



esparma

БЛЕМАРЕН

ВИ БЕЗТУРБОТНІ — ВІН ПРАЦЮЄ...

- **Ефективна профілактика** первинного та повторного камнеутворення
- **Розчинення «піску» та каменів:**
 - сечокислих
 - змішаних уратно-оксалатних
 - змішаних конкрементів, що містять кальцій
- **Підготовка до ДЛТ і подальшого лікування**

Шипучі таблетки № 80 Blemaren
Для лікування і профілактики сечокам'яної хвороби

Для прийому внутрішньо після розчинення у воді.
Середньодобова доза становить 2-8 шипучих таблеток.
Безпечна, універсальна препаративна формація для пацієнта.
Зберігати при температурі не вище 30°C у сухому, недоступному для дітей місці. Щільно закривати контейнер!
Відкривати без рецепта.

ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ЦИТРАТНОЇ ТЕРАПІЇ

- нормалізує рН сечі
- збільшує концентрацію цитрату сечі (природного інгібітора кристалізації)
- знижує рівень активного Ca^{2+}

www.esparma.com.ua

Проблема нефролітиаза і профілактика повторного камнеобрановання

По матеріалам с'їзда Асоціації урологів України (16-18 сентября, г. Одесса)

Мочекам'яна хвороба (МКБ) представляє собою одну з ключових проблем урології, без обговорення якої не обходиться ні один науковий форум, присвячений питанням профілактики і лікування захворювань мочевидільної системи. Закономерно, що в рамках с'їзда Асоціації урологів України освіщалися різні аспекти ведення хворих МКБ. Особливий акцент був зроблений на профілактику повторного нефролітиаза.

Ету тему в ході секційного засідання «Актуальні питання урології» освіщив науковий співробітник Інституту урології НАМН України, завідувач кафедри урології НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Валерій Семенович Дзюрак.



— В зв'язі з широкою розповсюдженістю, особливостями розвитку і течення МКБ остається однією з актуальних проблем сучасної медицини. В останні десятиліття помічена тенденція до підвищення частоти цього захворювання, зв'язана з збільшенням впливу ряду несприятливих факторів середовища на організм людини. Сьогодні МКБ — одне з найбільш розповсюджених урологічних захворювань — зустрічається не менше ніж у 1-3% дорослого населення, причому найбільш часто у осіб в віці 20-50 років. В структурі захворюваності урологічної патологією такі хворі складають 25%.

В нинішнє час при встановленні діагнозу МКБ лікарі все ще обмежують описом локалізації каменя і не вказують конкретний вид нефролітиаза. В такому випадку навіть після видалення конкремента одним із сучасних методів лікування не можна назвати повноцінним і ефективним. Видалення конкремента — тільки частина задачі, тому необхідна грамотна профілактика наступного камнеобрановання.

МКБ, по суті, представляє собою процес формування патологічного біомінерала в органах мочевидільної системи, існуючих резервуарного строення, і не зникає після видалення каменя. По даним У. Blackman (1985), частота рецидива МКБ після видалення конкремента складає 50-60%. Правильний вибір профілактичної терапії для конкретного пацієнта можливий тільки в тому випадку, коли відомий тип нефролітиаза, якому відповідає певне порушення обмінних процесів.

Як відомо, існує декілька типів нефролітиаза, із яких найбільш розповсюджені мочецидний (встрічається в 29,7% випадків), фосфорнокислий (22,4%), а також шавелевокислий (42,2%); на інші види нефролітиаза припадає не більше 5,7% (В.С. Дзюрак, 2010). При кожному типі нефролітиаза існують свої фактори, сприяючі камнеобранованню, що обумовлює різницю в підходах до терапії і профілактики.

Возникновіттю гіпероксалурії сприяє дефіцит вітаміну В₆, підвищений рівень вітаміну С, підвищене вживання їжі шавелевої кислоти і її предшественників. Причини гіперфосфатурії можуть слугувати каналцевою ацидозом, дефіцитом вітаміну D, гіперфункцією щитовидної і паращитовидної залоз, особливостями харчування.

Що стосується гіперкальциурії ($Ca > 5$ ммоль/сут), викидають симптоматичну, виникаючу при патологічних станах (наприклад, остеомиеліт, туберкульоз, акромегалія, гіподинамія, травми кісток), а також ідіопатичну форму, супроводжену підвищенням всмоктуваності Ca і його секреції нирками.

В цілому для формування ниркового каменя необхідно одночасне наявність трьох факторів:

- переходу білка мочи із стану золя в стану гелю (органічний компонент виступає в ролі «затравки» при камнеобранованні);
- зміни показателя концентрації водородних іонів (рН) мочи (при різних видах нефролітиаза показателі рН відрізняються);
- перенасичення мочи камнеобрановуючими речовинами (уратами, оксалатами, фосфатами, Ca , Mg).

Процес формування мочевого каменя проходить в декілька етапів. Так, дія деяких факторів провокує каменний криз, агрегацію кристалів, формування мікроліта, внаслідок чого відбувається камнеобрановання. Однак в тому випадку адекватного медикаментозного впливу навіть на етапі утворення мікроліта можливе зворотне розвиток. Важливо підкреслити, що агрегація камнеобрановуючих кристалів в час від часу відбувається у кожного людини, однак далеко не завжди вона призводить до розвитку МКБ.

Знання механізмів камнеобрановання відкриває можливості для грамотної профілактики і терапії. Сьогодні ефективне консервативне лікування можливе тільки при мочецидному нефролітиазі з використанням препаратів, що містять солі лимонної кислоти (в частині, препарату Блемарен). Консервативна терапія Блемареном впливає на кислотно-основний баланс мочи, сприяє підтриманню рН в межах 6,2-6,8. Ето створює оптимальні умови для розчинення кристалів мочевої кислоти. Довготривале застосування даного препарату призводить до розчинення мочецидних каменів, а також запобігає їх утворенню в майбутньому. Крім того, застосування Блемарена виправдане при наявності мочецидно-кальцій-оксалатних каменів.

Препарат Блемарен, підтвердивши свою безпеку і ефективність в ряду досліджень, широко застосовується в профілактиці МКБ. Препарат ефективний в ліченні мочецидного нефролітиаза, а також застосовується з метою метапрофілактики МКБ після видалення конкремента на етапі лікування.

В той же час не можна забувати про вплив на третій фактор камнеобрановання — насиченість мочи камнеобрановуючими речовинами. Для цього застосовують діуретики, а також інгібітори кристалізації мочи, такі як цитрати.

Висновок необхідно підкреслити, що визначення типу нефролітиаза — важливий аспект діагностики, який незаслужено ігнорується практикуючими урологами. При цьому визначення складу каменя не представляє особливих складнощів і може здійснюватися виходячи з форми і структури конкремента. Лікування і профілактику МКБ необхідно проводити під наглядом лікаря з постійним контролем рН мочи.

Підготувала Катерина Котенко
Фото автора