

Россихин В.В., Бухмин А.В., Мегера В.В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОКОМПОЗИЦИИ УРОПРОВИТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН**

**Введение.** Расстройства мочеиспускания у женщин является одной из важных проблем современной урологии. Частой причиной стойкой дизурии является хронический цистит. По данным разных авторов от 10% до 36% женщин страдают хроническим рецидивирующим циститом [1, 2]. Примерно треть женщин к возрасту 24 лет сталкиваются с эпизодом ИМП, примерно у половины в дальнейшем отмечается повторный эпизод, а у 20—30% из них наблюдаются рецидивирующие ИМП, т.е. 2 острых эпизода в течение 6 мес или 3 эпизода в течение года. [2,5].

Эпидемиологические исследования показали, что в 76,6% эпизодов ИМП вызваны *E. coli*, остальные - различными видами грамотрицательных и некоторыми видами грамположительных бактерий. Кратковременная антибактериальная терапии позволяет эффективно справляться с симптомами заболевания [1,3]. Однако, на сегодняшний день количество антибактериальных препаратов ограничено в связи с ростом резистентности бактерий к антибактериальным препаратам, что стало одной из наиболее актуальных проблем медицины в большинстве стран мира [4, 5].

Для пациентов с рецидивирующим течением ИМП недостаточно эффективно провести лечение острого эпизода, необходимо учитывать вероятность рецидивирования, принимая во внимание тот факт, что лечение антибиотиками не предотвращает его развития [9]. Рецидивирующие ИМП

требуют тщательного и длительного лечения. При частых рецидивах возможно использование методики антибиотикопрофилактики по различным схемам. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EUA), антибиотикопрофилактика показана только в двух случаях: после оценки эффективности применения поведенческой терапии и только тем пациенткам, для которых профилактические мероприятия без применения антибиотиков оказались неэффективными [6, 7]. К профилактическим мероприятиям в отношении пациенток с рецидивирующими ИМП относят терапию интравагинальными и пероральными пробиотиками, иммунопрофилактику, подкисление мочи, фитотерапию, употребление клюквенного сока [7, 8].

Лечение целебными травами сопровождало человечество с его колыбели, и долгое время растения оставались почти единственным лекарственным средством. В настоящее время на рынке представлено значительное количество препаратов растительного происхождения, многолетнее применение которых доказало их эффективность. Механизмы действия и ожидаемые эффекты у них близки. Они улучшают почечный кровоток, приводя к улучшению функции почек, повышают диурез и способствуют улучшению уродинамики верхних мочевых путей; обладают противовоспалительным, противомикробным эффектами; оказывают спазмолитическое действие, уменьшая боль при почечных коликах; снижают выраженность дизурии; повышают защитные коллоидные свойства мочи, а некоторые из них могут оказывать влияние на уровень pH мочи, изменяя ее в ту или иную сторону [9, 10].

Новой фитокомпозицией, предлагаемой для санирующего эффекта при инфекции мочевыводящих путей, является «Уропровит» (Производитель: Товариство «Нутрімед», м. Київ), выпускаемый в форме капсул.

Одна капсула содержит активные ингредиенты: экстракт клюквы - 200 mg (мг), экстракт ортосифона тычинкового - 100 mg (мг), экстракт календулы лечебной - 100 mg (мг); вспомогательные вещества (наполнитель):

микrokристаллическая целлюлоза, диоксид кремния аморфный, кальция стеарат; оболочка капсулы: желатин.

Компоненты композиции содержат алкалоиды, флавоноиды, фенол-карбоновые, хлорогеновую и фолиевую кислоты, сапонины, витамины, фитостеролы, соединения кремниевой кислоты, витамины А, С, К, Е, РР группы В, антиоксиданты. Уропровит оказывает спазмолитическое, противовоспалительное, противомикробное действие, повышает диурез.

Спазмолитический эффект обусловлен действием флавоноидов кадендулы. Содержащиеся в клюкве и ортосифоне бензойные производные и терпеноиды обеспечивают противовоспалительное и антимикотическое действие, что способствует полноценной эпителизации слизистых оболочек мочевыводящих путей.

Противопоказания к применению Уропровита: дети в возрасте до 12 лет, а также повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Взрослым назначают внутрь 1-2 капсулы 2 раза в день во время приема пищи. Курс приема составляет 8 - 12 недель.

