

І.Б. Венцівська, д.м.н., професор, завідувачка кафедри акушерства і гінекології № 1,  
О.Д. Нікітін, д.м.н., професор кафедри урології, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

# Фітотерапія хронічного рецидивуючого бактеріального циститу в жінок репродуктивного та менопаузального віку

**Як відомо, запалення сечового міхура зустрічається переважно в жінок. Протягом життя від 20 до 25% жінок страждають на гострий цистит, у 30% із них протягом року відбувається рецидив захворювання, а в 10% випадків спостерігається хронічна рецидивуюча форма. Цистит найчастіше розвивається в жінок активного репродуктивного віку, а також у менопаузальному періоді. До 60% візитів до уролога пов'язані з гострим або рецидивуючим циститом [10, 14].**

Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) як причина звернення пацієнтів до амбулаторних лікувальних установ посідають друге місце після інфекцій респіраторного тракту. У третини жінок активного репродуктивного віку розвивається принаймні один (підтверджений при огляді лікарем) епізод ІСШ, що потребує антибактеріальної терапії [3, 14].

Основним збудником інфекційно-запального процесу у стінці сечового міхура є уропатогенна *Escherichia coli*, котру виявляють у 75-90% пацієнтів. Рідше зустрічається *Staphylococcus saprophyticus* – у 5-10% випадків. Також виокремлюють ентеробактерії, як-от *Proteus mirabilis* і *Klebsiella spp.*, та інших представників сімейства *Enterobacteriaceae* [4, 9].

Мікроорганізми потрапляють до сечового міхура різними шляхами: висхідним (уретральним), гематогенним і лімфогенним. Висхідний шлях проникнення інфекції до сечового міхура в жінок є домінуючим. Анатомічні особливості сечівника в жінок, його мала довжина та близьке розташування до анального отвору визнані одним з істотних факторів, що спричиняють частий розвиток циститу в жінок. Транспорту інфекції до сечового міхура сприяє сексуальна активність у жінок із т. зв. вагінальною ектопією зовнішнього отвору уретри чи гіпермобільністю дистального відділу уретри. При інфравезикальній обструкції в жінок (як органічної, так і функціональної етіології) на тлі детрузорно-сфінктерної диссенергії сечовипускання відбувається аномально. У разі підвищеного внутрішньоуретрального тиску потік сечі має не ламінарний, а турбулентний плин зі зміною гідродинамічних характеристик, появою завихрень. Бактерії мобілізуються зі стінок дистальної уретри та поширюються в проксимальні відділи, а також у сечовий міхур, через що виникає уретрально-везикальний рефлюкс [2, 6].

Необхідними умовами розвитку бактеріального циститу є адгезія значної кількості бактерій до уротеліальних клітин і подальша їх інвазія. Перехідний епітелій сечового міхура (уротелій) виробляє й виділяє на поверхню мукополісахаридну субстанцію, що утворює захисний шар. Адгезія мікроорганізмів до уроепітеліальних клітин можлива внаслідок руйнування чи змін мукополісахаридного шару, що може бути зумовлено конституціональними особливостями муцину, порушенням кровообігу в стінці сечового міхура, підвищенням умісту рецепторів до бактеріальної адгезії на клітинних мембранах [5, 13].

Дефіцит естрогенів – установлена та доведена численними дослідженнями причина розвитку урогенітальних розладів у жінок у клімактерії (Utian W.H., 1987). На сьогодні є досить багато розбіжностей щодо найоптимальнішого вибору терапії – системного чи локального шляху введення естрогенів. Основна причина суперечок полягає в позиції лікарів і погляді низки вчених на урогенітальні розлади як на виключно локальну проблему в жінок у постменопаузі, що виникає, коли рівень утворених ендогенно естрогенів не стане нижче естрогенної активності, необхідної для стимуляції проліферації ендометрія, що становить близько 50 нг/мл [1, 11].

