



Рис. 4. Пациентка С. Состояние после резекции левой почки через 2 года

**Выводы.** 1) Тактика при диагностированном раке почки у беременных остается

такой же, как и у не беременных пациентов. 2) Наличие рака почки у беременной при хорошей функции контрлатеральной почки не является показанием для преждевременного прерывания беременности. 3) МРТ при беременности является оптимальным методом диагностики рака почки у беременных. Этот метод позволяет получить оптимальную информацию без лучевой нагрузки для матери и плода.

*Сведения об авторах статьи:*

**Франк Михаил Александрович** – д.м.н., заведующий урологическим отделением МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**Гайтова Марина Рифовна** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**Петров Д.В.** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**Паншин Сергей Викторович** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**Мурзин Михаил Олегович** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189. E-mail: r.murzin@gmail.ru.

**Сорочкин Дмитрий Александрович** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**Мясников П.Н.** – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бохман, Я.В. Лекции по онкогинекологии. – М.: Медицинское информационное агенство, 2007. – С.78-92.
2. Вишневецкая, Е.Е. Рак и беременность. – Минск. Высшая школа, 2000. – 319 с.
3. Протасова, А.Э. Редкие сочетания злокачественных опухолей и беременности /А.Э.Протасова, Д.А.Протасов//Практическая онкология. – 2009. – Т.10, №4 – С. 216.
4. Аляев Ю.Г., Синицин В.Е., Григорьева Н.А. Магнито-резонансная томография в урологии. – М.: Практическая медицина; 2005.
5. МР-диагностика в акушерстве и гинекологии / Панов В., Калабухова Е., Потапова С. И. [и др.]. – 2003. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://nld.by/conferences/conf03/stat12.htm>.
6. American Cancer Societi: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta. Ga: American Cancer Societi. 2009.
7. Parkin D., Wbelan S. Cancer incidence in Feve Continents // IARC. Scientific Publication. – Lyon. – 2002. - Vol. VIII. - №155. – 781 p.
8. Pentberoudakis G. Pavilidis Cancer and pregnancy: Poema magna.not anymore// European journal of cancer.– 2006.– Vol.42.– issue 2.– P.126-140.
9. Pentberoudakis G. Cancer and pregnancy// Annals of Oncology. – 2008. Vol.19(Suppl.5). – P.38-39.

УДК 616.62-003.7-084-085.322.254.7

© О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.Б. Долгов, 2013

**О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.Б. Долгов**  
**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ МЕТАФИЛАКТИКЕ УРОЛИТИАЗА**  
 ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет  
 им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Наряду с появлением новых высокотехнологичных малоинвазивных методик лечения мочекаменной болезни вопросы профилактики рецидива заболевания остаются в настоящее время не в полной мере разработанными. Отсутствие четких рекомендаций по метафилактике мочекаменной болезни сводит на нет результаты проводимых оперативных вмешательств и дорогостоящих методик. Существует множество подходов к противорецидивному лечению, одним из которых является применение фитопрепаратов. В статье показана эффективность препарата Пролит-септо в реабилитации больных с мочекаменной болезнью после выполнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ).

**Ключевые слова:** уrolитиаз, метафилактика, пролит-септо, дистанционная ударно-волновая литотрипсия.

**O.V. Osnovin, V.M. Popkov, B.I. Blyumberg, D.N. Khotko, A.B. Dolgov**  
**NEW APPROACHES TO EARLY METAPHYLAXIS OF UROLITHIASIS**

Along with new high tech minimally invasive methods of urolithiasis treatment the questions of relapse prevention remain insufficiently developed. Absence of strict recommendations for urolithiasis metaphylaxis mocks the results of surgery and expensive methods. There are many approaches for anti-recurrent treatment, one of which is the use of various herbal medicines. The article shows the effectiveness of the drug Prolite septo for urolithiasis metaphylaxis, and its application to litholytic therapy after ESWL.

**Key words:** urolithiasis, metaphylaxis, prolite septo, extracorporeal shock-wave lithotripsy.

Метафилактика мочекаменной болезни подразумевает под собой комплекс мероприятий общеоздоровительного характера, проведения медикаментозного, различных методов оперативного и противорецидивного лечения, направленных на избавление пациента от камня и предупреждение рецидива заболевания после его самостоятельного отхождения или удаления оперативным путем.