**Целью** исследования являлось изучение эффективности применения фитокомпозиции Уропровит в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.

**Материалы и методы.** На кафедре общей, детской и онкологической урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования проведена комплексная оценка эффективности фитокомпозиции Уропровит (капсулированная форма) у 37 больных хроническим циститом в стадии подострого течения, находившихся на лечении.

Пациентки были разделены на 2 группы. В основной группе были 23 пациентки, средний возраст которых составил  $34,8 \pm 9,3$  лет. В контрольную

группу вошли 14 пациенток среднего возраста 32,9+-9,8 лет. Продолжительность заболевания в обеих группах составила в среднем 3,4+-2,1 года.

Больные контрольной группы получали курс комплексного противовоспалительного лечения хронического цистита в объеме уроантисептиков/антибиотиков (согласно чувствительности), инстилляций мочевого пузыря растворами антисептиков, лазеротерапии на область мочевого пузыря, НПВС. Пациентки основной группы помимо стандартного курса лечения получали Уропровит по 2 капсуле 2 раза в сутки во время еды в течении 6 недель.

Для верификации диагноза использовались сбор жалоб, анамнеза, заполнение опросника "Шкала симптомов тазовой боли, императивного учащенного мочеиспускания (L.Parson, 2000), общие анализы крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, уретроцистоскопия.

**Результаты исследования.** Наиболее частыми жалобами пациенток с обострением хронического цистита были боли в проекции мочевого пузыря, частое болезненное мочеиспускание малыми порциями, ощущение дискомфорта в уретре. Показатели клинического анализа крови, азотовыделительной функции почек у пациенток обеих групп были в пределах нормы. У 89% пациенток в общем анализе мочи содержание лейкоцитов было более 10 в поле зрения. Бактериурия определялась у всех пациенток (Таблица № 1).

Контроль динамики клинических проявлений, общего и бактериологического анализов мочи проводился через 10 дней, 1 и 3 месяца от начала проведения антибактериальной терапии.

По результатам бактериологического исследования в соответствии с чувствительностью микрофлоры проводилась антибактериальная терапия.

Таблица №1

Результаты бактериологического исследования мочи

Микроорганизм	Количество пациентов	
	абс.	%
<i>E. coli</i>	26	70,3
<i>Proteus spp.</i>	4	10,8
<i>F. enterobacter spp.</i>	2	5,4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	2,7
<i>Klebsiella spp.</i>	1	2,7
<i>Staphylococcus spp.</i>	2	5,4
<i>Streptococcus spp.</i>	1	2,7
Всего	37	100,0

Критериями оценки эффективности применения Уропровита служили оценка регресса клинических проявлений, уровня лейкоцитурии, бактериурии и частоты рецидивов заболевания.

При обследовании через три месяца после проведенного курса лечения 10 (71,4%) пациенток контрольной группы отметили улучшение клинического состояния (Таблица № 2). Частота мочеиспускания за сутки снизилась до 3-6 у 8 (57,1%) пациенток. Ноктурия отмечена у 5 (35,7%) пациенток. Болевой синдром в надлонной области и уретре был выражен у 4 (28,6%) пациенток. При уретроцистоскопии у 4 (28,6%) пациенток выявлены признаки отека и гиперемии слизистой мочепузырного треугольника.

В основной группе все пациентки перенесли лечение в комбинации с Уропровитом удовлетворительно, побочных эффектов не выявлено. Отметили улучшение 19 (82,6%) пациенток. Частота мочеиспускания за сутки не превышала 6 у 20 (86,9%) пациенток. Ноктурия и болевой синдром отмечены у

4 (17,4%) пациенток. При уретроцистоскопии у 5 ( 21,7% ) пациенток выявлены признаки отека и гиперемии слизистой мочепузырного треугольника.

Таблица № 2.

Клинические результаты в основной и контрольной группах женщин с хроническим циститом (через 3 месяца)

Признаки	Основная группа (n=23)  (%)	Контрольная группа (n=14)  (%)
Снижение частоты мочеиспускания	86,9	51,7
Ноктурия*	17,4	35,7
Улучшение клинического состояния	82,6	71,4
Болевой синдром	27,4	28,6
Отек слизистой мочепузырного треугольника	21,7	28,6

\**Ноктурия* - увеличение доли ночного мочеиспускания по сравнению с общим за сутки.

