

Влияние растительного препарата канефрон Н на результаты дистанционной ударно-волновой литотрипсии

Effect of the phyto compound Kanefron on the efficacy of the extracorporeal shock-wave lithotripsy

M.I. Davidov, A.M. Igoshev

Aim of the study: to investigate the effect of phyto compound Kanefron H on the outcomes of the extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL).

Materials and methods. This study was prospective and included randomization. Overall, 642 patients were included with ESWL using "Dornier Compact Delta II". In the first group 320 patients received one day before the ESWL and 90 days thereafter Kanefron H 2 dragees 3 times pro day. In the second group 322 patients did not receive Kanefron H.

Results. In the first group 81.9% of patients were stone-free at day 5 after procedure (65.2% in control group), at day 90 – 93.1% of patients (78.3% in control group). In the second group complications arose in 17.1% of patients, including acute obstructive pyelonephritis (1.2%), steinstrasse in 2.2% and renal colic in 13.7% of patients. Mean hospitalization length was 9.8 ± 0.8 days in the Group 2. In the Kanefron group complications rate was 1.2% with mean hospitalization duration 6.0 ± 0.5 days. The other putative effects of Kanefron were increase in the dairy diuresis, stimulation of renal filtration, decrease in the severity of leukocyturia, bacteriuria and proteinuria, compared to the patients in group 2.

Conclusions: Kanefron H could ameliorate the withdrawal of the stone fragments, decrease the complication rate after ESWL and hospitalization length. It could also reduce the recurrence rate.

М.И.Давидов, А.М.Игошев

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из наиболее распространенных урологических заболеваний. По данным О.И. Аполихина и соавт. [1], в России число официально зарегистрированных новых больных МКБ составляет ежегодно почти 750 тыс.чел., а в США это заболевание встречается у 5,2% населения [2].

Внедрение в урологическую практику дистанционной ударно-волновой литотрипсии принципиально изменило подходы к лечению МКБ, позволив в большинстве случаев отказаться от открытого оперативного вмешательства. Однако, как справедливо отмечает Д.А. Бешлиев [3], дистанционная литотрипсия (ДЛТ) требует постоянного совершенствования. Важно не только разрушить конкремент в почке или мочеточнике, но и добиться скорейшего и неосложненного отхождения всех его фрагментов.

Разработав и внедрив сложнейшую аппаратуру для ДЛТ, урологи, чтобы снизить число осложнений и добиться быстрой и безболезненной элиминации фрагментов конкремента, обратились к старейшему методу лечения, известному с 27 века до н.э. – к фитотерапии. Однако к современной фитотерапии ныне предъявляются строгие требования. Это должны быть не БАДы, а полноценные лекарственные средства, приготовленные по новым технологиям, с применением особых способов выращивания расте-

ний, сбора, переработки и производства, с многоступенчатым контролем качества. Таким препаратом нового поколения является канефрон Н (Bionorica SE, Германия).

В состав этого препарата входят золототысячник (*Centaureum umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Активными веществами, входящими в состав препарата, являются фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, горечи, фталиины, розмариновая кислота и флавоноиды. Препарат канефрон Н обладает выраженным антимикробным, антиадгезивным, противовоспалительным, спазмолитическим, диуретическим, сосудорасширяющим, нефропротекторным и антиоксидантным действием [4-6].

Важно, что к компонентам канефрона не развивается устойчивости микроорганизмов, в отличие от синтетических антибактериальных средств.

Каждый из перечисленных эффектов канефрона Н весьма ценен для больных МКБ, подвергающихся ДЛТ, которым необходима и защита почечной паренхимы от повреждающих действий ударных волн, и улучшение функции почки с усилением диуреза, и расширение мочеточника для быстрой элиминации фрагментов камня, и антимикробный и противовоспалительный эффект с учетом почти постоянного наличия инфекции и воспаления при МКБ и обострения этих процессов после дробления камня и при отхождении фрагментов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологической клинике ПГМУ на базе ГКБ №2 г. Перми в 2011-2013 гг. проведено проспективное рандомизированное исследование с целью изучения влияния растительного лекарственного препарата канефрон Н на результаты ДЛТ.

