

М.І. Ухаль, д.м.н., професор, Одеський національний медичний університет; Р.В. Габчак, к.м.н., санаторій «Трускавець», м. Трускавець

Метафілактика уролітіазу шляхом поєднаного використання фіто- і бальнеопитної терапії

Сучасні методи лікування хворих з каменями нирок і сечоводів, ускладненими інфекційно-запальним процесом, у більшості випадків дозволяють позбавити пацієнта від каменів [1, 2]. Разом із тим неадекватне протирецидивне лікування хворих у післяопераційному періоді (метафілактика) може призвести до прогресування хронічного інфекційно-запального процесу в нирках, порушення кровообігу та функції нирок і стати основною причиною рецидиву сечокам'яної хвороби (СКХ) [3-5]. З огляду на цей факт метафілактика хворих із каменями нирок і сечоводів є невід'ємною складовою лікування після видалення каменів або після їх самостійного відходження із сечоводів [6, 7].

Встановлено, що метафілактика хворих після видалення каменів з нирок або сечоводів має починатися уже з перших днів після операції і тривати аж до досягнення стійкої ремісії упродовж не менше 3-4 років [8]. Основним завданням метафілактики є боротьба із запальним процесом у нирках і сечових шляхах, а також проведення заходів, спрямованих на відновлення гемо- і уродинаміки [9, 10], підтримку оптимальних показників фізико-хімічного стану сечі. У попередніх роботах нами встановлено, що протягом першого року після видалення каменів з нирок або сечоводу у 40% пацієнтів без проведення реабілітаційного лікування спостерігалось загострення інфекційно-запального

процесу в нирках і сечових шляхах [9, 11, 12]. При цьому рецидив сечокам'яної хвороби було виявлено в 11% пацієнтів. Таким чином, підвищення ефективності сучасних медикаментозних і немедикаментозних методів метафілактики СКХ є актуальним завданням профілактичного напрямку медицини.

Для підвищення ефективності лікування хворих з уролітіазом, ускладненим хронічним піелонефритом, нами проведено дослідження щодо поєднання в протирецидивному лікуванні використання мінеральної води «Нафтуса» і комплексного фітопрепарату Канефрон® Н. Вирішуючи питання про доцільність призначення Канефрону Н у комплексі з «Нафтусею», ми розраховували на їх

синергічну, а також взаємодоповнюючу дію. Доведено, що речовини, які входять до складу Канефрону Н, чинять антибактеріальну, спазмолітичну та протизапальну дію на органи сечової системи, зменшують проникність капілярів нирок, мають діуретичний ефект, поліпшують функцію нирок, потенціюють ефект антибактеріальної терапії [26-28]. Важливим аргументом на користь застосування Канефрону Н є його здатність підвищувати рН сечі до фізіологічно оптимальних значень і пригнічувати патологічну кристалізацію сечі. Лікувальні властивості мінеральної води «Нафтуса» зумовлені сечогінним ефектом, нормалізацією обміну сечової кислоти, відновленням кровообігу в нирках та рН сечі, а також імунотулюючою дією на захисні ланки організму [31, 32].

Таким чином, метою нашого дослідження було підвищення ефективності післяопераційної реабілітаційної терапії хворих на сечокам'яну хворобу шляхом поєднання використання Канефрону Н та бальнеопитної терапії слабо мінералізованою водою «Нафтуса».

Під нашим спостереженням перебувало 72 хворих з уролітіазом, ускладненим хронічним піелонефритом після видалення конкрементів. Вік пацієнтів становив від 22 до 68 років (середній вік 49 років). Залежно від обраної схеми метафілактики всіх хворих було поділено на 2 групи: основну (n=42), в якій пацієнти отримували під час санаторного етапу терапії Канефрон® Н по 2 таблетки 3 рази на добу і продовжували його прийом протягом 3 місяців після завершення санаторного лікування разом із мінеральною водою «Нафтуса»

(упродовж 24 діб), і групи порівняння (n=30), в якій хворим було призначено лікування тільки мінеральною водою «Нафтуса» протягом періоду перебування в санаторії (24 доби).

