковой при профилактике антимикробными препаратами. Кроме того, у пациентов с СД и слабой/умеренной микроальбуминурией наблюдалось антипротеинурическое действие [10].

Заключение: применение Канефрона® Н с профилактической целью в течение длительного времени (2, 3 и 6 мес) снижает частоту рецидивов ИМП (как цистита, так и пиелонефрита). Подобный эффект наблюдали и в особых группах пациентов, в частности у пациентов с метаболическим синдромом / СД 2-го типа. У пациентов с СД и слабой/умеренной микроальбуминурией при лечении Канефроном® Н отмечено антипротеинурическое действие.

1б. Действие Канефрона® Н при лечении и профилактике мочекаменной болезни (МКБ) у взрослых пациентов

В пяти исследованиях, которые были включены в данный обзор, пациенты с уролитиазом получали Канефрон® Н в рамках комплексной терапии МКБ.

Наблюдательное неконтролируемое исследование, проведенное профессором Л.В. Шаплыгиным и соавторами (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, г. Москва), включало 47 пациентов с МКБ, получавших Канефрон® Н в течение 4 нед. Исчезновение лейкоцитурии после завершения курса лечения было отмечено в 59,6% случаев, у остальных пациентов наблюдалось значительное уменьшение лейкоцитурии. Также не было ни одного положительного культурального исследования мочи после терапии [3].

В Первом МГМУ под руководством чл.-корр. РАМН Ю.Г. Аляева было проведено сравнительное исследование, направленное на изучение возможностей применения Канефрона® Н для лечения и профилактики МКБ. В исследовании приняли участие 79 пациентов, у которых были выявлены камни почек или мочеточников. Всем пациентам была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). Пациентам основной группы (45 человек) в составе медикаментозной терапии назначали Канефрон® Н. Пациентам контрольной группы (34 человека) проводили только спазмолитическую и противовоспалительную терапию. Было установлено, что применение Канефрона® Н в составе комплексной терапии после ДУВЛ ускоряет отхождение осколков конкрементов из мочевых путей, независимо от их исходной локализации. Так, в течение первых 5 сут после ДУВЛ произошло отхождение камней у 75,5% пациентов основной группы и у 41,2% – контрольной группы [18].

Позднее в этой же клинике было проведено исследование эффективности Канефрона Н в метафилактике МКБ. Были определены 2 группы: основная – 35 пациентов, контрольная – 25 пациентов после малоинвазивных оперативных вмешательств (КУЛТ, ДЛТ). Всем пациентам проводили специальную (медикаментозную) метафилактику. Помимо этого, пациенты основной группы получали Канефрон® Н в течение 3–6 мес. На фоне проводимой терапии у пациентов основной группы были выявлены снижение уровня кальция

и мочевой кислоты в моче, стабилизация рН мочи на уровне 6,2–6,8. Были отмечены уменьшение доз применяемых медикаментозных препаратов и упрощение достижения стабилизации рН на требуемом уровне. Полученные данные наряду с анализом результатов других исследований позволили сделать вывод о том, что прием Канефрона® Н повышает эффективность метафилактики МКБ у больных с различными видами камнеобразования [19].

В сравнительном исследовании, проведенном профессором В.В. Черненко с сотрудниками (Институт урологии НАМН Украины), приняли участие 135 пациентов с МКБ. Пациенты основной группы (31 – после хирургического удаления уратных конкрементов почек; 32 – после ударно-волновой литотрипсии (УВЛ) рентгеннегативных камней почек и мочеточников; 47 – с мочеислой гиперкристаллурией) получали Канефрон® Н в течение 8 нед. Пациентам группы контроля (25 человек) проводили обычную метафилактику – дието- и фитотерапию стандартными сборами. Авторы отметили существенное увеличение ($p < 0,05$) суточного диуреза, повышение рН мочи и снижение содержания мочевой кислоты в моче у пациентов основной группы. Все эти показатели можно считать благоприятными для метафилактики образования уратов и оксалатов кальция. Число рецидивов в группе Канефрона® Н была также ниже, чем в контрольной группе [12].