В исследование включено 642 больных МКБ с камнями почек и мочеточников (307 мужчин и 335 женщин) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст 43, 7 года), которым была выполнена ДЛТ. Больные методом случайных чисел были разделены в две группы. В 1-й (основной) группе 320 больных за сутки до ДЛТ и в течение 90 суток после нее ежедневно получали препарат канефрон Н (Bionorica SE, Германия) в дозе по 2 драже 3 раза в сутки перорально.

У 322 пациентов 2-й (контрольной) группы проводилась ДЛТ со стандартной послеоперационной терапией (увеличение потребляемой жидкости, усиление двигательной активности, спазмолитики по показаниям).

Всем больным проведено комплексное клиническое обследование, включающее общие анализы крови и мочи, пробу Де Альмейда, биохимические исследования сыво-

ротки крови с определением белка, глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, мочевой кислоты; пробу Реберга, коагулограмму, ЭКГ, посев мочи по методу Gould, обзорную и экскреторную урографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевыводящих путей. По показаниям выполняли изотопную ренографию или динамическую нефросцинтиграфию, компьютерную томографию, уретеропиелоскопию, доплерографию сосудов почек и другие методы.

Критерии включения: больные с одиночными камнями лоханки, чашечки или мочеточника диаметром от 0,6 до 2,0 см.

Критерии исключения: беременность, нефункционирующая почка, обструкция в мочевыводящих путях ниже уровня камня, нарушения свертывающей системы крови, ожирение, острый пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита, коралловидные или множественные камни почек, показания к дренированию почки катетером-стент или мочеточниковым катетером.

Всем больным ДЛТ проводилась на аппаратуре «Dornier Compact Delta II» с электромагнитным принципом генерации ударных волн, при наличии ультразвуковой и

рентгеновской систем наведения. ДЛТ выполнялась без обезболивания, в щадящем режиме, при этом 76% импульсов проведено в низкоэнергетическом режиме.

Полная фрагментация камня до размеров фрагментов менее 2-3 мм достигнута у 298 (93,13%) больных 1-й группы и у 300 (93,17%) пациентов 2-й группы ($p>0,05$). Частичная дезинтеграция произошла у 19 (5,94%) больных 1-й группы и у 19 (5,90%) пациентов 2-й группы ($p>0,05$).

По возрасту, полу, клиническому течению болезни, размерам и локализации камней, степени инфицирования мочевыводящих путей, методике выполнения ДЛТ и результатам фрагментации камня больные 1-й и 2-й групп не различались между собой (табл. 1).

После ДЛТ осуществляли наблюдение за больными, проводя все исследования в динамике. Сроки отхождения фрагментов конкрементов определяли по УЗИ (ежедневно или через день) и рентгенологически (по показаниям). После выписки из стационара за больным осуществлялось диспансерное наблюдение в поликлинике с контрольным обследованием через 3 месяца (т.е. после завершения курса лечения канефроном Н) и через 1 год (отдаленные результаты лечения).

Влияние канефрона Н на результаты ДЛТ оценено по следующим критериям:

- наличие полной элиминации фрагментов камня через 5 суток и 90 суток после ДЛТ;
- число больных с почечной коликой и «каменной дорожкой» в мочеточнике после ДЛТ;
- наличие инфекционно-воспалительных и других осложнений после ДЛТ;
- наличие послеоперационной лейкоцитурии и бактериурии;
- средний послеоперационный койко-день и средний срок реабилитации больных с восстановлением трудоспособности;
- наличие рецидива МКБ в течение 1 года после ДЛТ. ■

Таблица 1. Исходная характеристика больных МКБ, параметры ДЛТ и эффект разрушения камня

