

Опыт применения препарата Канефрон Н в комплексной терапии больных МКБ после контактной уретеролитотрипсии

Мочекаменная болезнь (МКБ) – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и экзогенными причинами, которая нередко носит наследственный характер и проявляется образованием камней в мочевыводящих путях. В настоящее время МКБ является одним из самых значимых урологических заболеваний в связи со склонностью к рецидивам и упорному течению. Кроме того, данная патология имеет широкое распространение и занимает первое место в структуре нозологических единиц урологического стационара.

А.В. КУЗЬМЕНКО, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Н.В. КУРНОСОВА, к.м.н., ассистент кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Т.А. ГЯРГИЕВ, ассистент каф. урологии, аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Д.Е. СТРОЕВА, ассистент каф. урологии, аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Высокотехнологичные методы лечения МКБ, такие как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), перкутанная нефролитотомия (ПНЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ), позволяют эффективно избавиться от конкрементов. Однако оставшиеся мелкие фрагменты могут служить матрицей для рецидива камнеобразования. В связи с этим возрастает роль литокинетической терапии, призванной обеспечить эвакуацию мелких конкрементов из почек и верхних мочевых путей.

Кроме того, необходимо помнить, что камень является лишь симптомом заболевания, связанного с нарушением метаболизма, а лечение МКБ включает не только удаление камня, но и коррекцию этих нарушений. Все мероприятия, связанные с дальнейшим воздействием на фрагменты камней, оставшихся после дистанционной литотрипсии и других видов лечения, а также направленные на предотвращение рецидива камнеобразования, обобщены в понятие «метафилактика» мочевых камней, которая в конечном итоге определяет эффективность лечения.

В настоящее время отмечен явный рост интереса к фитотерапии, которая успешно используется в урологии. Сегодня фитотерапия является одним из наиболее актуальных направлений в метафилактике МКБ, т. к. на многих примерах показано, что экстракты лекарственных растений ни в чем не уступают по эффективности химическим веществам, а часто даже превосходят их.

Одним из современных фитопрепаратов, широко применяемых в метафилакти-

тике МКБ, является Канефрон® Н [1], оказывающий противовоспалительное, антимикробное, спазмолитическое действия на органы мочевой системы. Препарат уменьшает проницаемость капилляров почек, обладает диуретическим эффектом, улучшает функцию почек, а также потенцирует эффект антибактериальной терапии. В подгруппе пациентов МКБ, перенесших ударно-волновую литотрипсию, использование Канефрона Н приводило к ускорению отхождения дезинтегрированных конкрементов и ускорению репарации слизистой оболочки мочевыводящих путей, что подтверждалось снижением частоты лейкоцитурии, отмеченным после курса лечения данным препаратом.

Материал и методы

На базе отделения урологии ГКБ СМП №10 нами производилось обследование и лечение пациентов, поступивших в порядке срочной помощи с признаками почечной колики.

У 60 больных был установлен диагноз: МКБ, конкремент верхней (средней) трети мочеточника, хронический пиелонефрит в фазе латентного течения». В ходе проведения контактной уретеролитотрипсии по различным причинам им требовалась установка катетера «Stent». Возраст больных составил от 20 до 67 лет, средний возраст – 37,1 (± 4,1) года. Пациенты наблюдались в течение 10 суток стационарного лечения и 3 недель на амбулаторном этапе с последующей госпитализацией на двое суток для удаления катетера. Пациенты были разделены методом случайной выборки на 2 группы по 30 человек. Группы были сравнимы по демографическим и клиническим характеристикам.

Всем больным были проведены лабораторные и визуализирующие методы исследования. В перечень лабораторных анализов входили: общеклинический анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (Б/Х) с определением уровней креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общий анализ мочи (ОАМ) и бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, которые были выполнены на 1-е сутки после операции, затем повторно на 10-е сутки и после удаления катетера «Stent».

Пациенты первой (контрольной) группы в послеоперационном периоде получали стандартную антибактериальную и литокинетическую терапию, обезболивающие и спазмолитические препараты

внутримышечно, мочегонные средства, инфузионную терапию солевыми растворами и раствором глюкозы. Больным второй (основной) группы была назначена вышеуказанная стандартная послеоперационная терапия в сочетании с препаратом Канефрон Н в дозировке по 2 драже трижды в сутки на протяжении 1 месяца (10 дней стационарного лечения с последующим приемом на амбулаторном этапе в режиме монотерапии).