В период наблюдения через 3 мес в контрольных анализах мочи среди пациенток основной подгруппы повышения количества лейкоцитов, роста микрофлоры и рецидивов заболевания не отмечено у 90% женщин, тогда как в контрольной подгруппе рецидив заболевания констатировали 6 (35%) пациенток, потребовавший повторного курса антимикробной терапии. По данным бактериологического исследования мочи выявлена микрофлора: *E. coli* - у 2 пациенток основной подгруппы, *E. coli* - у 3 и *Enterobacter spp.* - у 1 пациентки контрольной подгруппы.

По данным контрольного обследования через 3 мес среди пациенток основной группы, принимавших Уропровит, рецидивов заболевания отмечено не было.

В контрольной группе отмечен рецидив заболевания у 3(21%) пациенток. При этом имело место увеличение суточного диуреза примерно на 30%.

Таким образом, применение фитокомпозиции Уропровит в комплексной терапии ИМП приводит к уменьшению частоты повторного возникновения заболевания у женщин. У пациенток обеих групп не было обнаружено существенной динамики показателей клинического и биохимического анализа крови и мочи, что, по нашему мнению, обусловлено целенаправленной лекарственной терапией, направленной на их коррекцию.

Никто из пациентов групп исследования за время лечения не отметил явлений непереносимости или побочных реакций.

**Заключение.** Таким образом, применение фитосбора Уропровит в составе комплексной терапии женщин с рецидивирующей ИМП приводит к снижению клинических проявлений заболевания, купированию дизурии, которые наступают в более ранние сроки. Отмечается также снижение частоты рецидивирования.

Полученные результаты применения фитокомпозиции Уропровит в комплексном лечении хронического цистита свидетельствуют о возможности применения данного состава у женщин, его высокой эффективности и безопасности.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Loran O.B.* Chronic cystitis in women. Vrach. 1996; 8:6-9. Russian (Лоран О.Б. Хронический цистит у женщин. Врач. 1996; 8:6-9).
2. Antimicrobial therapy and prevention of infections of the kidneys, urinary tract and male genital organs. Federal clinical guidelines. M., 2015. P. 8. Russian (Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих

путей и мужских половых органов». Федеральные клинические рекомендации. М., 2015. С. 8).

3. *Rafal'skii V.V., Strachunskii L.S.* Resistance of pathogens of outpatient urinary tract infections according to UTIAP-I and UTIAP-II multicenter microbiological studies. *Urologiia*. 2004; 2:13-17. Russian (Рафальский В.В., Страчунский Л.С. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований UTIAP-I и UTIAP-II. *Урология*. 2004;2:13-17).

4. *Rafal'skii V.V., Strachunskii L.S.* Resistance of pathogens of uncomplicated urinary tract infections in Russia. *Urologiia*. 2006; 5:34-37. Russian (Рафальский В.В., Страчунский Л.С. Резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в России. *Урология*. 2006; 5:34-37).

5. *Foxman B.* Epidemiology of urinary tract infection: incidence, morbidity and economic costs. *Am J Med*. 2002;113(Suppl. 1A):5S-13S.

6. *Lichtenberger P., Hooton T.M.* Complicated urinary tract infections. *Curr Infect Dis Rep*. 2008;10:499-504.

7. *Cadieux P.A., Burton J., Devillard E. et al.* Lactobacillus byproducts inhibit the growth and virulence of uropathogenic, *Escherichia Coli*. *J Physiol Pharmacol*. 2009;60(Suppl. 6):13-18.

8. *Sunden F., Hakansson L., Ljunggren E. et al.* *Escherichia Coli* 83972 bacteriuria protects against recurrent lower urinary tract infections in patients with incomplete bladder emptying., *J Urol*. 2010;184:179-185.

9. *Вульвачев А.А.* Фитотерапия в урологии. Лекарственные травы для лечения органов мочеполовой системы / <https://chelnyclinic.ru/poleznaya-info/158-fitoterapiya-urologii.html>

10. *Киселева Т.Л., М.А. Дронова М.А.* Синергические аспекты современной фитотерапии/ Газета «Новости медицины и фармации»., 7 (409), 2012.