За даними мікроскопії, в період менопаузи відбувається зменшення в слизовій оболонці вмісту глікопротеїну, потоншується чи місцями зовсім зникає мукополісахаридний шар, з'являються ознаки демієлінізації нервових закінчень, унаслідок чого відбувається перебудовування слизової сечею як агресивним середовищем, згодом (на тлі хронічного запалення) спостерігаються дистрофія й атрофія всіх шарів стінки сечового міхура

з клінічною картиною неутримання сечі різного ступеня тяжкості. При електронній мікроскопії спостерігається зміна властивостей міоцитів: зменшення чи відсутність нормальних міжклітинних зв'язків, зближення міжклітинних меж, випинання клітинних мембран із приєднанням до сусідніх міоцитів. Такі зміни спричиняють швидке поширення збудження з наступним хронічним скороченням м'язової стінки детрузора та сфінктера, що супроводжується їх ішемією, а це ще більшою мірою ускладнює перебіг і прогноз захворювання. Із цієї самої причини значно знижуються антибактеріальні властивості слизової – розвивається локальна імунодепресія, що зумовлює частіше атак бактеріального циститу [3, 7].

Фактори, котрі запобігають розвитку інфекції нижніх сечовивідних шляхів:

- механічний ефект унаслідок антеградного відтоку сечі;
- наявність мукополісахаридного шару сечового міхура;
- низький рН і висока осмолярність сечі;
- наявність IgA в сечі;
- інгібування бактеріального зчеплення [8, 12].

Одне із завдань фітотерапії полягає саме в поліпшенні механізму самоочищення сечових шляхів через стимуляцію діурезу. Сам акт сечовипускання є природним механізмом захисту від інвазії збудників сечової інфекції, тому збільшення діурезу є обов'язковим заходом для її успішного лікування. Рослинні діуретики більше впливають на водний діурез (акварез), аніж на діурез як такий (за рахунок збільшення ниркового кровотоку чи участі в осмотичних процесах). Активними речовинами, відповідальними за акваретичний ефект рослинних препаратів, зазвичай є ефірні олії, флавоноїди, сапоніни, похідні ксантину та глікозиди [2, 11, 15].

Хоча для лікування ІСШ в арсеналі уролога є високо-ефективні медикаменти – антибіотики й уроантисептики, існує потреба у високоефективних рослинних лікарських препаратах. Фітопрепарати демонструють свою особливу цінність насамперед при лікуванні хронічних захворювань, коли необхідна тривала терапія. Не в останню чергу це пов'язано також із тим, що багато пацієнтів хочуть отримувати м'яке природне лікування.

Одним із сучасних ефективних рослинних засобів для лікування ІСШ є Уронефрон® – комбінований препарат рослинного походження вітчизняного виробництва, що має протизапальну, сечогінну, спазмолітичну й антимікробну дію. Сечогінна дія зумовлена похідними флавону, інозитом, сапонінами та силікатами. Останні також посилюють виведення сечової кислоти при уратних відкладеннях у нирках. Препарат запобігає кристалізації мінеральних компонентів у сечовивідних шляхах, сприятливо впливає на збереження рівноваги між колоїдами та кристалоїдами сечі. Сапоніни зменшують поверхневий натяг, утворюють захисні колоїди й емульгують патогенні компоненти сечі, запобігають утворенню піску та каменів у нирках.

Лушпиння цибулі ріпчастої містить ефірну олію (до 0,15%), вітамін С, рибофлавін, тіамін, каротиноїди, фітинову, лимонну та яблучну кислоти, цукри (глюкозу, фруктозу, сахарозу), флавоноїди, сполуки калію, заліза, марганцю, цинку та кобальту; має протизапальну дію.

Кореневище пирію повзучого містить полісахариди, цукри, спирти, глікозиди, вітаміни, ефірні та жирні олії, органічні кислоти. Основна дія – діуретична, регулювання обміну речовин.

Листя берези містить ефірні олії, сапоніни, дубильні речовини, смоли, аскорбінову та ніотинову кислоти. Основна дія – діуретична, жовчогінна, спазмолітична, протизапальна.



І.Б. Венцівська



О.Д. Нікітін

Насіння пажитнику містить тригонелін, ніотинову кислоту, рутин, стероїдні сапоніни та фітостерини, флавоноїди, ефірні олії. Основна дія – протизапальна, загальнозміцнювальна, ранозагоювальна.