Ефективність запропонованих методик лікування оцінювали за станом ниркового кровообігу, діурезу та біохімічних показників сечі на початку лікування, на 12-ту та 23-тю добу. При дослідженні осаду сечі у всіх хворих основної та порівняльної групи до початку комплексного лікування виявлено лейкоцитурію, протеїнурію, бактеріурію та сольові кристали.

Упродовж лікування відзначено покращення майже всіх показників роботи нирок в обох групах, але швидкість та ступінь позитивних змін суттєво різнилися. В результаті досліджень змін лейкоцитурії у хворих основної та порівняльної груп протягом санаторно-курортного лікування на курорті Трускавець встановлено, що на 23-ту добу зменшення кількості лейкоцитів до нормальної величини спостерігалось у 95,9% хворих основної групи і лише у 68,8% пацієнтів порівняльної групи.

Результати досліджень лейкоцитурії у хворих основної та порівняльної груп протягом санаторно-курортного лікування на курорті Трускавець наведено на рисунку 1.

При цитохімічному дослідженні осаду сечі до початку лікування встановлено, що патогенні мікроорганізми виявлялися практично у всіх хворих не тільки в осаді сечі, а й у фаголізосомах лейкоцитів. Це свідчить про значні порушення завершеності фагоцитозу та зниження активності цієї важливої ланки

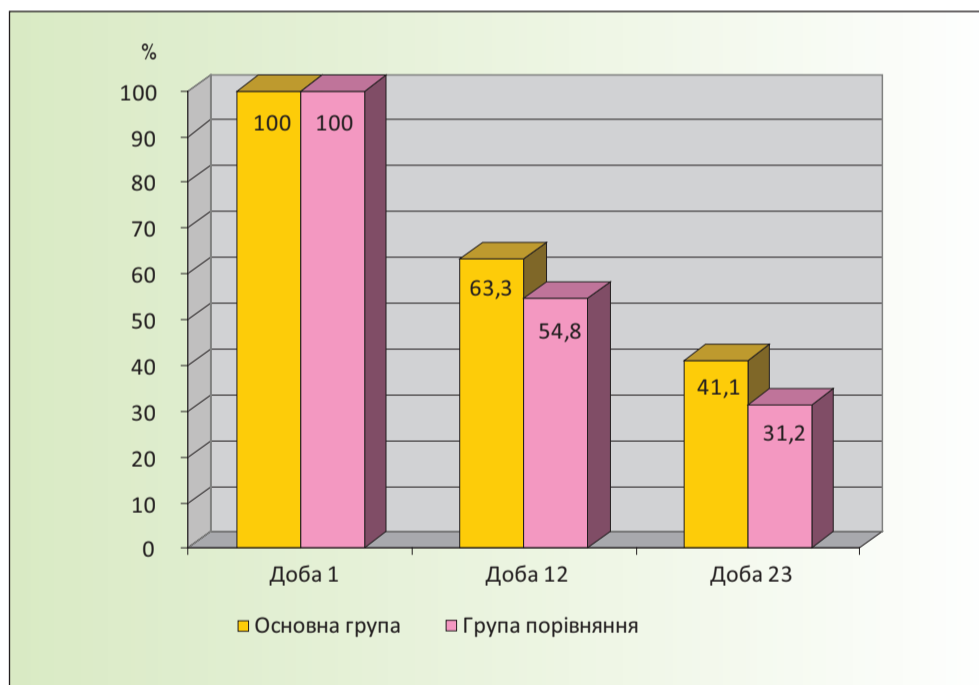


Рис. 1. Зміни лейкоцитурії у хворих основної та порівняльної груп протягом санаторно-курортного лікування на курорті Трускавець