Показатели	Основная группа (n=320)	Группа сравнения (n=322)	Уровень значимости, p
Средний возраст больных, лет	43,2±4,8	44,2±4,9	>0,05
Число мужчин	152(47,5%)	155(48,1%)	>0,05
Локализация камней: Лоханка	133(41,6%)	135(41,9%)	>0,05
Чашечка	32(10%)	30(9,4%)	>0,05
Верхняя треть мочеточника	60(18,7%)	61(18,9%)	>0,05
Средняя треть мочеточника	48(15%)	50(15,5%)	>0,05
Нижняя треть мочеточника	47(14,7%)	46(14,3%)	>0,05
Размеры камня почки, см	1,5±0,2	1,5±0,3	>0,05
Размеры камня мочеточника, см	0,75±0,1	0,73±0,1	>0,05
Боли в пояснице, число больных	320(100%)	322(100%)	>0,05
Лейкоцитурия, число больных	208(65%)	206(64%)	>0,05
Бактериурия, число больных	131(40,9%)	127(39,4%)	>0,05
Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л	90±4	88±4	>0,05
Клубочковая фильтрация, мл/мин	73,8±4,8	72±4,9	>0,05
Суточный диурез, мл	1190±69	1211±65	>0,05
pH мочи	5,7±0,5	5,8±0,5	>0,05
Число сеансов ДЛТ на один камень	1,26±0,2	1,24±0,2	>0,05
Среднее число импульсов на камень почки	1419±140	1401±138	>0,05
Среднее число импульсов на камень мочеточника	1682±170	1698±174	>0,05
Полная фрагментация камня, число больных	298(93,13%)	300(93,17%)	>0,05
Частичная фрагментация камня, число больных	19(5,94%)	19(5,90%)	>0,05

Статистическая обработка показателей проводилась с помощью программы Statistica 6.0. При создании базы данных использовался редактор Microsoft Excel. Достоверность различий между показателями оценивалась по t-критерию Стьюдента. Результаты исследования признавались достоверными при значении вероятности различия $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Субъективно больные 1-й группы, получающие Канефрон Н, в первые дни после ДЛТ чувствовали себя лучше, чем больные группы сравнения. Несмотря на одинаковый процент дезинтеграции камней во время ДЛТ в наблюдаемых группах (93,1%), сроки освобождения почек и мочевыводящих путей от раздробленных фрагментов значительно различались. В 1-й группе больных на фоне приема канефрона Н через пять суток после ДЛТ полное освобождение почек и мочевыводящих путей от фрагментов камней зафиксировано у 262 (81,9%) больных, а во 2-й группе – только у 210 (65,2%) больных. Разница между показателями статистически достоверна ($p < 0,05$).

Через 3 месяца после ДЛТ (т.е. после завершения курса лечения канефроном Н) полное освобождение мочевыводящих путей от фрагментов камней наступило у 298 (93,1%) больных основной группы (т.е. у всех пациентов, у которых при ДЛТ удалось добиться полной дезинтеграции камня) и у 252 (78,3%) больных группы сравнения. При этом во 2-й группе элиминации фрагментов добивались с большими усилиями (дополнительные сеансы ДЛТ, установка в мочеточник катетера или

стента, дополнительная контактная уретеролитотрипсия дорожки фрагментов и др.), а у 48 больных полностью дезинтегрированные путем ДЛТ фрагменты камней так и не отошли из мочевыводящих путей, в большинстве случаев в последующем став ядром нового камнеобразования.

В основной группе, благодаря применению канефрона Н, фрагменты камня отходили, как правило, безболезненно; приступы почечной колики отмечены только у трех (0,9%) больных. В группе сравнения почечная колика отмечена у 44 (13,7%) пациентов ($p < 0,01$). Это потребовало большого расхода наркотических и ненаркотических анальгетиков для купирования болевого приступа у больных группы сравнения.

«Каменная дорожка» в тазовом отделе мочеточника наблюдалась у 7 (2,2%) больных 2-й группы и отсутствовала у больных 1-й группы.

Острый пиелонефрит, обусловленный обструкцией тазового отдела мочеточника фрагментами камней, развился у четырех (1,2%) больных второй группы и лишь у одного (0,3%) пациента основной группы.