Корінь петрушки кучерявої містить апоніл, миристицин, флавоноїди. Основна дія – діуретична, протизапальна, літолітична.

Трава золотушника звичайного містить флавоноїди: кемпферол, кверцетин і їхні глікозиди – астрагалін, рутин. Основна дія – діуретична, антибактеріальна, протизапальна.

Хвоць польовий містить флавоноїди: похідні апігеніну, лютеоліну, кемпферолу, кверцетину, а також фенолкарбонові кислоти, дубильні речовини, сапоніни. Основна дія – діуретична, протизапальна, літолітична, дезінтоксикаційна.

Трава гірчака пташиного містить флавоноїди, фенол-кислоти, каротин, аскорбінову кислоту, дубильні речовини. Основна дія – діуретична, кровоспинна.

Надземна маса та корені любистку лікарського містять ефірну олію (у свіжих коренях – 0,1-0,2%, у сухих – 0,6-1,0%), цукри, органічні кислоти, мінеральні речовини, смоли, крохмаль. До складу ефірної олії входять терпінеол, цинеол, оцтова, ізовалеріанова та бензойна кислоти. Основна дія – сечогінна, протизапальна.

Компоненти, котрі входять до складу рослинного лікарського засобу Уронефрон®, виявляють комплексну активність, що проявляється в протизапальній дії й усуненні спазму сечовивідних шляхів, сечогінному, вазодилатаційному ефектах, а також зумовлюють ефективність антимікробної дії препарату.

Отже, стає зрозумілим інтерес до Уронефрону з огляду на його застосування як монотерапії в жінок репродуктивного та менопаузального віку з хронічним циститом. Як відомо, такі жінки мають значний стаж малоуспішного лікування із застосуванням естрогенів, антибактеріальних препаратів, які неодноразово спричиняли дисбактеріоз, кандидоз й інші ускладнення. Застосування Уронефрону такими пацієнтками вбачається цілком виправданим, що зумовлено механізмом його дії та безпечністю.

## Матеріали та методи

Мета дослідження: оцінити ефективність препарату Уронефрон® у лікуванні жінок активного репродуктивного віку та менопаузального періоду, хворих на хронічний рецидивуючий цистит.

Завдання дослідження: порівняти частоту рецидивів хронічного циститу у двох груп хворих – із застосуванням лікарського засобу Уронефрон® як монотерапії та без його використання.

Критерії для включення в дослідження:

- ✓ встановлений діагноз «хронічний цистит» у жінок активного репродуктивного віку та менопаузального періоду;
- ✓ наявність 2 загострень протягом 6 міс або понад 3 загострень протягом року;
- ✓ інформована письмова згода пацієнток на участь у дослідженні.

До плану обстеження було включено аналіз скарг пацієнток, збір анамнезу, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження сечі.

До випробування залучили дві групи пацієнток. Основна група (30 пацієнток) як монотерапію отримувала Уронефрон® по 1 таблетці 3 р/день періодичними курсами тривалістю 30 днів з інтервалом 30 днів (протягом 6 міс). До контрольної групи входили 30 хворих із хронічним циститом, які не отримували лікування препаратом Уронефрон®; вони приймали антибактеріальну терапію під час загострень і рослинні діуретики.

Продовження на стор. 22.

І.Б. Венцівська, д.м.н., професор, завідувачка кафедри акушерства і гінекології № 1,  
О.Д. Нікітін, д.м.н., професор кафедри урології, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

## Фітотерапія хронічного рецидивуючого бактеріального циститу в жінок репродуктивного та менопаузального віку

Продовження. Початок на стор. 21.

Щодо пацієнок менопаузального віку застосовувалася локальна естрогенотерапія.

Хворих спостерігали протягом 6 міс; обстеження проводилося перед лікуванням і після його завершення. Загальний аналіз сечі виконувався також під час загострень захворювання.

Характеристику пацієнок основної групи та групи порівняння, котрі брали участь у дослідженні, наведено в таблиці 1.

