Метафилактика мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь (МКБ, уролитиаз) по праву считается наиболее распространенным заболеванием среди урологической патологии. Будучи описанным древними врачами – Гиппократом и Галеном, заболевание имеет драматическую историю, связанную в основном со средневековыми способами камнесечения, благодаря чему привлекало внимание не только историков медицины, но и писателей, художников и даже музыкантов. Французский композитор Marin Marais (1656-1728) оставил свои впечатления от операции камнесечения в виде музыкального произведения Tableau de l'Operation de la taille.

Редкие неинфекционные заболевания могут «похвастаться» таким общественным резонансом. Являясь широко распространенным заболеванием, МКБ требует значительных затрат на диагностику и лечение. Они обусловлены как ростом заболеваемости, так и внедрением новых, высокоэффективных, но нередко дорогостоящих технологий лечения. К примеру, в Италии на лечение больных, страдающих уролитиазом, выделяется около 150 млн евро в год, не включая расходов, связанных с потерей трудоспособности. Аналогичную сумму (до 150 млн евро в год) расходуют на лечение МКБ в Англии. В Германии затраты только на стационарное лечение пациентов с уролитиазом достигают 600 млн евро в год. В целом в Западной Европе лечение пациентов с МКБ обходится примерно в 2 млрд евро в год.

Быстрый рост заболеваемости МКБ, а также то, что методики физического удаления конкрементов не решают проблему МКБ в целом, актуализируют необходимость углубленного изучения методов метафилактики МКБ. С рецидивами МКБ сталкиваются около 45% пациентов на протяжении 10 лет. Таким образом, только метафилактика, учитывающая воздействие на метаболические нарушения, может обеспечить стойкий результат.

Высокая плотность мочи – фактор риска развития уролитиаза любого типа; имеет место у 82% пациентов. Питьевой режим – универсальная рекомендация в отношении метафилактики уролитиаза, и критерием его достаточности является достижение плотности мочи 1015 г/л. Рекомендуется употребление низкоминеральных вод, фруктового чая, зеленого чая, содержащего большое количество антиоксидантов. Для профилактики пастозности и обеспечения адекватного диуреза применяют немецкий фитопрепарат Канефрон® Н, который способствует выведению дополнительной жидкости в виде мочи, нормализует pH мочи, обеспечивает выведение некоторых кристаллообразующих субстанций (оксалатов, уратов), улучшает пассаж мочи и угнетает жизнедеятельность уропатогенов. К положительным эффектам препарата Канефрон® Н при терапии МКБ следует отнести также его спазмолитическую активность, что очень важно у пациентов после дробления или удаления камней, а также способность к подавлению патологической кристаллизации.

По материалам публикации «Метафилактика мочекаменной болезни», В.И. Вощула, Здоровье мужчины, №1 (52), 2015 г.

Подготовил ***Александр Грек***

Метафилактика МКБ

специфическая – в зависимости от вида камня или нарушения обмена

неспецифическая – стиль жизни, снижение плотности мочи и концентрации литогенных субстанций