Общее количество осложнений в ближайшем (стационарном) периоде после ДЛТ составило только 1,2% в 1-й группе и 17,1% в группе сравнения ($p < 0,01$). Таким образом, благодаря применению канефрона Н, осложнения после ДЛТ удалось уменьшить на 15,9%, что является весьма существенным.

Все возникшие после ДЛТ осложнения пролечены консервативно. Тем не менее, во 2-й группе больных, в связи с большой частотой «каменных дорожек» в мочеточнике, острого обструктивного пиелонефрита

и почечных колик, потребовалось большое число дополнительных инвазивных вмешательств (катетеризации мочеточника и установка катетера-стента в мочеточник), что увеличило нагрузку на медперсонал и потребовало дополнительной эксплуатации дорогостоящей техники и оборудования.

Большое число ближайших осложнений ДЛТ во 2-й группе удлинит средние койко-дни в этой группе больных. Он составил $9,8 \pm 0,8$ и оказался на 63,3% дольше, чем в 1-й группе ($6,0 \pm 0,5$) ($p < 0,05$).

Поскольку после выписки больных из стационара они сразу приступали к работе средние сроки реабилитации пациентов и восстановления трудоспособности составили $9,8 \pm 0,8$ суток во 2-й группе и $6,0 \pm 0,5$ суток в 1-й группе.

Риск острого пиелонефрита после ДЛТ связан не только с возможной обструкцией мочеточника фрагментами разрушенного камня, но и с выходом микроорганизмов из глубоких слоев разрушенного конкремента в просвет мочевыводящих путей. Мы изучили динамику лейкоцитурии, среднего числа лейкоцитов в 1 мл мочи и динамику бактериурии до ДЛТ и в сроки 5 и 90 суток после ДЛТ (рис. 1-2, табл. 2).

Во 2-й группе, в которой больным не проводилась фитотерапия,

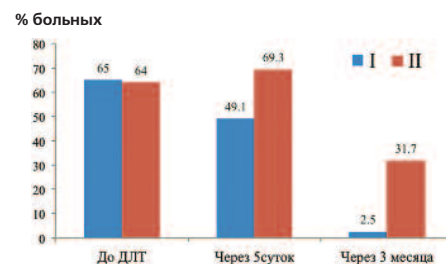


Рис. 1. Динамика лейкоцитурии у больных обеих групп до и после ДЛТ. I – 1-я группа больных, II – 2-я группа.

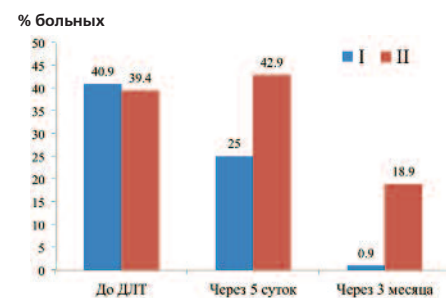


Рис. 2. Динамика бактериурии у больных обеих групп до и после ДЛТ. I – 1-я группа больных, II – 2-я группа

Таблица 2. Динамика числа лейкоцитов в 1 мл мочи у больных 1-й и 2-й групп до и после ДЛТ

Срок исследования	Число лейкоцитов в 1 мл мочи		Уровень значимости p
	1-я группа	2-я группа	
До ДЛТ	12820±450	12090±360	$> 0,05$
Через 5 суток после ДЛТ	5051±210	14280±385	$< 0,01$
Через 3 месяца после ДЛТ	1998±125	6088±290	$< 0,01$

через 5 суток после ДЛТ установлено увеличение числа больных с лейкоцитурией (223 чел.; 69,3%), повышение среднего числа лейкоцитов в 1 мл мочи до 14280 ± 385 и увеличение числа больных с бактериурией (138 чел.; 42,9%). Постепенная элиминация фрагментов камня, в том числе, инфицированных, и улучшение уродинамики способствовали уменьшению числа больных с лейкоцитурией и бактериурией, но даже через 3 месяца после ДЛТ в этой группе лейкоцитурия сохранялась у 102 (31,7%) больных, а бактериурия — у 61 (18,9%).