Отже, жінок активного репродуктивного віку в основній групі було 16 (53,3%), у групі порівняння – 13 (43,3%); менопаузального віку: в основній групі – 14 (46,7%), у групі порівняння – 17 (56,7%).

У 12 (40%) пацієнок основної групи та 14 (46,7%) групи порівняння стаж захворювання становив до 3 років, у 18 хворих (60%) основної групи та 16 (53,3%) групи порівняння – понад 3 роки.

### Результати дослідження

Аналізуючи ефективність лікування пацієнок обох груп, слід зауважити, що 93,3% хворих основної групи та 90% групи порівняння відзначили позитивний результат проведеної терапії.

У разі хронічного рецидивуючого циститу одним з основних критеріїв ефективності лікування є тривалість безрецидивного періоду. Зрозуміло, що з метою профілактики рецидивів неможливо постійно приймати уроантисептики чи антибіотики. На відміну від цього фітотерапію та фітопрофілактику можна застосовувати тривалий час або постійно без ускладнень і побічних ефектів.

Безрецидивний період в основній групі достовірно збільшився – з 1,7 міс до лікування до 3,2 міс – після (відмінність достовірна;  $p < 0,05$ ). У групі порівняння також відзначено збільшення безрецидивного періоду, але не таке істотне – з 1,6 до 2,1 міс.

Динаміку безрецидивного періоду наведено на рисунку 1.

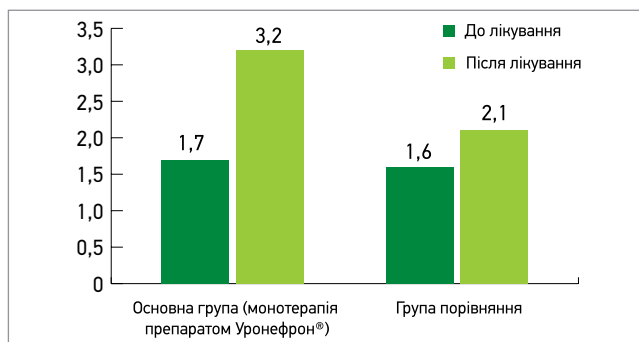


Рис. 1. Безрецидивний період у пацієнок із хронічним рецидивуючим циститом

Наступний критерій, який певною мірою може оцінювати ефективність протирецидивної терапії хронічного циститу, – діурез; його збільшення позитивно впливає на ефективність лікування, оскільки це активує процес природного захисту від уротеліальної інвазії збудників сечової інфекції. В основній групі хворих, які застосовували Уронефрон®, діурез збільшився на 0,7 л: з 1,1 до лікування до 1,8 л – після (відмінність статистично достовірна;  $p < 0,05$ ). У групі порівняння динаміка змін діурезу така: 1,3 л до лікування, 1,4 л – після (відмінність статистично недостовірна; табл. 2). Безумовно, цей фактор має безпосередній вплив на тривалість безрецидивного періоду.

Зважаючи на фактор зростання діурезу при застосуванні Уронефрону, виникає таке запитання: як це впливає на біохімічні показники крові та її електролітний склад? Зрозуміло, що для хворих на хронічний цистит не є характерним електролітний дисбаланс крові, але оцінка динаміки цих показників у процесі лікування вбачається цілком слушною.

У таблиці 3 наведено динаміку основних біохімічних та електролітних показників крові, котра відзначає відсутність істотних змін у разі призначення препарату Уронефрон®, що ще раз підтверджує абсолютну безпеку його застосування.

Важливим аспектом впливу Уронефрону є його уроантисептичний ефект, зумовлений не лише акваретичною, але й протимікробною та протизапальною дією.

Ми провели дослідження щодо динаміки лейкоцитурії у 20 хворих основної групи та 21 пацієнтки групи порівняння безпосередньо під час загострення захворювання, тобто в момент рецидиву. Аналіз сечі виконувався перед курсом терапії й одразу після її завершення (через 10 днів). Динаміку лейкоцитурії наведено на рисунку 2; вона характеризує достатню ефективність лікарського засобу Уронефрон® порівняно з уроантисептиками.