Современные методы лечения МКБ, в большинстве случаев, позволяют избавиться пациента от камня. Однако значительное количество резидуальных камней в мочевых путях, особенно после ДЛТ, степень выраженности хронического воспалительного процесса в мочевых путях, требует проведения соответствующей терапии. Кроме этого, недостаточное и неадекватное лечение больных в послеоперационном периоде ведет к прогрессированию течения хронического пиелонефрита и быстрому рецидивированию МКБ. Метафилактика больных мочекаменной болезнью после различных видов оперативного лечения начинается со дня выписки пациента из стационара и заканчивается последним днем жизни больного. Ее необходимо разделить на период ранней послеоперационной метафилактики и период динамической метафилактики МКБ.

Задачи ранней послеоперационной метафилактики: 1) борьба с воспалительными изменениями в почке, окружающих тканях и мочевых путях; 2) проведение мероприятий, направленных на улучшение гемо- и уродинамики, уменьшение развития рубцово-склеротических процессов в зоне оперативного вмешательства (в паренхиме почки, стенке мочеточника, паранефральной, парауретеральной клетчатке); 3) стимуляция отхождения дезинтегрированных фрагментов конкремента.

В этой связи представляет большой интерес оценить эффективность в реабилитации пациентов с мочекаменной болезнью комплексных растительных препаратов. Одним из подобных фитопрепаратов нового поколения, широко применяемых в урологии, является фитопрепарат «Пролит-Септо».

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности и переносимости препарата Пролит-Септо в периоде ранней послеоперационной метафилактики у больных уrolитиазом.

**Материалы и методы.** В НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии при ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России проведено исследование

эффективности применения препарата Пролит-Септо после ДУВЛ.

Было обследовано 139 пациентов с мочекаменной болезнью. 80 из них были включены в группу Пролит-Септо (основная группа) и 59 – в контрольную группу.

Таблица 1.

Локализация камней у больных из группы Пролит-Септо

Локализация камней	Число больных	Средний размер камней
Группа А: Камни почек	39	7,4 мм
Группа В: Камни в/3 мочеточника	13	3,2 мм
Группа С: Камни с/3 мочеточника	11	2,6 мм
Группа D: Камни н/3 мочеточника	17	2,1 мм

Группу Пролит-Септо составили 80 пациентов (55 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 29 до 58 лет. Длительность заболевания у большинства больных составляла 3-5 лет. При обследовании у всех пациентов были выявлены камни почек или мочеточников (см. табл. 1).

Контрольную группу составили 59 пациентов (35 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 34 до 62 лет. Длительность заболевания у большинства больных составляла 2-4 года. При обследовании у всех пациентов были выявлены камни почек или мочеточников (см. табл. 2)

При обследовании пациентов как основной, так и контрольной группы обращалось внимание на лейкоцитурию, значение рН мочи, суточный диурез.

Таблица 2.

Локализация камней у больных из контрольной группы (n=59)

Локализация камней	Число больных	Средний размер камней
Группа А1: Камни почек	21	8,1 мм
Группа В1: Камни в/3 мочеточника	14	2,8 мм
Группа С1: Камни с/3 мочеточника	9	3,1 мм
Группа D1: Камни н/3 мочеточника	15	3,6 мм

В основной группе лейкоцитурия была выявлена у 52 (65%) больных, в контрольной группе – у 25 (42,4%) больных. Значение рН мочи в основной и контрольной группе в среднем составляло 5,7, суточный диурез – 1300 мл. Всем пациентам была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Пациентам основной группы в составе медикаментозной терапии назначался Пролит-Септо по 2 капсулы 3 раза в день. Пациентам контрольной группы проводилась спазмолитическая и противовоспалительная терапия без назначения Пролит-Септо.

Критериями оценки эффективности препарата Пролит-Септо служили сроки отхождения дезинтегрированных конкрементов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии, снижение лейкоцитурии, увеличение суточного диуреза, нормализация рН мочи.