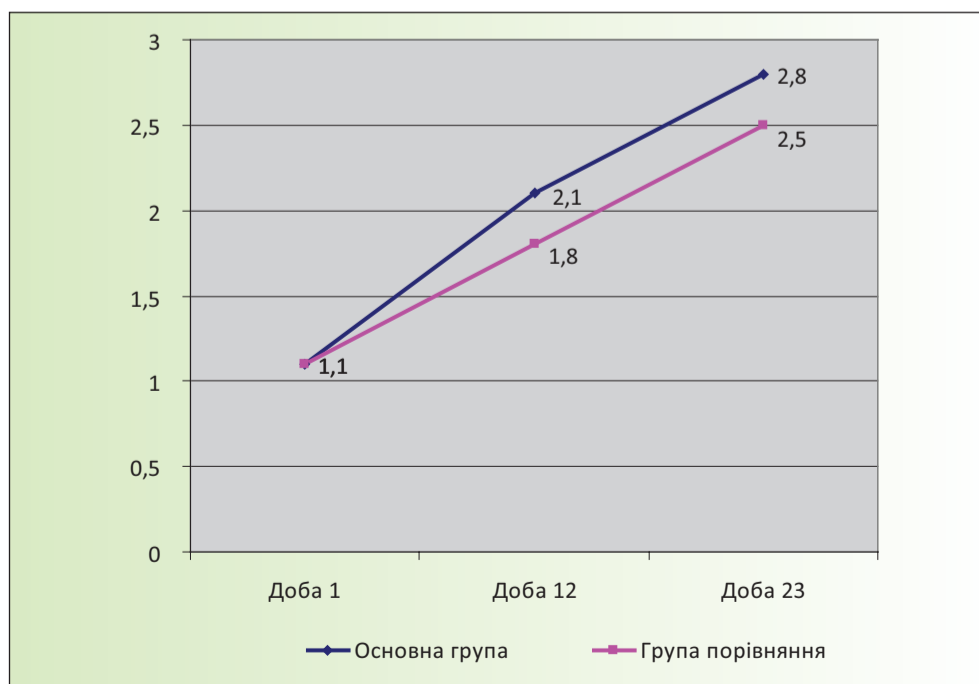


Рис. 2. Зміни добового діурезу (л/доба)

Параметри дослідження	До початку лікування у хворих основної групи та групи порівняння	На 12-ту добу	
		Основна група	Група порівняння
Сечова кислота крові в мкмоль/л (норма 238,0-506,0)	490,0±40,0	230,0±21,0*	280,0±24,0*
Сечова кислота сечі в мкмоль/л	6,89±2,03	3,21±2,031,08*	4,2±1,0
рН сечі	5,2±0,2	6,8±0,1	6,0±0,2

* Різниця статистично достовірна порівняно з дослідженнями до початку лікування (p<0,05).

