

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

НЕЙМАРК А.И., КАБЛОВА И.В., НОЗДРАЧЕВ Н.А.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ (Барнаул)

Доля мочекаменной болезни среди всех урологических заболеваний составляет 40% [1].

Высокий процент послеоперационных осложнений, а также частые рецидивы заболевания [2] побуждают к поиску и исследованию новых методов в лечении данного заболевания. Внедрение в урологическую практику дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) и нефролитолапаксии значительно снизило процент открытых хирургических вмешательств при мочекаменной болезни. Однако, даже такие малоинвазивные методы лечения неизбежно ведут к повреждению паренхимы почки [3]. Было выявлено, что мочекаменная болезнь оказывает негативное воздействие на канальцевый аппарат почки, что проявляется увеличением активности ферментов в моче [4]. Избавление от камня в настоящее время является основным этапом лечения пациента, страдающего мочекаменной болезнью. Однако, удаление камня лишь может создать условия для улучшения уродинамики, коррекции воспалительного процесса в мочевых путях. Тем более, что избавление от камня не может оказать воздействия на метаболические процессы, происходящие в организме каждого пациента. Это указывает на необходимость медикаментозной защиты почки у больных нефролитиазом, в том числе у пациентов, перенесших ДУВЛ и нефролитолапаксии. Кроме того, проведение нефролитолапаксии часто сопровождается инфекционно-воспалительными осложнениями, что также требует профилактических мероприятий. Многие научные работы доказывают преимущества фитопрепаратов в комплексном лечении мочекаменной болезни, такие как:

Высокая эффективность при длительном применении;

Воздействие на многие звенья патогенеза мочекаменной болезни;

Практически, полное отсутствие побочных эффектов.

К таким препаратам относятся «Пролит Септо» и «Канефрон®Н».

«Пролит Септо» – это натуральный фитокомплекс из лекарственных трав, которые препятствуют воспалению, обладают антисептическими и антибактериальными свойствами; улучшают клубочковую фильтрацию; оказывают диуретическое и спазмолитическое действие; не вызывая при этом привыкания и синдрома отмены.

«Канефрон®Н» – это комбинированный растительный препарат, который обладает диуретическим, противовоспалительным, спазмолитическим, антимикробным, вазодилаторным и нефропротекторным действием. Одновременный прием Канефрона®Н (1 мг/кг/день) значительно уменьшает протеинурию и развитие повреждения тканей. Применение Канефрона®Н после возникновения поражения тканей способствует более быстрой регенеративной пролиферации [5]. В серии последующих клинических наблюдений выявлена высокая эффективность Канефрона®Н в уменьшении протеинурии у пациентов с различной почечной патологией, в том числе и у беременных женщин [6–8]. Предположительный механизм нефропротекторного действия Канефрона®Н осуществляется благодаря флавоноидной составляющей, которая оказывает влияние на проницаемость базальной мембраны, то есть оказывает мембраностабилизирующее действие.

Нами проведено исследование, направленное на разработку пред- и послеоперационных профилактических мероприятий при проведении ДУВЛ и нефролитолапаксии, путем включения в комплексную терапию фитопрепаратов.

Целью данного исследования явилось повышение эффективности оперативного лечения больных нефролитиазом.

Нами обследовано 99 больных нефролитиазом. Из них 47 подвергшихся ДУВЛ, составили I группу и 52 подвергшихся нефролитолапаксии, составили II группу.

Основным критерием включения в исследование явилось наличие конкремента в лоханке почки. Для I-й группы размером от 0,5 до 2,0 см, для II-й более 2,0 см.

В исследование не включались пациенты, у которых выявлялось:

Конкременты, локализованные в ЛМС и мочеточнике;

Хронические заболевания почек с явлениями интермиттирующей и терминальной стадий хронической почечной недостаточности;

Туберкулез мочеполовой системы;

Злокачественные и доброкачественные новообразования мочеполовой системы;

Все другие урологические заболевания в острой стадии.