Наблюдательное исследование, проведенное академиком М.Ф. Трапезниковой (урологическая клиника МОНИКИ), включало 32 пациента с камнями мочеточника и/или почек. У всех пациентов был диагностирован рецидивирующий пиелонефрит. Канефрон® Н назначали в течение 4 нед после нефро- или уретеролитотрипсии и по окончании курса антибактериальной терапии. На фоне проводимой терапии были отмечены увеличение диуреза на фоне обычной водной нагрузки, снижение выраженности пиурии и микрогематурии [13].

Заключение: использование препарата Канефрон® Н в лечении пациентов с уrolитиазом и/или после удаления камней оказывает камнеизгоняющее действие. Рекомендуется глубже изучить данные положительные эффекты препарата на метафилактику дальнейшего камнеобразования в крупном проспективном рандомизированном контролируемом исследовании.

1в. Применение Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей и гестационных заболеваний в период беременности

В данный обзор были включены 3 исследования, в которых оценивали эффективность и безопасность Канефрона® Н для состояния здоровья беременных и родильниц.

В ретроспективное исследование, проведенное профессором Н.В. Орджоникидзе с сотрудниками (НЦАГиП им. В.И. Кулакова, г. Москва), было включено 300 беременных женщин, страдавших бессимптомной бактериурией, гестационным пиелонефритом или обострением хронического пиелонефрита (1-я группа – 160 женщин), а также хроническими заболеваниями мочевых путей в анамнезе вне обострения (2-я группа – 140 женщин). Пациентки 1-й группы принимали Канефрон® Н в рамках комплексной терапии в течение 3 нед и затем в течение 1 нед каждый месяц; пациентки 2-й группы получали препарат на фоне ремиссии заболевания, при выявлении аномалий мочевой системы, гидронефрозе – в течение 2 нед каждый месяц. В течение последней недели беременности и на протяжении 7–10 дней после родов все пациентки получали Канефрон® Н в целях профилактики послеродовых осложнений.

Как и ожидалось, у пациенток 2-й группы были зафиксированы лучшие показатели, чем у пациенток 1-й группы. На основании имеющихся данных авторы отмечали разносто-

роннее благотворное действие Канефрона® Н в период беременности и родов. В дальнейшем желательнее более подробно изучить данные эффекты в контролируемом клиническом исследовании.

Профессор В.И. Медведь с сотрудниками (Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины) изучал действие Канефрона Н у 30 беременных с СД 1-го типа в сочетании с гестационным пиелонефритом ($n=18$) и обострением хронического пиелонефрита ($n=12$). Пациенты получали препарат в течение 4 нед в дополнение к стандартной терапии. Результаты сравнили с данными 60 пациенток со сходными состояниями, которые были пролечены в клинике ранее (контрольная группа). В этом сравнительном клиническом исследовании авторы отмечали существенно более быструю ($p < 0,05$) нормализацию патологических показателей анализа мочи и существенное ($p < 0,01$) снижение частоты рецидивов пиелонефрита – гестационного и хронического – в сравнении с контролем [14]. Эти результаты имеют смысл подтвердить в проспективном рандомизированном двойном слепом исследовании.

Профессором В.А. Потаповым с сотрудниками (Днепропетровская государственная медицинская академия) было проведено проспективное рандомизированное контролируемое клиническое исследование, включавшее 85 беременных с различными патологическими состояниями почек. Дополнительная терапия Канефроном Н в течение 14–50 дней значительно быстрее ($p < 0,05$) облегчала симптомы (боль, дизурия, никтурия), обеспечивала значимо более высокую степень нормализации анализов мочи (выраженность пиурии) через 7 дней лечения, способствовала более полной эрадикации возбудителей пиелонефрита и более интенсивному снижению массы тела по сравнению с контролем. Статистическая значимость двух последних показателей не установлена [16].

Во всех трех исследованиях отмечали высокую степень безопасности и хорошую переносимость Канефрона® Н.

Заключение: разная продолжительность терапии Канефроном Н (к примеру, 4–8 нед) может оказывать положительное воздействие на состояние мочеполовых органов беременных с различными патологическими состояниями почек (как в сочетании с СД, так и без него).

