

Е.Д. Дука, д.м.н., профессор, Т.В. Ярошевская, Т.Г. Каратаевская, Е.В. Медведская, Н.В. Мишина, В.А. Минакова, Н.В. Чабан, Днепропетровская государственная медицинская академия, детская городская клиническая больница № 2

Использование растительного препарата Канефрон Н в комплексном лечении детей с гломерулопатиями

Гломерулопатии представляют собой гетерогенную группу заболеваний почек, терапевтические подходы при которых, несмотря на значительные успехи современной медицины, требуют дальнейшего развития.

Воспалительные процессы в почечной паренхиме нарушают структуру и функцию канальцевой и клубочковой систем нефрона, что способствует развитию и прогрессированию протеинурии [3, 4].

Актуальность проблемы гломерулопатий определяется тяжестью прогноза заболевания, прогрессированием процесса вплоть до развития хронической почечной недостаточности. В последние годы убедительно показано, что выраженная и длительная протеинурия оказывает на эпителий канальцев токсическое действие. Процесс реабсорбции профильтровавшихся белков активирует эпителий проксимальных канальцев, что приводит к избыточной продукции воспалительных и вазоактивных веществ. Молекулы этих веществ секретируются через базальные отделы клетки в интерстиций, обуславливая воспалительную реакцию и последующее развитие нефросклероза [3]. В связи с этим одним из приоритетных направлений в терапии гломерулопатий является нефропротекция и борьба с протеинурией.

В настоящее время в лечении хронической болезни почек изучено и доказано нефропротективное действие ингибиторов АПФ, которые эффективны для уменьшения потери белка при длительном приеме, однако при этом возрастает опасность развития побочных эффектов, что особенно неблагоприятно в педиатрической практике. В связи с этим перспективным дополнительным направлением патогенетической терапии при гломерулопатиях является использование высококачественных растительных препаратов, способствующих уменьшению протеинурии. В отличие от синтетических препаратов, они, как правило, хорошо переносятся, редко вызывают побочные эффекты и не имеют значительных ограничений по продолжительности приема [1, 2]. К таким лекарственным средствам относится комбинированный препарат растительного происхождения Канефрон Н («Бионорика АГ», Германия), фармакологические свойства которого позволяют обосновать его применение в терапии детей с персистирующей протеинурией, вызванной различными вариантами гломерулопатий. Эффективность Канефрона Н также обусловлена его противовоспалительным, мягким диуретическим, спазмолитическим, вазодилатирующим и антибактериальным действием, что актуально в профилактике вторичных инфекций мочевых путей у детей с гломерулопатиями.

Целью данной работы было изучение эффективности фитопрепарата Канефрон Н в лечении и профилактике рецидивов при гломерулопатиях у детей, а также его антипротеинурического эффекта.

Фармакологическая характеристика препарата

Канефрон Н представляет собой комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий стандартизованные экстракты травы золототысячника (*Herba Centaurii*), корня любистка (*Radix Levistici*) и листьев розмарина (*Folia Rosmarini*). Растительные компоненты, входящие в состав препарата, оказывают комплексное воздействие на почки и мочевыводящие пути: мягкое диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое и антибактериальное действие, поддерживают физиологические значения рН мочи. Канефрон Н уменьшает проницаемость почечных капилляров, оказывая тем самым антипротеинурическое действие. Указанные фармакологические свойства свидетельствуют о целесообразности использования препарата в комплексной терапии гломерулопатий у детей.

Немаловажно, что качество препарата обеспечено инновационными технологиями изготовления и контролем на всех этапах производства, что отражается в философии компании – философии фитонинга (от *phyto* – растительный, *engineering* – разработка, технология).

Материалы и методы

Нами обследовано 72 ребенка от 2 до 17 лет (44 мальчика и 28 девочек) с различными вариантами гломерулопатий: острый, хронический гломерулонефрит, наследственный нефрит. Ведущим в клинике у наблюдавшихся детей был мочевоый синдром в виде гематурии и протеинурии. Лейкоцитурия выявлена всего у 6 (8,3%) детей. Нарушение азотовыделительной и концентрационной функций почек отмечалось у 9 (47,4%) детей с наследственным нефритом, у 7 (41,2%) с острым гломерулонефритом и у 23 (63,9%) – с хроническим. Еще один патогномичный признак гломерулопатий – синдром артериальной гипертензии – выявлен у 13 (18,1%) детей до начала лечения, но быстро купировался благодаря использованию ингибиторов АПФ.