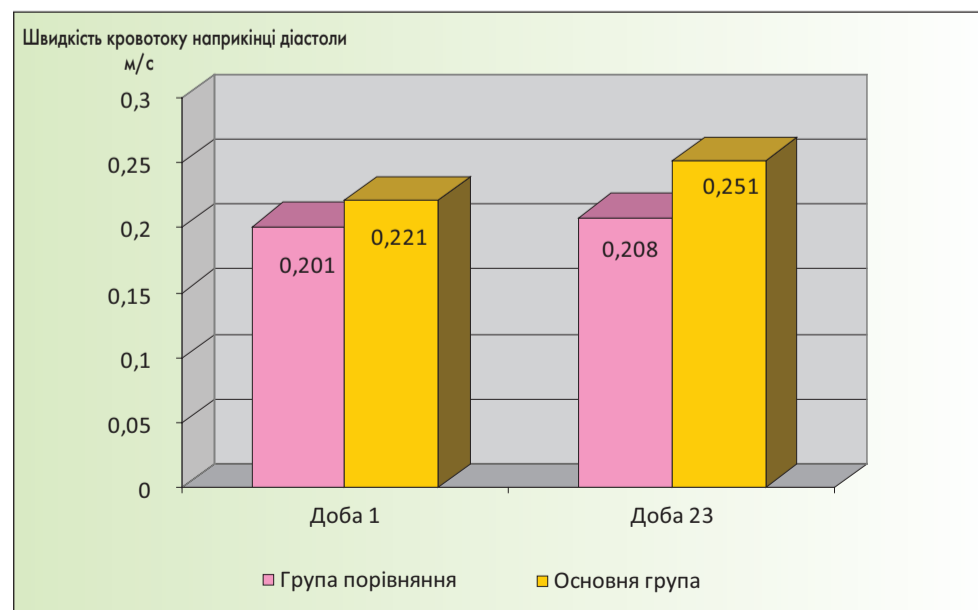


Рис. 3. Стан артеріального кровотоку

неспецифічного протимікробного захисту. Так, інтенсивність фагоцитозу до початку лікування у хворих основної та порівняльної груп у середньому становила $48 \pm 4,8\%$. На 12-ту добу дослідження у хворих основної групи кількість живих мікроорганізмів в осаді сечі значно зменшувалась. При цьому інтенсивність фагоцитозу в основній групі підвищувалась до $65 \pm 3,8\%$ ($p \leq 0,01$), а живих мікроорганізмів у фаголізосомах лейкоцитів практично не виявляли. У хворих групи порівняння інтенсивність фагоцитозу на 12-ту добу не перевищувала $52 \pm 5,1\%$. На 23-ту добу досліджень у хворих основної групи живі мікроорганізми в осаді сечі практично не виявлялися, а інтенсивність фагоцитозу становила $72 \pm 4,1\%$. У свою чергу, у хворих групи порівняння живі мікроорганізми в осаді сечі виявляли у 39%, а інтенсивність фагоцитозу становила $63 \pm 3,9\%$ ($p \leq 0,01$). Порівняльні дослідження змін діурезу, сечової кислоти в крові та рН сечі протягом лікування на курорті показали, що використання мінеральної води «Нафтуса» у комплексі з Канефроном Н сприяє більш ефективному зниженню рівня сечової кислоти в крові, підвищує діурез та рН сечі. Слід зазначити, що у пацієнтів основної групи з використанням комплексного лікування достовірно підвищення добового діурезу (л/доба) досягається вже в ранні терміни дослідження, що показано на рисунку 2.

Результати порівняльних досліджень змін у крові і сечі рівня сечової кислоти та рН у хворих основної групи та групи порівняння наведено в таблиці.

В основній групі виявлено більш значне зниження рівня сечової кислоти в крові та сечі, ніж у групі порівняння. Крім того, включення Канефрону Н до бальнеотерапії сприяло зниженню рівня кислотності сечі, що є позитивним фактором при лікуванні уролітіазу, пов'язаного з порушенням уратного обміну.

При ультразвуковому дослідженні нирок у хворих основної та порівняльної груп до початку санаторного лікування в мисках і особливо в чашках виявляли значну кількість кристалізованих солей і мікролітів розміром від 1 до 1,5 мм. На 23-ту добу лікування кристалізованих солей та мікролітів у нирках у хворих основної групи практично не виявлено. У хворих порівняльної групи кристали солей у ниркових мисках і чашках виявлено у 5 із 20 хворих ($25,0 \pm 2,3\%$). Таким чином, тільки в основній групі вдалося досягти повного припинення кристалурії.

Крім того, встановлено, що санаторне лікування хворих на сечокам'яну хворобу з використанням тільки слабо мінералізованої води «Нафтуса» поліпшує гемодинамічні показники кровотоку в нирках у набагато пізніші терміни дослідження, і виразність цих гемодинамічних змін дещо нижча, ніж при комплексній терапії з використанням Канефрону Н. Це показано на прикладі дослідження артеріального кровотоку (рис. 3.)

