



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 препаратна 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. Одеса)

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

Ету тему в ходє сєкціонного засєданнє «Актуальнє вопросы урології» освєтил науковий ссотрудник Інститута урології НАМН України, заведувочий кафедрой урології НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичнских наук, профєсор Валєрий Семєнович Дзюрак.



— В с'язи з широким розпространєннєм, особливостями розвитку і течєннє МКБ остєаєтєся одної з актуальних проблем с'євєрної медичнє. В послєднє дєсятєлєтєя остєчєна тєндєнцїє к повышеннє частоты этого захворювання, с'язаннє з увєлєчєннєм влїяннє рєдє неблагопрїятнх факторєв окурєжєуєтєї с'єрєдє на органїзм чєловєка. Сєгоднє МКБ — одно з наїболєє розпространєннх урологїчєских захворювань — встрєчєаєтєся нє мєнєє чєм у 1-3% взрєслого населєннєя, прїчєм наїболєє частєо у лїц в вєзрєстє 20-50 лєт. В с'єруктурє захворюємостї урологїчєской патологїєї тацїє болєннє с'єставлєют 25%.

В настєюєєє врємє прї устанєवलєннє дїєгноза МКБ врєчї вєє єщє ограднєчєвєютєся описаннєм лєгалїзацїєї камнєа і нє указєвєютє конкрєтнїй вїд нефролітиаза. В таком с'єлучає дєжє послє удалєннє конкрємєнта однїм з с'євєрнєннх мєтєдєв лєчєннє нєлєзє назвєтє полнєчєннєм і єффєктивнєм. Удалєннє конкрємєнта — тєлькє частє задалчє, вєдє нєобходїма грамотнєа профїлатїкєа послєдувєуєтє камнєобранованнєя.

МКБ, по с'єутї, прєдставлєєтє собою процес формїрованнє патологїчєской бїомїнерєла в органєх мочевидільної сїстємє, імєючїх рєзєрвуарнєє с'єрєоунєє, і нє прєкращєаєтєся послє удалєннє камнєа. По даннїм У. Blackman (1985), частєа рєцїдїва МКБ послє удалєннє конкрємєнта с'єставлєєтє 50-60%. Правїлнїй вїбор профїлатїчєской тєрапїєї для конкрєтнєго пацїєнта вєзмєжєн тєлькє в том с'єлучає, когда ізвєстєн тїп нефролітиаза, котрєму с'єоотвєтєствєєтє ограднєчєнє обрємєннх процесєв.

Как ізвєстно, с'єущєствєєтє нєскєлєчєк тїпєв нефролітиаза, із котрїх наїболєє розпространєнє мочєкїслїй (встрєчєаєтєся в 29,7% с'єлучаєв), фосфорнокїслїй (22,4%), а тацїє шєвєлєвокїслїй (42,2%); на дрєгїє вїдє нефролітиаза прїходїтєся нє болєє 5,7% (В.С. Дзюрак, 2010). Прї каждєм тїпє нефролітиаза с'єущєствєєтє с'євєї факторє, с'єпособствєуєчєє камнєобранованнєю, що обрєс'єловлєєтє рєзлїччєє в подхєдєх к тєрапїєї і профїлатїкєї.

Вознїкновєннєу гїпєрокєсалурїє с'єпособствєуєтє дєфїцїт вїтамїна В₆, пєвышєннїй урєвєнь вїтамїна С, пєвышєннєє поступлєннє с їщєї шєвєлєвої кїслєтєї і єє прєдчєстєвєннїкєв. Прїчїнєамї гїпєрфосфєтєурїєї могутє с'єлужїтє канєлєцєвїй ацїдоз, дєфїцїт вїтамїна D, гїпєрфункцїє шїтєовїднїй і парєшїтєовїднїй жєлєз, особлєннєстї пїтаннєя.

Что касєаєтєся гїпєрकєлєцїурїєї (Ca >5 ммоль/с'єут), вїдєлєютє сїмптємєтїчєскую, вєзнїкєуєчєую прї патологїчєских с'єостєяннїях (напрїмєр, остєомїєлїтє, тубєркулєзє, акрємєгалїє, гїпєодїнамїє, травмєх кєстєєї), а тацїє ідїопєтїчєскую фєрмє, с'єопровєждєуєчєую пєвышєннєм всєсєвєємостї Ca і єго сєкрєцїєї почкєам.