Большинство детей было обследовано в периоде ремиссии клинико-лабораторных показателей или частичной клинико-лабораторной ремиссии заболевания, а 10 (13,9%) детей – в остром периоде хронического гломерулонефрита. Дети с нефротическим синдромом в исследовании не включались. Возрастные группы детей, включенных в исследование, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Возрастные группы детей, включенных в исследование

Клинические группы	Возрастные группы				Общее количество больных
	2-3 года	4-6 лет	7-11 лет	12-17 лет	
Хронический гломерулонефрит	0	1	11	24	36
Острый гломерулонефрит	2	5	5	5	17
Наследственный нефрит	5	3	6	5	19
Всего	7	9	22	34	72

Таблица 2. Группы пациентов в соответствии с нозологией и выбранным лечением

Нозологические группы	Хронический гломерулонефрит	Острый гломерулонефрит	Наследственный нефрит	Общее количество больных
I группа (ингибиторы АПФ + Канефрон Н)	11	8	9	28
II группа (Канефрон Н)	25	9	10	44
Всего	36	17	19	72

В зависимости от вариантов проводимой терапии все дети были разделены на две группы. Дети I группы получали ингибиторы АПФ в сочетании с Канефроном Н, а II группы – Канефрон Н в виде монотерапии без ингибиторов АПФ. В остром периоде хронического гломерулонефрита проводилась также антибактериальная терапия. Распределение детей по группам в соответствии с нозологией и выбранной тактикой лечения представлено в таблице 2.

Результаты и их обсуждение

В ходе проведенного исследования было показано, что в обеих клинических группах на фоне терапии отмечались улучшение самочувствия пациентов и положительная динамика клинических проявлений заболевания, а именно: гематурии, протеинурии, лейкоцитурии, а также азотовыделительной и концентрационной функций почек. Полученные обобщенные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты проведенного лечения

Группы больных	Наличие обострения		Сохранение ремиссии	Общее количество больных
	В течение 3 месяцев	В течение 6 месяцев		
I группа (ингибиторы АПФ + Канефрон Н)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	25 (89,3%)	28
II группа (Канефрон Н)	2 (4,6%)	3 (6,8%)	39 (88,6%)	44
Всего	3 (4,2%)	5 (6,9%)	64 (88,9%)	72

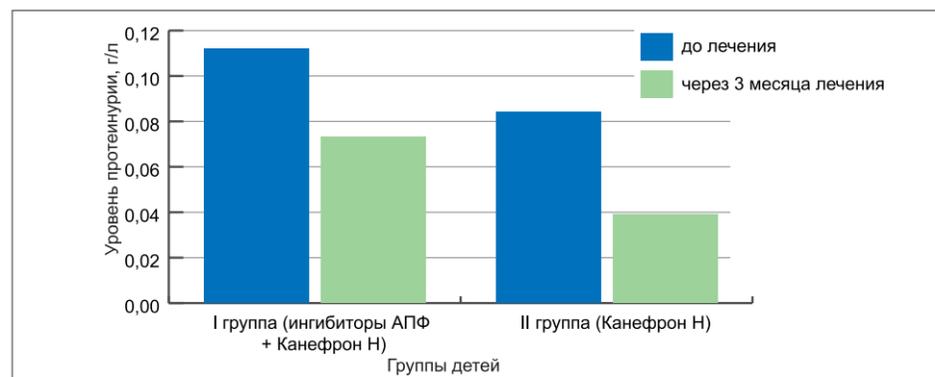


Рис. Уровень протеинурии у детей в зависимости от проводимой терапии

Мы назначали фитопрепарат Канефрон Н в возрастной дозе 3 раза в день: детям до 5 лет – по 15 капель, от 6 до 12 лет – по 25 капель или по 1 драже, старше 12 лет – по 50 капель или по 2 драже. Общая длительность лечения составила 3 месяца. Предпочтение отдавали препарату в форме капель, драже назначали тем школьникам, у которых возникали затруднения с использованием капель согласно их режиму дня. Общая длительность наблюдения в среднем составила 6 месяцев.

Критериями оценки эффективности применения Канефрона Н были отсутствие клинических проявлений заболевания и мочевого синдрома после 3 месяцев проводимой терапии и через 6 месяцев от начала лечения оценивали также результаты по динамике уровня протеинурии.