2. Клиническая оценка действия препарата у детей

В обзор по исследованию эффектов Канефрона® Н в лечении и профилактике ИМП, при ПМР и после хирургической коррекции ПМР и мегауретера у детей включены 4 исследования.

В проспективном сравнительном исследовании, проведенном профессором А.В. Сукало с сотрудниками (Республиканский центр детской нефрологии и заместительной почечной терапии, г. Минск), дети с острым и хроническим пиелонефритом и инфекциями нижних мочевых путей получали либо монотерапию антибиотиками ($n=15$), либо антибиотики в комбинации с Канефроном Н в рекомендуемой возрастной дозе ($n=30$). Комбинированная терапия с Канефроном Н характеризовалась более быстрой нормализацией показателей общего анализа мочи по сравнению с традиционными схемами. Терапия Канефроном Н зарекомендовала себя безопасной и хорошо переносилась [8].

В проспективном сравнительном исследовании Т.С. Вознесенской с сотрудниками (НЦЗД РАМН, г. Москва) 129 детей с острым пиелонефритом были распределены в 3 группы. После завершения терапии антибиотиками пациентки 1-й группы в течение 3 мес получали Канефрон® Н, 2-й группы также в течение 3 мес – нитрофураны (1,5–2 мг/кг 1 раз в день). 3-я группа была контрольной, после завершения курса антибиотиков терапию прекращали. В исследовании было установлено существенное снижение частоты рецидивов в обеих группах, получавших профилактику, в сравне-

нии с контрольной группой без профилактики. Группа профилактики Канефроном Н характеризовалась меньшим числом нежелательных явлений в сравнении с группой, в которой применяли нитрофураны [6].

Наблюдательное исследование, в котором приняли участие 226 детей с ПМР, осложненным пиелонефритом, или после хирургической коррекции ПМР/мегауретера, было проведено профессором Д.А. Сеймивским с сотрудниками (Институт урологии НАМН Украины, г. Киев). Наблюдали значительное (примерно в 4 раза) ускорение темпов выздоровления по сравнению с ситуацией, когда Канефрон® Н не был включен в терапию. В целом отмечались хорошая безопасность и переносимость препарата детьми. Для подтверждения полученных результатов следует провести проспективное рандомизированное исследование [17].

В сравнительное исследование, проведенное профессором В.И. Кирилловым с сотрудниками (МГМСУ, г. Москва), были включены 44 ребенка после хирургической коррекции ПМР III–IV степени. Пациенты были разделены на 2 группы: в основной группе дети получали Канефрон® Н в течение 1 нед до операции и в течение 3 нед после нее; в контрольной группе – только антибактериальную терапию. Наблюдение проводили в течение 2 мес после операции. Отмечено положительное воздействие препарата на состояние здоровья детей после хирургической коррекции ПМР: ускорение сроков нормализации функциональных показателей состояния по-

чек и верхних мочевых путей (кровообращения, диуреза, концентрации способности, уродинамики). Помимо этого, при приеме Канефрона Н происходила более быстрая нормализация показателей общего анализа мочи. К сожалению, отсутствуют результаты более длительного наблюдения [7].

Заключение: была продемонстрирована эффективность применения Канефрона Н в профилактике рецидива пиелонефрита, сопоставимая с эффективностью нитрофуранов, однако Канефрон® Н характеризовался лучшей переносимостью. Отмечено положительное воздействие на состояние здоровья детей после хирургической коррекции ПМР. Для более подробного изучения ряда эффектов желательного проведения проспективных рандомизированных исследований с более длительным периодом наблюдения.

3. Влияние терапии препаратом Канефрон® Н в период беременности на врожденные пороки развития и постнатальное развитие детей

В обзор включены 2 исследования, в которых изучали любое возможное влияние терапии Канефроном Н в период беременности на частоту врожденных пороков развития и постнатальное развитие детей.