Иная картина была в основной группе больных, где уже через 5 суток после ДЛТ число больных с лейкоцитурией и бактериурией значительно уменьшилось и составило соответственно 49,1% и 25,0%, а число лейкоцитов в 1 мл мочи снизилось до 5051 ± 210 . Полученные результаты обусловлены антимикробным и противовоспалительным эффектами канефрона Н, который получали данные больные. Через 90 суток у подавляющего большинства пациентов основной группы произошла санация мочевыводящих путей от бактерий и лейкоцитов; бактериурия сохранилась лишь у 3 (0,9%) больных; лейкоцитурия — у 8 (2,5%), а среднее число лейкоцитов в 1 мл мочи нормализовалось.

Указанные выше положительные сдвиги, произошедшие под влиянием канефрона Н, явились не только профилактикой инфекционно-воспалительных осложнений ДЛТ и МКБ, но и должны препятствовать

образованию новых конкрементов, т.е. снизить риск рецидивов МКБ.

Наряду с другими факторами быстрому отхождению фрагментов камней у большинства больных основной группы способствовало значительное повышение у них суточного диуреза, который в среднем составил 143% от исходного уровня через 5 суток и 139,1% от исходного уровня к 90 суткам после ДЛТ. Это произошло под влиянием канефрона Н, обладающего сильным диуретическим эффектом (табл. 3). Суточный диурез у больных основной группы повысился более значительно ($p < 0,01$), чем у больных контрольной группы, где использовалась рутинная водная нагрузка.

В исследовании было выявлено некоторое нефропротекторное действие канефрона Н. Любая ДЛТ приводит к минимальному стресс-ущибу почечной паренхимы [3]. Однако канефрон Н, обладающий нефропротекторным действием, несколько уменьшал неблагоприятное воздействие ударных волн на паренхиму почек.

Во 2-й группе через 5 суток после ДЛТ несколько снижалась клубочковая фильтрация, незначительно возрастало среднее содержание креатинина сыворотки крови, и практически у всех больных отмечена протеинурия. Изменения этих показателей у больных основной группы были менее выражены, а через 90 суток были отмечены снижение уровня креатинина сыворотки крови, возрастание клубочковой фильтрации и значитель-

ное снижение числа больных с протеинурией по сравнению с исходным уровнем до ДЛТ (табл. 3).

Важно, что регулярный трехмесячный прием канефрона Н поддерживал рН мочи в оптимальных пределах — от 6,2 до 6,5. При данных значениях рН создаются наиболее благоприятные условия для метафилактики МКБ [4, 7].

Диспансерное наблюдение за больными показало, что при сроке наблюдения 1 год после ДЛТ рецидив камней почек и мочеточников в 1-й группе наблюдался лишь у 9 (2,8%) больных, а во 2-й группе был зафиксирован у 21 (6,5%) больных, т.е. отмечен в 2,3 раза чаще.

Канефрон Н хорошо переносится. В основной группе ни у одного пациента признаков непереносимости, побочных эффектов и осложнений при приеме канефрона Н не отмечено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наше исследование дополняет и углубляет сведения о благоприятном действии канефрона Н на больных, подвергнутых ДЛТ. Так, А.В. Амосов и соавт. [7] отмечают, что к моменту выписки из стационара после ДЛТ полное отхождение фрагментов камня без проведения литокинетической терапии отмечается лишь у 28,1% больных. Назначение после ДЛТ канефрона Н приводило к значительной стимуляции литокинеза: в течение 5 суток после ДЛТ фрагменты камней почек отходили у 72,7% больных, верхней трети мочеточника — у 71,4%, нижней трети мочеточника — у 90%. По мнению указанных авторов [7], это обусловлено комплексным спазмолитическим и диуретическим действием препарата и его другими эффектами, в частности уменьшением отека слизистой мочеточника под влиянием противовоспалительного действия препарата.