Количество обострений гломерулопатий у детей I и II групп в течение 3 месяцев проведенного лечения и 6 месяцев наблюдений было сопоставимым. Спустя 6 месяцев после начала лечения ремиссия сохранялась также у сравнимого количества пациентов обеих групп, в среднем у 88,9% обследованных детей, что свидетельствует о сравнимой эффективности терапии I и II групп. Достоверные различия по критерию Фишера в обеих группах при оценке эффективности нефропротекторной терапии ингибиторами АПФ с включением Канефрона Н и в виде монотерапии фитопрепаратом Канефрон Н при этом отсутствовали. На основании полученных данных можно предположить сопоставимую эффективность синтетических препаратов и Канефрона Н в профилактическом лечении детей с

phytoneering Розкриваючи силу рослин

Гармонія лікування

Канефрон® Н

При запальних захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів

- Має оптимальну комбінацію фармакологічних ефектів для лікування та профілактики в будь-якому віці
- Сприяє підвищенню ефективності антибактеріальної терапії
- Є ідеальним препаратом для тривалого застосування

BIONORICA
The phytoneering company

“Бионорика АГ” (Німеччина)
Представництво в Україні:
02094, м. Київ, вул. Мінська, 9, 1-й поверх, секретний вхід
Тел.: (044) 575-92-03, факс: (044) 451-83-09
E-mail: office@bionorica.com.ua

Р.П. № UA/4708/02/01 від 03.07.06
Р.П. № UA/4708/01/01 від 03.07.06
Перед використанням ознайомтеся з інструкцією

гломерулопатиями, но при этом следует учесть немногочисленность групп обследованных больных.

Интересные данные получены при изучении динамики протеинурии. В I группе детей, получавших терапию ингибиторами АПФ в сочетании с Канефроном Н в течение 3 месяцев, уровень потери белка уменьшился по сравнению с исходным в

Таблица 4. Динамика протеинурии на фоне лечения в исследуемых группах

	До лечения, г/л	Через 3 месяца лечения, г/л
I группа, n=12	0,112±0,078	0,073±0,047
II группа, n=21	0,084±0,066	0,039±0,027

среднем на 34,8%, а во II группе на фоне монотерапии Канефроном Н – на 53,6%. Влияние лечения Канефроном Н на уровень протеинурии представлено в таблице 4 и на рисунке.

Таким образом, положительные результаты лечения достигнуты в обеих группах больных как с включением ингибиторов АПФ, так и без них, но количество детей в наблюдаемых группах не дает возможности говорить о достоверности отличий между ними.

Побочных действий при использовании предложенной терапии в обеих группах детей с гломерулонефритом и наследственным нефритом не наблюдалось. Переносимость фитопрепарата Канефрон Н во всех случаях была хорошая.

Выводы

1. Учитывая комплекс фармакологических эффектов фитопрепарата Канефрон Н на почки и мочевыводящие пути (противовоспалительное, мягкое диуретическое, спазмолитическое, вазодилатирующее и антибактериальное действие), а также антигипертензивное и нефропротекторное свойства ингибиторов АПФ, целесообразно использование такой комбинации препаратов в лечении гломерулопатий у детей.

2. На основании полученных данных можно предположить сопоставимую эффективность синтетических препаратов и Канефрона Н в профилактическом лечении детей с гломерулопатиями, но следует учесть немногочисленность групп обследованных больных.

3. Использование Канефрона Н у детей с нефропатиями в течение 3 месяцев приводит к достоверному снижению уровня протеинурии, поэтому он может быть использован в качестве препарата с нефропротекторными свойствами при лечении гломерулопатий у детей. При этом открытым остается вопрос относительно длительности сохранения антипротеинурического эффекта у детей с гломерулопатиями, что требует дополнительного наблюдения и, возможно, у большего количества пациентов.

4. В дальнейшем представляется интересным проведение отдельного исследования с целью подтверждения эффективности монотерапии Канефроном Н в сохранении ремиссии гломерулопатий у детей в более многочисленных группах и в более отдаленные сроки наблюдения.

5. Побочных действий в данном исследовании зарегистрировано не было, что свидетельствует о хорошей переносимости выбранной комбинации препаратов и монотерапии фитопрепаратом Канефрон Н в частности.

Литература

- Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Кушниренко С.В., Крот В.Ф., Таран Е.И. Терапевтические возможности препарата Канефрон Н в лечении инфекций мочевых путей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и метаболическим синдромом // Здоровье Украины. – 2004. – № 21 (106). – С. 1-4.
- Никула Т.Д. Клінічна ефективність Канефрону Н // Здоров'я України. – 2002. – № 9 (58). – С. 45.
- Основы нефрологии детского возраста / А.Ф. Возианов, В.Г. Майданник, В.Г. Бидный, И.В. Багдасарова. – К.: Книга-плюс, 2002. – 349 с.
- Шилов Е.М. Лечение гломерулонефрита: достижения, проблемы, перспективы // Росс. Мед. Журн. – 2000. – № 6. – С. 3-8.
- Yokozawa T., Dong E., Kawai Y., Gemba M. Protective effect of some flavonoids on the renal cellular membrane // Exp. Toxic. Pathol. – 1999. – № 51. – P. 9-14.