На 1-е сутки после операции данные лабораторных и инструментальных методов исследования пациентов, а также анализ результатов заполнения дневников мочеиспускания не имели достоверных различий.

В ОАК отмечался умеренный лейкоцитоз без изменения лейкоцитарной формулы у 53 (89 %) пациентов, уровень прочих показателей не был изменен. У 7 (11 %) больных изменений в ОАК не отмечено.

В Б/Х крови пациентов уровень мочевины и креатинина находился на верхней границе нормы у 21 (33 %) больного, у 39 (87 %) значения находились в референтных пределах нормы. Гиперурикемия отмечалась у 14 (8 %) пациентов, при нормальном уровне мочевой кислоты у 46 (92 %).

В ОАМ отмечалась умеренная лейкоцитурия (до 50 в поле зрения – п/з), эритроцитурия (до 30–40 в п/з) и кристаллурия в 100 % случаев.

По результатам анализа дневников мочеиспускания в обеих группах больных отмечалась поллакиурия с частотой микций до 15–20 раз в сутки, наличие императивных позывов и резей при мочеиспускании.

На 10-е сутки в контрольной группе в ОАК уровень лейкоцитов оставался на верхней границе нормы у 10 (33 %) пациентов, при нормализации данного показателя в 20 (66 %) случаях.

В Б/Х уровень креатинина и мочевины у 5 (16,5 %) больных остался прежним, у 25 (83,5 %) больных первой группы отмечено снижение данных показателей. Высокий уровень мочевой кислоты сохранился в 4 (13,3 %) случаях, у оставшейся части пациентов контрольной группы гиперурикемия не была выявлена.

В ОАМ лейкоцитурия (до 20 в п/з) и эритроцитурия (до 20 в п/з) наблюдалась у 15 (50 %) больных, кристаллурия у 9 (29,7 %) пациентов. В бактериологических посевах мочи на 10-е сутки наблюдения бактериурия сохранялась у 8 (26,4 %) пациентов.

По данным дневников мочеиспускания, учащенные микции (до 15/сут) и рези при

мочеиспускании сохранились у 7 (23,1 %) наблюдаемых, число императивных позывов осталось прежним.

На 10-е сутки терапии в основной группе отмечена нормализация показателей ОАК в 100 % наблюдений. В Б/Х отмечена нормализация исследуемых показателей в 100 % наблюдений. В ОАМ у пациентов второй группы лейкоцитурия (до 20 в п/з) отмечалась в 8 (26,7 %) случаях, эритроцитурия (до 20 в п/з) – у 3 (9,9 %) больных, кристаллурия – у 1 (3,3 %). В бактериологических посевах проб мочи бактериурия сохранялась у 2 (6,6 %) пациентов.

При анализе дневников мочеиспускания учащенные микции (до 15/сут) и рези при мочеиспускании сохранились у 2 (6,6 %) наблюдаемых, число императивных позывов осталось прежним.

При лабораторном обследовании больных контрольной группы после удаления катетера «Stent» обратило на себя внимание сохранение лейкоцитурии и эритроцитурии у 3 (9,9 %), кристаллурии – 8 (26,7 %) пациентов. Бактериурия сохранялась в 6 (19,8 %) случаях, в которых была выделена *Escherichia coli*. Анализ дневников мочеиспускания выявил сохранение учащенного мочеиспускания от 9 до 15 раз в сутки в 7 (23,1 %) случаях и сохранение императивных позывов в 12 (40 %).

В основной группе отмечена полная нормализация показателей ОАК, Б/Х крови, ОАМ, полная эрадикация возбудителя, по данным бактериологического посева мочи.

Выводы

1) При применении препарата Канефрон Н в комплексном лечении больных МКБ в послеоперационном периоде при наличии катетера «Stent» отмечается более эффективное купирование клинической симптоматики заболевания за счет противовоспалительного, антимикробного, спазмолитического действия, сопровождающегося более выраженной положительной динамикой основных лабораторных показателей по сравнению с контрольной группой к 10-м суткам лечения.

2) Не отмечено положительного эффекта применения Канефрона Н в отношении императивных позывов ввиду невозможности устранения раздражающего воздействия пузырного конца катетера «Stent» на слизистую оболочку мочевого пузыря.

3) Применение препарата Канефрон Н на амбулаторном этапе позволило достоверно снизить воспалительный процесс в мочевых путях по сравнению с контрольной группой.