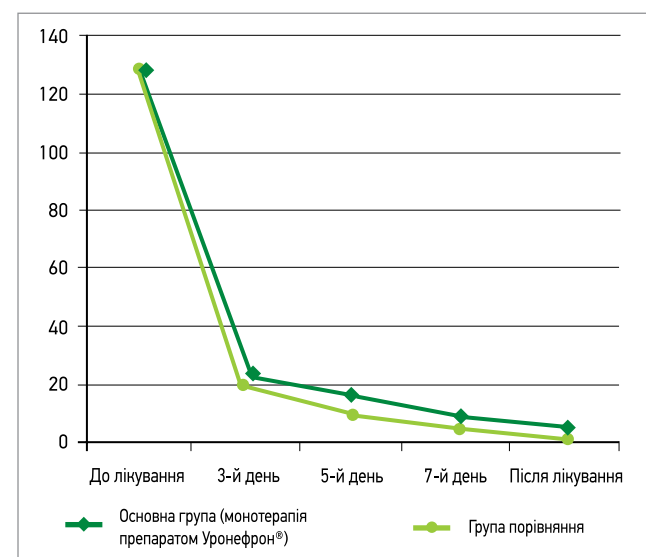


Рис. 2. Динаміка лейкоцитурії у хворих основної групи та групи порівняння в процесі лікування

Ще один важливий фактор, який характеризує ефективність препарату Уронефрон®, – це вплив на такий показник, як бактеріурія.

Бактеріурію знайдено в 73,3% пацієнок основної групи до лікування й лише в 10% – після. Серед хворих групи порівняння ( $n=30$ ) бактеріурія спостерігалася в 76,6% пацієнок до лікування та в 30,0% (через 6 міс спостереження) різниця була статистично достовірною ( $p < 0,05$ ) (табл. 4).

Однією з найсуттєвіших переваг застосування лікарського засобу Уронефрон® є практично повна відсутність побічних ефектів та ускладнень. Серед пацієнок основної групи ми не спостерігали проявів побічної дії терапії.

Водночас у групі порівняння ускладнення спостерігалися в 9 (30%) пацієнок, зокрема кишкові розлади – у 3 (10%), печія – у 2 (6,7%), кандидоз – у 2 (6,7%), нудота – у 1 (3,3%), алергічний шкірний висип – у 1 (3,3%).

У 2 випадках (6,7%) хворі мусили припинити прийом препарату внаслідок побічної дії. Усі пацієнтки основної групи змогли завершити повний курс лікування.

Загалом було проведено 90 стандартних курсів лікування препаратом Уронефрон®: 18 хворих (60,0%) відзначили відмінний клінічний ефект, 10 (33,3%) – позитивний, а у 2 випадках (6,7%) ефект був задовільним. Усі пацієнтки спостерігали зменшення симптомів, болю в ділянці сечового міхура, а також збільшення інтервалів між загостреннями захворювань, тоді як загострення перейшли в легшу форму, ніж до лікування Уронефроном.

Дуже цінним було рослинне походження препарату Уронефрон®, адже при достатній клінічній ефективності цей засіб позбавлений побічних ефектів і небажаних наслідків використання антибіотиків.

Отже, при лікуванні хронічної рецидивуючої бактеріальної інфекції нижніх сечових шляхів, яка є однією з проблемних тем в урологічній і гінекологічній практиці, рослинний препарат Уронефрон® є ефективним і безпечним засобом.

### Висновки

- Загалом 93,3% жінок активного репродуктивного віку та менопаузального періоду з хронічною рецидивуючою інфекцією нижніх сечових шляхів відзначили позитивний ефект лікування, що зумовило збільшення періоду ремісії захворювання на 1,5 міс.

- Прийом препарату Уронефрон® не впливає на електролітний склад крові та не зумовлює виникнення побічних ефектів на відміну від групи порівняння, де ускладнення були зафіксовані в 30% випадків.