А.И. Неймарк и И.В. Каблова [8] изучали содержание щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы и других ферментов в моче и установили,

Таблица 3. Показатели функции почек у больных обеих групп до и после ДЛТ (числитель — основная группа, знаменатель — группа сравнения)

Показатели	До ДЛТ	Через 5 суток	Через 3 месяца
Суточный диурез, мл	$\frac{1190 \pm 69}{1211 \pm 65}$	$\frac{1702 \pm 95}{1450 \pm 66}$	$\frac{1655 \pm 80}{1395 \pm 76}$
Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л	$\frac{90 \pm 4}{88 \pm 4}$	$\frac{99 \pm 5}{114 \pm 9}$	$\frac{80 \pm 4}{87 \pm 4}$
Клубочковая фильтрация, мл/мин	$\frac{73,8 \pm 4,8}{72,0 \pm 4,9}$	$\frac{74,4 \pm 5,0}{67,1 \pm 6,2}$	$\frac{82,0 \pm 4,8}{74,0 \pm 5,0}$
Процент больных с протеинурией, %	$\frac{65,0}{64,0}$	$\frac{65,9}{99,4}$	$\frac{7,8}{31,7}$
рН мочи	$\frac{5,7 \pm 0,5}{5,8 \pm 0,5}$	$\frac{6,2 \pm 0,4}{5,9 \pm 0,6}$	$\frac{6,5 \pm 0,4}{5,9 \pm 0,5}$

что ДЛТ оказывает прямое повреждающее действие на канальцевый аппарат почки с повышением проницаемости клеточных мембран, что подтверждается резким повышением активности изучаемых ферментов в ближайшее время после ДЛТ. При проведении ДЛТ больным, которые получали канефрон Н, уровень ферментов повышался незначительно и в течение нескольких суток после ДЛТ приходил в норму, что доказывает нефропротекторное действие канефрона Н. Таким образом, назначение канефрона Н способствует защите почки от повреждающего действия ударных волн.

Ю.Г. Аляев и соавт. [4] придают большое значение антимикробному и противовоспалительному действию канефрона Н, назначаемому после ДЛТ. Благодаря канефрону Н, в основной группе больных после ДЛТ лейкоцитурия купировалась через 7 суток у 90% пациентов, в то время как в группе сравнения только у 42%. Назначение

канефрона Н является профилактикой развития инфекционно-воспалительных осложнений ДЛТ, в частности, острого пиелонефрита. С.Н. Калинина и соавт. [9] назначали канефрон Н на фоне и после ДЛТ и отметили, что по сравнению с группой сравнения, за 60 суток происходило исчезновение лейкоцитурии у 82,6% больных и ликвидация бактериурии у большинства больных.

Ю.Г. Аляев и соавт. [4] изучали роль канефрона Н в метафилактике МКБ. Оказалось, что трехмесячная терапия канефроном Н после ДЛТ способствует снижению концентрации мочевой кислоты в крови и моче, снижению гиперкальциурии и нормализует рН мочи, поддерживая его на уровне 6,2-6,8, что препятствует выпадению кристаллов солей в осадок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты подтверждают эффективность препа-

рата канефрон Н в лечении больных МКБ в период и после проведения ДЛТ. Происходит более быстрая и полная элиминация фрагментов разрушенного камня из мочевыводящих путей по сравнению с больными группы сравнения. Препарат снижает частоту возникновения почечной колики и риск формирования "каменной дорожки" в мочеточнике после ДЛТ. Канефрон Н эффективен в профилактике инфекционно-воспалительных осложнений ДЛТ, снижая степень лейкоцитурии и бактериурии. Уменьшается общее количество осложнений после ДЛТ, на 63,3% сокращаются сроки лечения. Трехмесячный прием канефрона Н играет положительную роль в метафилактике МКБ, в 2,3 раза сокращая число рецидивов камней почек и мочеточников. Препарат канефрон Н хорошо переносится больными и не имеет побочных эффектов во время и после ДЛТ. ■

Резюме:

Цель: изучить влияние растительного препарата канефрон Н на результаты дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Материалы и методы. В проспективное, рандомизированное исследование было включено 642 больных мочекаменной болезнью, которым выполнена дистанционная литотрипсия (ДЛТ) на аппарате «Dornier Compact Delta II». Пациенты первой (основной) группы (320 чел.) за сутки до ДЛТ и в течение 90 суток после ДЛТ получали канефрон Н в дозе по 2 драже 3 раза в сутки. Пациентам второй (контрольной) группы (322 чел.) канефрон Н не назначался.