Таким чином, покращення ниркового кровообігу на 23-ту добу в основній групі, яка отримувала комплексне лікування з включенням препарату Канефрон[®] Н, становило 13,6%, у групі порівняння – лише 3,5%.

При дослідженні ефективності реабілітаційно-відновлювальної терапії у віддалені терміни (протягом року) загострення хронічного піелонефриту виявлено у 4 хворих (9,5%) основної групи та у 9 пацієнтів (30%) групи порівняння.

Рецидиву утворення сечових каменів не було відзначено в жодній із груп, що пов'язано з необхідністю більш тривалого спостереження за більшими групами пацієнтів.

Таким чином, можна стверджувати, що комплексне санаторно-курортне лікування хворих на уретеролітіаз, ускладнений хронічним піелонефритом, з використанням Канефрону Н разом зі слабо мінералізованою водою «Нафтуса» більш ефективно порівняно із застосуванням тільки мінеральної води «Нафтуса». Такий ефект досягається шляхом сумарного сечогінного, проти-запального, антимікробного та гемодинамічного впливу комплексної терапії.

Література

1. Дзюрак В.С., Возіанов С.О. Сечокам'яна хвороба // Мистецтво лікування. – 2004. – № 7. – С. 72-76.
2. Колпаков И.С. Мочекаменная болезнь. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – С. 109-123.
3. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб.: Питер, 2000. – 384 с.
4. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Философова Е.В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // РМЖ. – 2004. – Том 12. – № 8. – С. 22-25.
5. Переверзев А.С., Росихин В.В., Ильохин Ю.А. Камни почек и мочеточников. – Харьков: ООО «С.А.М.», 2004. – 224 с.
6. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Саенко В.С. Принципы метафилактики мочекаменной болезни в период послеоперационного наблюдения. – Врач. – 2007. – № 2. – С. 24-27.
7. Саенко В.С., Руденко В.И. Роль амбулаторного наблюдения больных МКБ в послеоперационном периоде. Актуальные вопросы современной урологии. – Астрахань, 2007. – С. 124-129.
8. Черненко В.В. Мочекаменная болезнь: пути усовершенствования противорецидивного лечения // Здоров'я України. – 2007. – № 18. – С. 62-63.

9. Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Ухаль М.І., Габчак Р.В., Царенко В.Л. Використання санаторно-курортного лікування в профілактиці рецидивів у хворих на сечокам'яну хворобу // Матеріали першого з'їзду асоціації урологів України, 16-18 березня. – Одеса, 2010. – С. 235-236.
10. Ухаль М.І., Габчак Р.В., Стасюк Т.В. Комплексний підхід до реабілітаційно-відновлювального лікування на курорті Трускавець хворих з довготривалим терміном оклюзії сечоводів каменем // Актуальні питання сучасної урології, сексології та андрології, 19-20 жовтня, м. Яремче, 2012 р. – С. 31-32.
11. Ухаль М.І., Габчак Р.В. Використання препарату Канефрон у пацієнтів із сечокам'яною хворобою в комплексі з санаторно-курортним лікуванням // Здоров'я людини. – 2010. – № 4. – С. 117-121.
12. Ухаль М.І., Маломуж О.І., Габчак Р.В., Лунга Ю.Н. Современные возможности фитотерапии в послеоперационном реабилитационном лечении больных уrolитиазом, осложненным хроническим пиелонефритом // Урология, андрология, нефрология (материалы научно-практической конференции-2013, 30-31 мая, г. Харьков), 2013. – С. 196-200.



Bionorica[®]

Запалення нирок? Сечового міхура?

Канефрон[®] Н



- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- потенціювання протизапальної терапії⁴

Розкриваючи силу рослин



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон[®] Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Крaплі оральні: 100 г крaпель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Крaплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон[®] Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. **Умови відпуску.** Без рецепту.

Р.П. № U A/4708/01/01; UA/4708/02/01.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Кравченко Н.Ф. 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон[®] Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар Ю.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон[®] Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я людини, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: office@bionorica.com