Пациенты, не способные адекватно отвечать на вопросы исследователя, заполнять необходимые до-

кументы и применять исследуемые препараты, либо участвовали в исследовании какого-либо другого лекарственного препарата и/или метода лечения.

I группу составили 47 пациента, в возрасте от 26 до 65 лет. Среди них 22 (47%) мужчины и 25 (53%) женщины. Средний возраст 43 ± 12 . Методом типологического отбора были рандомизированы на две подгруппы, сопоставимые по возрасту, полу, клиническим проявлениям и лабораторно-инструментальным показателям, численностью: IA (контрольная) группа – 20 человек и IB (основная) группа – 27 человек. Больным обеих подгрупп проводилась ДУВЛ на комплексе «Экнолит 2000» одноэтапно с допустимой мощностью от 15 до 25 кВт. В зависимости от размеров и плотности конкрементов количество ударов колебалось от 2000 до 3000 за сеанс. Отличие заключалось в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении пациентов. Пациентам IA группы не проводилось медикаментозной предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде проводилась только общепринятая терапия с назначением спазмолитических, противовоспалительных и литокинетических средств. В качестве контроля было обследовано 11 практически здоровых человек той же возрастной категории.

Больные IB группы в качестве предоперационной подготовки в течение 30 дней и в послеоперационном периоде в течение 7 дней дополнительно получали препарат, принимали Канефрон®Н по 50 капель или по 2 драже 3 раза. Эффективность лечения оценивалась по данным клинической симптоматики (боль в области почек, сроки, кратность и полнота отхождения конкрементов) и степени повреждения почечной ткани по данным уровня энзимуррии (щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), гаммаглутамил-трансфераза (ГГТ), N-ацетил-β-D-глюкозаминидаза (НАГ), лейцинаминопептидаза (ЛАП)). Данные исследования проводились до лечения, на следующие сутки после ДУВЛ и через 7 дней после ДУВЛ.

Безопасность и переносимость препарата оценивалась по следующим критериям:

- изменение объективных и субъективных данных;
- изменение лабораторных показателей (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови);
- развитие нежелательных явлений и их возможной связи с приёмом исследуемого препарата.

При оценке клинической картины в первые сутки после операции частота приступов почечной колики у пациентов IB группы была значительно реже по сравнению с IA группой (11,5%), что можно объяснить нефропротекторным и спазмолитическим действием препарата Канефрон®Н. Частота полного отхождения фрагментов разрушенного камня также была выше в IB группе пациентов (27,4%) по сравнению с IA (20,4%).

При исследовании уровня энзимуррии были получены следующие данные: у пациентов обеих групп до лечения отмечалось достоверное повышение уровня ферментов мочи, в сравнении с контролем ($p < 0,05$), в частности, ГГТ была повышена в среднем на 2,87 ЕД/л, ЩФ – на 3,68 ЕД/л, ЛДГ – на 2,82 ЕД/л, ЛАП – на 3,84 ЕД/л и β-НАГ – на 2,56 ЕД/на 1 ммоль креатинина.

На 1-е сутки после проведенной ДУВЛ у пациентов IA группы наблюдалось увеличение уровня ГГТ в среднем на 3,01 ЕД/л, ЩФ – на 11,95 ЕД/л, ЛДГ – на 3,5 ЕД/л, ЛАП – на 4,01 ЕД/л и β-НАГ – на 2,98 ЕД/на 1 ммоль креатинина, в то время как в IB группе пациентов, принимавших Канефрон®Н в течение 1 месяца до литотрипсии, этот подъем был менее выражен, в частности ГГТ повышалась в среднем на 2,79 ЕД/л, ЩФ – на 8,36 ЕД/л, ЛДГ – на 3,05 ЕД/л, ЛАП – на 3,06 ЕД/л и β-НАГ – на 2,6 ЕД/на 1 ммоль креатинина. На 7-е сутки после оперативного лечения у больных обеих групп происходило достоверное снижение показателей энзимуррии. При этом в IB группе пациентов, получавших в комплексной терапии Канефрон®Н, два показателя (ЛАП и β-НАГ) достигли контроля, а в III группе пациентов, получавших только стандартную терапию, все показатели оставались достоверно выше контрольных.