Результаты. В 1-й группе через 5 суток после ДЛТ полное освобождение почек и мочевыводящих путей от фрагментов камней достигнуто у 81,9% больных (в контрольной группе у 65,2%), через 90 суток – у 93,1% больных (в контрольной группе – у 78,3%). Во 2-й группе после ДЛТ осложнения развились у 17,1% больных, в том числе острый обструктивный пиелонефрит у 1,2%, «каменная дорожка» в мочеточнике у 2,2% и почечная колика – у 13,7% больных, койко-день составил $9,8 \pm 0,8$. При назначении канефрона Н в 1-й группе больных число осложнений составило лишь 1,2%, а койко-день $6,0 \pm 0,5$. Помимо этого, назначение канефрона Н способствовало более значительно повышению суточного диуреза, клубочковой фильтрации почек, уменьшению лейкоцитурии, бактериурии и протеинурии по сравнению с больными 2-й группы. Через 1 год после ДЛТ у больных 1-й группы отмечено в 2,3 раза меньше случаев рецидива МКБ по сравнению с пациентами 2-й группы.

Выводы. Канефрон Н способствует более раннему и полному отхождению из мочевыводящих путей фрагментов разрушенных конкрементов, уменьшает число осложнений ДЛТ, сокращает сроки лечения больных и снижает количество рецидивов МКБ.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, камни почек и мочеточников, дистанционная литотрипсия, фитотерапия, канефрон Н.
Key words: urolithiasis, stones kidney and ureter, shock-wave lithotripsy, phytotherapy, Kanefron N.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Эпидемиология МКБ в различных регионах РФ по данным официальной статистики. // Саратов. науч. – мед. журн. 2011. № 7. С. 120-121.
2. Brenner ZZ, Winchester JE, Salman H, Bergman M. Nephrolithiasis: evaluation and management. // South Med J 2011. Vol. 104, № 2. P. 133-139.
3. Бешлиев Д.А. Опасности, ошибки, осложнения дистанционной литотрипсии. Их лечение и профилактика: Дис. ... докт. мед. наук. М., 2003.
4. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Саенко В.С., Дзеранов Н.К., Амосов А.В. Растительный препарат канефрон Н в лечении больных мочекаменной болезнью. // Урология. 2012. № 6. С. 22-25.
5. Синякова Л.А. Современный взгляд на профилактику рецидивов инфекций нижних мочевыводящих путей. // Consilium Medicum. 2014. Т. 16, № 7. С. 47-50.
6. Перепанова Т.С., Хазан П.С. Растительный препарат канефрон Н в лечении и профилактике инфекций мочевыводящих путей. // Врачебное сословие. 2005. № 4-5. С. 44-46.
7. Амосов А.В., Аляев Ю.Г., Саенко В.С. Растительный лекарственный препарат канефрон Н в послеоперационной метафилактике мочекаменной болезни. // Урология. 2010. № 5. С. 65-71.
8. Неймарк А.И., Каблова И.В. Комплексное лечение больных нефролитиазом с использованием канефрона Н. // Урология 2008. № 6. С. 11-14.
9. Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Семенов В.А., Тиктинский Н.О., Мелконян А.В. Роль канефрона Н при лечении хронического пиелонефрита и профилактике его осложнений. // Урология. 2006. № 1. С. 22-25.



Bionorica®

Цистит? Пиелонефрит? МКБ?

Лекарственный растительный препарат

Канефрон® Н



Рег. уд. П № 014244/01; П № 014244/02

- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- Уменьшает количество повторных обострений
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Способствует отхождению конкрементов и препятствует их образованию

Природа. Наука. Здоровье.



Любисток



Золототысячник



Розмарин

www.bionorica.ru

РЕКЛАМА