В исследование, проведенное профессором М.А. Репиной с сотрудниками (СПб МАПО), было включено 115 детей (65 девочек и 52 мальчика) в возрасте от 5 мес до 3,5 года, рожденных 115 женщинами, принимавшими Канефрон® Н в период беременности (за исключением первых 16 нед) на

Таблица 2

Число пациентов (только пациенты, получавшие Канефрон® Н), длительность терапии Канефроном® Н и число нежелательных явлений

№ ссылки	Число пациентов, получавших Канефрон® Н (n)	Пациенты (пол)	Длительность лечения	Нежелательные явления
6	43	Дети	3 мес	1, кожная сыпь
7	22	Дети (Ж/М)	1 мес	*
8	30	Дети	?	0
17	226	Дети (Ж/М)	Макс. 3 мес	**
1	27	Взрослые (Ж/М)	3 мес	0
2	90	Взрослые (Ж)	1 мес	0
3	47	Взрослые (Ж)	1 мес	0
9	371	Взрослые (Ж/М) (из них 33 беременных)	2 мес	0
10	127	Взрослые (Ж/М)	3 мес	0
11	60	Взрослые (Ж/М)	3мес	*
12	110	Взрослые (Ж/М)	2 мес	**
13	32	Взрослые (Ж/М)	1 мес	0
18	45	Взрослые (Ж/М)	1-2 нед	0
19	35	Взрослые (Ж/М)	3-6 мес	0
5	300	Беременные	3 нед, 1-2 нед в месяц	**
15	30	Беременные	1 мес	**
16	50	Беременные	14-50 дней	**
4	115	Беременные (оценка влияния терапии на врожденные пороки развития и постнатальное развитие детей)	1-2 мес	0
14	1647	Беременные (оценка влияния терапии на врожденные пороки развития и постнатальное развитие детей)	3-28 нед	0

М – пациент мужского пола, Ж – пациент женского пола; * – безопасность и переносимость не указывались; ** – высокая безопасность и хорошая переносимость упоминались лишь в целом без специального анализа результатов

протяжении 4–8 нед. Не было обнаружено никаких нежелательных явлений в период беременности, а также воздействий на плод и психофизическое развитие/здоровье детей, рожденных матерями, получавшими Канефрон® Н [4].

В исследовании профессора В.И. Медведя с сотрудниками (Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, г. Киев) было проанализировано тератогенное, эмбриотоксическое и фетотоксическое действие препарата Канефрон® Н, который беременные принимали ежедневно на протяжении 3–28 нед (n=1647). В I триместре беременности Канефрон® Н начали принимать 384 беременные, 1236 женщин получали препарат только во II и III триместрах. В 1220 случаях анализ был ретроспективным и его проводили на основании историй болезней, а в 427 случаях исследование было проспективным. С января 2003 г. по декабрь 2007 г. на свет появились 1647 новорожденных. Было установлено, что препарат Канефрон® Н не оказывал тератогенного, эмбриотоксического и фетотоксического воздействия [15].

Заключение: терапия Канефроном® Н в период беременности может считаться безопасной и хорошо переносимой беременными без очевидного тератогенного, эмбриотоксического и фетотоксического воздействия и какого-либо негативного влияния на психофизическое развитие/здоровье детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей // *Врачебное сословие*, 2005. – № 5. – С. 44–46.
2. Синякова Л.А., Косова И.В. Профилактика рецидивов инфекций мочевых путей // *Урология*, 2009 (2). – С. 22–25.
3. Шаплыгин Л.В., Монаков Д.М. Канефрон® Н в лечении и профилактике мочекаменной болезни // *Врачебное сословие*, 2004. – № 7. – С. 22–24.
4. Репина М.А., Колчина В.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р. и соавт. Фитопрепараты в лечении заболеваний почек у беременных женщин и отдаленные результаты состояния здоровья детей // *Журнал акушерства и женских болезней*, 2006 (LV). – № 1. – С. 50–56.
5. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Петрова С.Б. Профилактика и лечение осложнений у беременных и родильниц с заболеваниями мочевыводящих путей // *Акушерство и гинекология*, 2009 (6). – С. 41–45.
6. Вознесенская Т.С., Кутафина Е.К. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей // *Педиатрическая фармакология*, 2007 (7). – Вып. 4. – С. 38–40.
7. Кириллов В.И., Руненко В.И., Богданова Н.А. и соавт. Влияние комплексной терапии на состояние почек детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом в послеоперационный период // *Вопросы современной педиатрии*, 2007 (6). – № 2. – С. 38–43.
8. Сукало А.В., Крохина С.А., Тур Н.И. Применение препарата Канефрон® Н в комплексной терапии инфекций мочевой системы у детей // *Медицинские новости*. – 2004. – № 11. – С. 84–86.
9. Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Семенов В.А. и соавт. Роль Канефрон® Н при лечении хронического пиелонефрита и профилактике его осложнений // *Урология*, 2006. – № 1. – С. 22–25.
10. Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Куширенко С.В. и соавт. Фитотерапия метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа: возможности фитониринга // *Здоров'я України*, 2005. – № 17. – С. 46–47.
11. Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф., Хміч В.І., Крижанівська В.М., Брижаченко Т.П. 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у