**Обсуждение.** Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых пяти суток после дистанционной ударно-волновой литотрипсии в группе А (n=39) произошло у 29 (74,4%) больных, тогда как в группе А1 (n=21) – у 7 (33,3%) пациентов. 4 пациентам из группы А и 6 пациентам из группы А1 потребовался повторный сеанс ДУВЛ.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых пяти суток после дистанционной ударно-волновой литотрипсии в группе В (n=13) произошло у 10 (76,7%) больных, тогда как в группе В1 (n=14) – у 5 (35,7%) пациентов. 2 пациентам из группы В1 потребовался повторный сеанс дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых пяти суток после дистанционной ударно-волновой литотрипсии в группе С (n=11) произошло у 8 (72,7%) больных, тогда как в группе С1 (n=9) – у 4 (44,4%) пациентов.

Отхождение дезинтегрированных конкрементов в течение первых пяти суток после дистанционной ударно-волновой литотрипсии в группе D (n=17) произошло у 15 (88,2%) больных, тогда как в группе Ш (n=15) – у 8 (53,3%) пациентов.

Таким образом, очевидно, что применение Пролит-Септо в составе комплексной терапии после дистанционной ударно-волновой литотрипсии ускоряет отхождение фрагментов конкрементов из мочевых путей, независимо от уровня их исходной локализации. По-видимому, это обусловлено комплексным спазмолитическим и диуретическим эффектом препарата, а также его антимикробным и противовоспалительным действием, вслед-

ствие которого уменьшались воспалительные изменения слизистой оболочки мочевых путей.

Данную гипотезу подтверждает тот факт, что исчезновение лейкоцитурии на 7-е сутки в основной группе отмечено у 72 (90%) пациентов, тогда как в контрольной группе – всего у 25 (42,4%) пациентов. В группе Пролит-Септо повышения количества лейкоцитов в контрольных анализах мочи не наблюдалось; рН мочи поддерживался в диапазоне 6,2-6,8, суточный диурез увеличился до 2-2,5 л. Ни у одного пациента побочных эффектов и осложнений при приеме препарата Пролит-Септо не отмечено.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что:

- использование препарата Пролит-Септо в комплексном лечении больных с мочекаменной болезнью, перенесших дистанционную ударно-волновую литотрипсию, способствует более быстрому отхождению фрагментов конкрементов;

- препарат «Пролит-Септо» ускоряет снижение лейкоцитурии, способствует увеличению суточного диуреза и нормализации рН мочи;

- «Пролит-Септо» улучшает результаты стандартной консервативной литокинетической терапии и результаты дистанционной ударно-волновой литотрипсии при небольших конкрементах мочеточников.

Следовательно, фитопрепарат «Пролит-Септо» является эффективным и безопасным лекарственным средством и может быть рекомендован к широкому применению у пациентов с мочекаменной болезнью с лечебной и профилактической целью.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Оснин О.В.** – к.м.н., ассистент кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

**Попков В.М.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии, ректор ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112. Тел. (8452) 56-67-96.

**Бломберг Б.И.** – к.м.н., профессор кафедры урологии, с.н.с. НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

**Хотько Д.Н.** – к.м.н., ассистент кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

**Долгов А.Б.** – сотрудник кафедры урологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аляев Ю. Г., Рапопорт Л. М., Руденко В. И. и др. 1st International Consultation on Stone Disease. Paris, 3-4 July 2001. Book of abstracts; 63: 63.
2. Дзеранов Н. К., Гришкова Н. В., Бойко Т. Ф., Голованов С. А. Условия проведения дистанционной литотрипсии при различном физико-химическом составе мочевых конкрементов//Урология и нефрология. 1994. № 6. С. 10-13.
3. Дутов В. В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: Дис. д-ра мед. наук. М., 2000.
4. Wallace K.L., Riedel A.A., Joseph-Ridge N., et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adult in a managed care population J Rheumatol 2004; 31: 1582-7.
5. Choi HK, Curhan G. Gout: epidemiology and lifestyle choices. Curr Opin Rheumatol 2005; 17:341-5.
6. Saag K.G., Mikuls T.R. Recent advances in the epidemiology of gout. Curr Rheumatol Rep 2005; 7: 235-41.
7. Zhang W., Doherty M., Bardin T. et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutics. Ann Rheum Dis 2006; 65: 1312–24.