Тип уролитиаза	Нарушение	Лечение
1. Кальциевые камни (79%)*	**Гиперкальциурия: алиментарная, резорбтивная, почечная**	**Обязательное условие – проведение теста с кальциевой нагрузкой и учет вида гиперкальциурии** **При почечной:** 1) тиазидные диуретики (гидрохлортиазид в дозе 12,5-50 мг/сут в течение 2,5-3 мес каждые полгода); 2) препараты магния 200-400 мг/сут около 3 мес с последующим уменьшением дозы на 1/2 от исходной в течение года; 3) объем жидкости до диуреза 2,5 л/сут **При алиментарной:** ограничение Ca^{2+} в рационе **При резорбтивной:** коррекция дисгормональных нарушений Соль: употребление свести к минимуму Мясо: суточное потребление белка – примерно 1 г/кг веса пациента
А) Камни кальция оксалата	Нарушение метаболизма оксалатов, в том числе кишечной микрофлорой, избыток оксалатов в рационе	**Лечебная тактика – коррекция гипероксалурии** При первичной гипероксалурии: витамин B_6 (пиридоксин) по 100 мг/сут в течение года (при наличии эффекта – и далее) Кальций в рационе не ограничивается (исключение – алиментарная гиперкальциурия) **Неспецифическая терапия:** питьевой режим (адекватность жидкости – плотность мочи до 1015 г/л) и Канефрон® Н (цели – повышение диуреза, нормализация pH, выведение оксалатов)
Б) Камни кальция фосфата	Гиперкальциурия + гиперфосфатурия с нарушением соотношения фосфор/креатинин и сдвигом pH в кислую сторону	**Лечебная тактика** строится на коррекции гиперкальциурии и снижении уровня неорганического фосфора: диета + гидроксид алюминия до 3,5 г/сут При гиперфосфатурии – высокое употребление клетчатки и низкокалорийной пищи небольшими порциями несколько раз в день Кальций – ограничивается только при алиментарной гиперкальциурии (после кальциевой пробы) **Неспецифическая терапия:** питьевой режим (плотность мочи до 1015 г/л) Канефрон® Н (для повышения диуреза, нормализации pH мочи)
В) Гиперурикозурический кальциевый уролитиаз	Гиперкальциурия + гиперурикемия, увеличение плотности мочи, сдвиг pH в кислую сторону	**Лечение** базируется на коррекции гиперкальциурии (после кальциевой пробы) + коррекция уровня мочевой кислоты в моче (гиперурикозурии): аллопуринол начиная со 100 мг/сут с возможным увеличением до 300 мг/сут под контролем уровня мочевой кислоты) **Неспецифическая терапия:** водный режим (до достижения плотности мочи 1015 г/л) + Канефрон® Н (для повышения диуреза, нормализации pH мочи, усиления выведения мочевой кислоты)
2. Камни при нарушении пуринового обмена (34%)*	**Группа не однородна по показателям плотности мочи, pH, мочевой кислоте, цитрату**	**В зависимости от типа конкрементов**
А) Камни мочевой кислоты (гиперурикозурический уролитиаз)	Имеет место увеличение плотности мочи и смещение pH в кислую сторону, высокий уровень мочевой кислоты в крови и соотношение мочевая кислота/креатинин Медикаментозный литолиз эффективен	**Лечение:** 1) увеличение pH с помощью цитратных смесей, дозируемых до уровня 6,5-7,0; 2) снижение мочевой кислоты – аллопуринол (100 мг/сут до 300 мг/сут в случае гиперурикемии и гиперурикурии) **Неспецифическая терапия:** питьевой режим, Канефрон® Н (для повышения диуреза, нормализации pH мочи, усиления выведения мочевой кислоты, предупреждения кристаллизации мочи)
Б) Ксантиновые камни	Снижение концентрации мочевой кислоты вследствие дефекта ксантиноксидазы и накопления ксантина как промежуточного продукта обмена	**Лечение:** хирургическое удаление камней Метафилактика: разведение мочи (питьевой режим + длительное применение Канефрона Н)
В) Камни из 2,8-дигидроксиаденина (2,8-ДГА)	Нарушение метаболизма и экскреции 2,8-дигидроксиаденина	**Лечение:** аллопуринол 300-600 мг/сут под контролем мочевой кислоты в сыворотке крови. Детям в дозе 5-10 мг на 1 кг массы тела в сутки Увеличение диуреза: питьевой режим + Канефрон® Н длительно
Г) Уратный уролитиаз	Сочетание факторов риска – повышения концентрации мочевой кислоты в моче и ее щелочная pH	**Лечение:** 1) ограничение пуринов в рационе питания, в случае невозможности снизить экскрецию мочевой кислоты с помощью изменения диеты – аллопуринол (100-300 мг/сут); 2) подкисление мочи до значений pH 5,8-6,2 с помощью метионина (200-500 мг 3 раза в сутки) или аммония хлорида (200-500 мг/сут за 3 приема); 3) контроль за присоединением мочевой инфекции при гиперурикозурии **Неспецифическая терапия:** питьевой режим, Канефрон® Н (повышение диуреза, нормализация pH мочи, усиление выведения мочевой кислоты, предупреждение кристаллизации мочи, борьба с инфекцией)
3. Цистиновые камни (3,3%)*	**Генетически детерминированное нарушение экскреции цистина и некоторых других аминокислот (ЦОЛА-синдром)**	**Лечебная тактика:** для растворения цистина необходим уровень pH 8,0, что невозможно. ДЛТ – малоэффективна. Поэтому: 1) контактные виды дробления; 2) преобразование цистина в более растворимые хелатные формы аскорбиновой кислотой 3-5 г/сут или каптоприлом по 75-150 мг/сут **Неспецифическое лечение:** питьевой режим (чашка воды после каждого мочеиспускания и дополнительно чашка воды на ночь) + фитотерапия с мягким мочегонным действием длительно обязательна (Канефрон® Н)
4. Струвитные камни (12,6%)*	**Первопричиной уролитиаза является инфекция (энтеробактерии и их ассоциации). Наличие протея в моче приводит к сильному ее подщелачиванию**	**Лечение базируется:** 1) на удалении конкремента; 2) эрадикации микроорганизма (антибактериальная терапия параллельно с удалением камня или после) При вторичном инфицировании курс антибиотикотерапии должен предшествовать литотрипсии или оперативному лечению; 3) ацидификация мочи (метионин 500 мг 3-6 раз в сутки или аммония хлорид 200-500 мг/сут) в зависимости от pH мочи. Для длительной метафилактики – увеличение диуреза за счет соблюдения питьевого режима и длительного приема фитопрепарата Канефрон® Н (благодаря его диуретическому, антимикробному, антиадгезивному действию)

*на основании данных, полученных в собственном исследовании с участием 1182 больных МКБ.

Bionorica®

Запалення сечових шляхів? Камені нирок?

Канефрон® Н

- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів[1-3]
- потенціювання протизапальної терапії[4]

ПАНАЦЕЯ ПРЕПАРАТ РОКУ2012

Розкриваючи силу рослин

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах 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. Краплі оральні: 100 г крапель 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. Краплі 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. № UA/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 І.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. Здоровье мужчины, 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: info@bionorica.ua