- Наявність вищезазначених позитивних ефектів лікарського препарату Уронефрон® зумовлює доцільність його використання як засобу ефективного лікування та методу профілактики рецидивів у жінок активного репродуктивного віку й менопаузального періоду з хронічним бактеріальним циститом.

Список літератури знаходиться в редакції.

Характеристика хворих	Основна група (монотерапія препаратом Уронефрон®)		Група порівняння	
	n	%	n	%
Пацієнтки репродуктивного віку	16	53,3	13	43,3
Пацієнтки менопаузального віку	14	46,7	17	56,7
Тривалість захворювання до 3 років	12	40,0	14	46,7
Тривалість захворювання понад 3 роки	18	60,0	16	53,3

Період	Основна група (монотерапія препаратом Уронефрон®)	Група порівняння
До лікування	1,1 л	1,3 л
Після лікування	1,8 л (+0,7 л)	1,4 л (+0,1 л)

Біохімічний аналіз крові (ммоль/л)	Основна група (монотерапія препаратом Уронефрон®)		Група порівняння	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Сечовина	6,4±0,7	6,3±0,5	6,7±0,8	6,5±0,5
Креатинін	0,087±0,0013	0,085±0,0014	0,086±0,0009	0,088±0,0008
Натрій	136±1,4	137±2,1	135±1,7	136±1,4
Калій	4,8±0,2	4,7±0,3	4,5±0,5	4,6±0,2
Хлор	107±4,2	106±3,6	108±3,1	108±3,5

Збудник	Основна група (монотерапія препаратом Уронефрон®)		Група порівняння	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
<i>Escherichia coli</i>	13 (43,3%)	1 (3,3%)	12 (40,0%)	3 (10%)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	2 (6,7%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2 (6,7%)	–	–	1 (3,3%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	4 (13,3%)	1 (3,3%)	6 (20,0%)	2 (6,7%)
<i>Streptococcus anhaemolyticus</i>	–	–	1 (3,3%)	1 (3,3%)
<i>Streptococcus faecalis</i>	1 (3,3%)	–	2 (6,7%)	1 (3,3%)

# УРОНЕФРОН

КОМБІНОВАНИЙ ЛІКАРСЬКИЙ  
ЗАСІБ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ<sup>1,2</sup>

Показаний для лікування у комплексній  
терапії інфекційних і запальних  
захворювань сечовидільної системи<sup>1,2</sup>

ПРОТИЗАПАЛЬНА ДІЯ<sup>1,2</sup>  
СПАЗМОЛІТИЧНА ДІЯ<sup>1,2</sup>  
АНТИМІКРОБНА ДІЯ<sup>1,2</sup>  
СЕЧОГІННА ДІЯ<sup>1,2</sup>



НАЦІОНАЛЬНИЙ  
ВИРОБНИК  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ  
ЄВРОПЕЙСЬКОГО  
РІВНЯ

1 - Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Уронефрон таблетки

2 - Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Уронефрон краплі

Назва препарату: Уронефрон краплі, Уронефрон таблетки.

Характеристика: засіб, що сприяє розчиненню сечових конкрементів. Код АТХ G04BC. Лікувальні властивості: Уронефрон – комбінований препарат рослинного походження. Чинить протизапальну, сечогінну, спазмолітичну та антимікробну дію. Сприяє виведенню піску та дрібних конкрементів, запобігає збільшенню конкрементів або появі нових. Можлива побічна дія: алергічні реакції (висипання, кропив'янка, свербіж), при підвищеній чутливості до УФ-променів можлива фотосенсибілізація, в окремих випадках – нудота, порушення смакових відчуттів. З приводу більш детальної інформації про лікарський засіб ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування Уронефрону.

Виробник ПАТ «Фармак», вул. Фрунзе, 63, м. Київ, 04080, Україна;

Додаткова інформація за тел.: +38(044)496-87-87, e-mail: info@farmak.ua. РП №UA/11226/02/01 від 18.11.2015; РП №UA/14570/01/01 від 19.08.2015

Реклама лікарського засобу. Інформаційний матеріал для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначений для лікарів та медичних установ, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної тематики.

УКР/ПРОМО/03/2019/УРО/ДМ/001