4. Безопасность и переносимость терапии Канефроном Н

В 19 исследованиях оценивали показатели состояния здоровья 444 детей, получавших препарат, 1170 взрослых пациентов – преимущественно женщин (пол не всегда указан), 2270 беременных (помимо исследований, в которых беременность была критерием включения, 33 беременные участвовали в исследовании, где беременность не была ни критерием включения, ни критерием исключения) и 1762 детей, родившихся у 1762 беременных. Всего Канефрон® Н получали 3327 человек в течение разных периодов времени – от 1 нед до 6 мес (табл. 2).

В большинстве исследований безопасность и переносимость терапии Канефроном Н описана подробно: сообщения о нежелательных явлениях отсутствовали, исключение составил только 1 случай кожной сыпи у ребенка с отягощенным аллергическим анамнезом.

5. Заключение

Таким образом, в 19 исследованиях, в том числе сравнительных рандомизированных, продемонстрированы эффективность и безопасность применения Канефрона Н в терапии ИМП, гестационного пиелонефрита и МКБ, а также у беременных и детей.

12. Черненко В.В., Савчук В.И., Желтовская Н.И. и соавт. Особенности коррекции рН мочи и гиперкристаллурии у больных уратакаменной болезнью // *Здоровье мужчины*, 2003 (7). – № 4. – С. 65–66.
13. Трапезникова М.Ф., Бычкова Н.В., Подойницын А.А. Канефрон® Н в лечении осложненной рецидивирующей инфекции у больных с мочекаменной болезнью // *Врачебное сословие*, 2007. – № 4. – С. 2–53.
14. Медведь В.И., Быкова Л.М., Данылкив О.Е. и соавт. Патогенетическое обоснование и эффективность усовершенствованной терапии пиелонефрита у беременных с сахарным диабетом // *Репродуктивное здоровье женщины*, 2003 (14). – № 2. – С. 35–38.
15. Медведь В.И., Исламова Е.В. Безопасность Канефрона® Н во время беременности. От клинического опыта к доказательствам // *Медицинские аспекты здоровья женщины*, 2009. – № 4 (21). – С. 32–35.
16. Потапов В.А., Демченко Т.В., Медведев М.В. и соавт. Патогенети-

17. Сеймівський Д.А. Місце фітопрепарату Канефрон® Н у лікуванні урологічних захворювань у дітей // *Современная педиатрия*, 2010. – № 2 (30). – С. 178–181.
18. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Григорян В.А. и соавт. Возможности применения Канефрона® Н для лечения и профилактики мочекаменной болезни // *Урология*, 2007. – Т. 5, № 12. – С. 1023–1027.
19. Амосов А.В., Аляев Ю.Г., Саенко В.С. Растительный лекарственный препарат Канефрон® Н в послеоперационной метафилактике мочекаменной болезни // *Урология*, 2010. – № 5. – С. 65–71.
20. Kartrig T. Pflanzliche Drogen mit Wirkung auf Nieren und Hamwege // *Osterreich Apotheker-Zeitung*, 1983. – N 37. – S. 353–358.
21. Steinegger E., Hansel R. *Pharmakognosie* 5Auffl. Kap 6.2.1. Freie Phenolcarbonsauren Springer Verlag Berlin, Heidelberg, 1992. – S. 372–374.
22. Vollmann C. *Levisticum officinale - Der Liebstockel* // *ZS Phvthother*, 1988. – N 9. – S. 128–132.

Статья поступила в редакцию 14.06.2013