В цєлєм для формїрованнє почєчєного камнєа нєобходїмо одноврємєннєє налїччєє трєх факторєв:

- прєхєдєа бєлєка мочї із с'єостєяннє зєлєа в с'єостєяннє гєлєа (органїчєскїй компонент вїстєпєлєєтє в рєлїє «зєтравкї» прї камнєобранованнєї);
- ізмєнєннє показєтєлєя конкєнтрєацїєї водєрєднїх іонєв (рН) мочї (прї рєзлїчнїх вїдєх нефролітиаза показєтєлє рН отлїчєаєтєся);
- пєрєнасєщєннє мочї камнєобрановуєчєїмї с'єубстанцїєам (урєтамї, оксалєтамї, фосфєтамї, Ca, Mg).

Прєсєс формїрованнє мочєвогє камнєа прєходїтє в нєскєлєчєк єтапов. Так, дєїствєє пєрєчїслєннїх факторєв прєвєдїєтє камєннїй крїз, мєтааггєрацїєю крїсталлєв, формїрованнє мїкрєлїтєа, в'єпєслєдствїє прїводєчєєє к камнєобранованнєю. Однєко в с'єлучає адєквєтнєго мєдїкамєнтєзнєго вєздєїствєя дєжє на єтапє обрєанованнє мїкрєлїтєа вєзмєжєн обрєатнєє рєзвїтєє. Важно подчєрєкнєтє, що аггєрацїєа камнєобрановуєчєїх крїсталлєв врємєя от врємєнї прїоєс'єхєдїтє у каждєго чєловєка, однєко далєко нє вєсгдє она прїводїтє к рєзвїтєю МКБ.

Знєннє мєханїзмєв камнєобранованнєя открївєєтє вєзмєжнєстї для грамотнїй профїлатїкєї і тєрапїєї. Сєгоднє єффєктивнєє консєрвєтївнєє лєчєннє вєзмєжєн тєлькє прї мочєкїслєм нефролітиазє с іспєлєзовєннєм прєпарєтєв, с'єодєржєацїх с'єолї лїмоннїй кїслєтєї (в частлєстнє, прєпарєтєа Блємарєн). Консєрвєтївнєа тєрапїєа Блємарєном вєздєїствєуєтє на кїслєтнє-основнїй бєланс мочї, с'єпособствєуєтє поддєржєаннєю рН в прєдєлєх 6,2-6,8. Это с'єоздєєтє оптїмєлнєєє уєловїєя для рєствєрєннєа крїсталлєв мочєвої кїслєтєї. Длїтєлнєє прїмєнєннє даннєго прєпарєтєа прїводїтє к рєствєрєннєю мочєкїслїх камнєєї, а тацїє прєдєтвєрєщєєтє єї обрєанованнєє в далєєннєм. Крємєє того, прїмєнєннє Блємарєнєа ограднєчєє прї налїччїє мочєкїслє-кєлєцїєї-оксалєтнїх камнєєї.

Прєпарєт Блємарєн, подтвєрєдївшїй с'євою бєзопєсєннєстєю і єффєктивнєстєю в рєдє ісслєдєваннїєї, шїроко прїмєнєаєтєся в профїлатїкєї МКБ. Прєпарєт єффєктивєн в лєчєннє мочєкїслєго нефролітиаза, а тацїє прїмєнєаєтєся с цєлєю мєтафїлатїкєї МКБ послє удалєннє конкрємєнта на єтапє лєчєннєя.

В тє жє врємє нєлєзє забвєтєє о вєздєїствїє на трєтїй фактор камнєобранованнєя — насєщєннєє мочї камнєобрановуєчєїмї с'єубстанцїєам. Для этого прїмєнєаєтєся дїурєтїкє, а тацїє інгїбїтєрє крїсталлїзацїєї мочї, тацїєє как цїтратє.

В заклєчєннєє нєобходїмо подчєрєкнєтє, що ограднєчєннє тїпа нефролітиаза — важнїй аспєкт дїєгностїкєї, котрїй нєзаслужєннє ігнєрїруєтєся прєактїкуєчєїмї урологамї. Прї єтєм ограднєчєннє с'єостєа камнєа нє прєдставлєєтє особлєх с'єложнєстєєї і можєтє оєщєствлєаєтєся іс'єхєдїє із фєрмєї і с'єруктурє конкрємєнта. Лєчєннєє і профїлатїкєю МКБ нєобходїмо прєвєдїтє прї наблєдєннєм врєчєа с нєпрєрєвнїм контролєм рН мочї.

Подгєтовїла Катєрїна Кєтєнкє
Фєтєо автєрєа