урология

Рецидивирующие циститы и современная фитотерапия

Рецидивирующие циститы, или, шире, инфекции нижних мочевых путей (ИНМП), представляют серьезную проблему для здоровья миллионов людей: ежегодно в Западной Европе регистрируется свыше 10 млн случаев инфекций мочевых путей (ИМП) [1]. Распространенность цистита в Российской Федерации составляет 26–36 млн случаев в год [2]. В подавляющем числе случаев это женщины.

При ИМП отмечается высокая частота рецидивов инфекции, которая принимает хронический характер и протекает с частыми обострениями. При неосложненной ИНМП воспалительный процесс затрагивает слизистую оболочку уретры и мочевого пузыря, в дальнейшем, при восходящем пути инфицирования, он может распространиться и на почечную лоханку. Поражение почечной паренхимы инфекционно-воспалительным процессом может привести к развитию пиелонефрита, хронической почечной недостаточности и уросепсису.

Рецидивирующие ИНМП регистрируются чаще у женщин и остаются в настоящее время трудно поддающимся лечению заболеванием. Ежегодно, например, в США диагностируется 7 млн случаев ИНМП среди женщин. По разным данным, к 65 годам у каждой третьей женщины отмечается по крайней мере 1 эпизод инфекции в год [1, 3]. В период постменопаузы частота эпизодов ИНМП возрастает, что обусловлено изменениями, связанными с дефицитом эстрогенов.

Международные источники однозначно определяют неосложненную ИМП как инфекцию у здоровой небеременной амбулаторной пациентки в возрасте 16–65 лет, не сопровождающуюся лихорадкой [4]. При этом у женщин чаще наблюдается форма инфекции с новым микроорганизмом (экзогенная рецидивирующая инфекция). Дальнейшая диагностика обычно не выявляет анатомических отклонений.

Различают неосложненные циститы, протекающие без нарушений оттока мочи из мочевого пузыря и наличия структурных изменений в мочевыводящих путях, а также без серьезных сопутствующих заболеваний, и осложненные острые циститы. В большинстве случаев острый цистит является поверхностной инфекцией слизистой оболочки мочевого пузыря, которая легко поддается терапии антимикробными препаратами. В то же время цистит очень часто рецидивирует, даже у пациентов с анатомически нормальными мочевыми путями, что требует поиска дополнительных фармакотерапевтических подходов.

Высокая частота рецидивов ИНМП обусловлена следующими факторами [1]:

- анатомо-физиологические особенности женского организма (короткая и широкая уретра, ее близость к естественным резервуарам инфекции – анусу, влагалищу);
- способность грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих инфекционный процесс в уретре и мочевом пузыре, к адгезии к клеткам эпителия вследствие наличия фимбрий и ворсин;
- частые сопутствующие гинекологические заболевания;
- воспалительные процессы влагалища, гормональные нарушения, приводящие к дисбиозу влагалища и размножению в нем патогенной микрофлоры;
- частота половых актов и характер применяемых контрацептивов (спермициды).

Неполное опорожнение мочевого пузыря, обструктивные уропатии, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, наличие мочевого дренажа также способствуют рецидивирующему характеру ИНМП [1, 3].

> **Применять растительные препараты можно в течение длительного времени, они редко вызывают осложнения и нежелательные побочные действия**

Фармакотерапевтические возможности

Поиск возможных путей решения проблемы ИНМП, в частности рецидивирующих форм, требует объединения усилий акушеров-гинекологов и урологов, при этом первичный контакт больные имеют с врачом-терапевтом или врачом общей практики. Согласно рекомендациям по лечению ИМП, этиологической является антибактериальная терапия.

Принципы современной терапии ИНМП на амбулаторном этапе можно представить следующим образом:

- рациональное назначение перорального антибиотика;
- обильное введение в организм жидкости (перорально или внутривенно);
- применение растительных препаратов, обладающих комплексным действием на многие патогенетические механизмы развития и рецидивирования ИНМП.

В ходе исследования (ARESC, 2006) были определены возбудители неосложненных ИМП и их чувствительность к антибактериальным препаратам. Оказалось, что более чем в 70% случаев возбудителями ИМП являются грамотрицательные микроорганизмы (*Escherichia coli*). При назначении антибактериальной терапии целесообразным является выбор препаратов, резистентность к которым составляет менее 10%. При беременности рекомендовано применение защищенных пенициллинов, цефалоспоринов II–III поколения 7-дневными курсами. Фосфомицина трометамол, который обладает пролонгированным (до 80 ч) действием, может назначаться однократно. Следует учесть, что проведение курса антибактериальной терапии (в том числе у беременных) не является гарантией отсутствия рецидивов заболевания [5].

Фитотерапия при ИНМП

В настоящее время отмечается явный рост интереса к фитотерапии – лечению лекарственными средствами растительного происхождения. Фитотерапия имеет давнюю историю: первые упоминания о ней датированы 2 тыс. лет до н.э. На сегодняшний день эффективность применения лекарственных растений доказана не только опытом лечения, но и с помощью современных структурно-аналитических методов. Современная медицина научилась работать с растениями и использовать их потенциал. Актуальность фитотерапии сегодня обусловлена следующими факторами:

- экстракты лекарственных растений нередко сопоставимы по эффективности химическим веществам;
- фитотерапевтическое лечение характеризуется низким риском развития осложнений и нежелательных побочных эффектов;
- комплексные фитотерапевтические препараты обладают дополнительными преимуществами благодаря их многокомпонентному разнонаправленному действию.

Применять растительные препараты можно в течение длительного времени, они редко вызывают осложнения и нежелательные побочные действия. Канефрон® Н – комбинированный лекарственный препарат, в состав которого входят трава золототысячника (Centaurium erythraea), корень любистока (Levisticum officinale) и листья розмарина (Rosmarinus officinalis), оказывающие разнонаправленное действие на организм. Наиболее активными компонентами препарата Канефрон® Н являются фенольные гликозиды и фенолкарбоновые кислоты (розмарин, любисток, золототысячник), фталиды (любисток), секоиридоиды (золототысячник), эфирные масла (любисток, розмарин), флавоноиды (золототысячник, розмарин).

Компоненты препарата Канефрон® Н оказывают комплексное диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антиоксидантное, антимикробное, нефропротективное действие, обладают диуретическим эффектом и улучшают функцию почек.

У взрослых Канефрон® Н применяют в дозе 50 капель на прием (или 2 драже) 3 раза в день в острый период и в течение 2–4 недель после стихания острых проявлений заболевания.

А.Л.Верткин, Г.Ю.Кнорринг,
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» Минздрава России

Литература
1. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Рецидивирующие инфекции мочевых путей. Алгоритм диагностики и лечения. М.: МИА, 2008; с. 29.
2. Перепанова Т.С., Шевелев А.Н., Сорока И.В., Дунец К.А., Горелышева Н.Е. Клиническая эффективность интерферонотерапии в составе комплексного лечения хронического цистита. РМЖ. 2012; 36: 1723.
3. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Кречикова О.И. и др. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований UTIAP-I и UTIAP-II. Урология. 2004; 2: 13–7.
4. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis 2005; 40 (5): 643–54.
5. Осипчук Д.О., Жилин А.В., Пастухова Т.П., Боронина Л.Г. Рациональное использование антимикробных препаратов в акушерской практике. Доктор.Ру. 2016; 7 (124): 45–51.