II группу составили 52 пациента, средний возраст $52 \pm 4,7$ лет. Методом типологического отбора были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, клиническим проявлениям и лабораторно-инструментальным показателям, численностью: IIA (контрольная) группа – 25 человек и IIB (основная) группа – 27 человек.

Пациентам обеих групп проводилась перкутанная нефролитолапаксия. Отличие заключалось в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении больных. Пациентам IIA группы не проводилось медикаментозной предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде назначалась только общепринятая терапия с использованием спазмолитических, противовоспалительных и литокинетических средств. Больные IIB группы в качестве предоперационной подготовки в течение 30 дней и в послеоперационном периоде в течение 7 дней дополнительно получали препарат «Пролит Септо» по 2 драже x 3 раза/день.

Эффективность лечения оценивалась по данным клинической симптоматики (боль в поясничной области с пораженной стороны, сроки, кратность и полнота отхождения конкрементов) и частоты возникновения воспалительных осложнений. Данные исследования проводились до лечения, на следующие сутки после нефролитолапаксии и через 7 дней после нефролитолапаксии.

При оценке клинической картины в первые сутки после операции болевой синдром в области пораженной почки отмечался у всех пациентов обеих групп. В ходе наблюдения было отмечено, что в послеоперационном периоде болевой синдром раньше купировался на фоне комплексной терапии с применением препарата «Пролит септо» и к 7-м суткам после операции отмечался более чем в 2 раза реже (11,2%) по сравнению со стандартной терапией (23,5%).

При исследовании мочи было выявлено, что на фоне комплексной терапии с применением препарата «Пролит септо» частота встречаемости клинически значимой лейкоцитурии (у 89% пациентов IB группы и 54% IB) и как следствие частота атак пиелонефрита (53% пациентов IB группы и 31% пациентов IB группы) в послеоперационном периоде значительно реже по сравнению со стандартной терапией, что под-

тверждает противовоспалительное действие препарата «Пролит септо».

На основании полученных результатов нами сделаны следующие выводы:

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия оказывает повреждающее действие на паренхиму почки, что проявляется повышением энзимурии.

Включение препарата Канефрон®Н в комплексную терапию больных мочекаменной болезнью перед предстоящей ДУВЛ препятствует выраженному подъему уровня ГГТ, ЩФ и НАГ мочи во время операции, что указывает на защитное действие препарата на почки, а также способствует нормализации таких показателей энзимурии как ЛАП и НАГ уже на 7 сутки после литотрипсии, что свидетельствует о более быстром восстановлении почечной ткани в послеоперационном периоде.

Отсутствие мер профилактики при проведении нефролитолапаксии у больных нефролитиазом приводит к повышенной травматизации почки, значительно повышает уровень бактериальной обсеменённости мочи, располагающий к развитию пиелонефрита.

Комплексная терапия с применением препарата «Пролит септо» позволяет достоверно улучшить течение послеоперационного периода, оказывая нефропротекторное действие.

Включение препарата «Пролит септо» в комплексную терапию при проведении нефролитолапаксии

препятствует активизации хронического пиелонефрита, способствует более быстрому купированию болевого синдрома.

Таким образом, фитопрепараты можно рекомендовать, с учетом их свойств, в предоперационной подготовке и послеоперационном периоде у больных нефролитиазом, подвергшимся оперативному лечению.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Урология / под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 368 с.
2. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб: Питер, 2000. – С. 384.
3. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи 28–30 апреля 2003г. – М.: Москва, 2003. – С. 5–25.
4. Неймарк А.И., Жуков В.Н., Фидиркин А.В. Влияние экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии на показатели энзимурии у больных нефролитиазом // Урология и нефрология. – 1997. - № 4. – С. – 11–13.
5. Sterner W., Helsler E., Popp H.O., Fischer H. Studies on the Effectiveness of Canephron in Renal Diseases – Pharmacological Investigations and Practical Experiences. Physikal // Medizin. Rehabilitat. – 1973. – N 14. – 239–258.