

улучшается функция почки вследствие отсутствия препятствия к оттоку мочи, верхние мочевые пути восстанавливают эвакуаторную способность.

При наличии у пациента «разгрузочной» нефростомы через 3-4 недели после операции проводилось ее пережатие сроком на 1 - 2 недели с последующей оценкой проходимости мочевых путей на фоне установленного стента во время операции. При адекватном восстановлении оттока мочи и отсутствии бактериурии выше 10^4 проводилось первичное удаление нефростомы с последующим удалением мочеточникового стента в вышеперечисленные сроки.

Регулярная оценка результатов общего анализа и посева мочи определяет длительность проведения пациенту антибактериальной терапии. Как правило, после удаления стента пациенту назначались курсы уроантисептиков до 3 недель. Таким образом, общая продолжительность антибактериальной, фитотерапии составляет до 2.5-3 месяцев.

При бактериурии ниже 10^4 пациентам рекомендовалось санаторно-курортное лечение через 2 месяца после операции.

На раннем и позднем этапах диспансеризации проводилось комплексное обследование пациента как в условиях поликлиники СОКБ №1, так и в условиях урологического стационара.

Трудоспособность.

В подавляющем большинстве случаев трудовой прогноз у лиц, перенесших малоинвазивную реконструктивную операцию на нижней трети мочеточника, благоприятный. Все лица, занимающиеся преимущественно умственным трудом, работают на прежних местах. Среди больных, занятых физическим трудом, большинство (90%) выполняют прежнюю работу после периода назначения КЭК легкого труда и других мероприятий рационального трудоустройства.

Заключение

Комплекс клинических реабилитационных мероприятий после малоинвазивных реконструктивно-пластических операций в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, в период диспансеризации позволяет существенно улучшить восстановление основных почечных функций а в результате и качество жизни пациентов.

Сведения об авторах статьи:

Баженов И.В., д.м.н., проф., заведующий 3 урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1, адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185.

Истокский К.Н., к.м.н., ассистент кафедры урологии УГМА, врач 3 урологического отделения ГУЗ СОКБ №1, адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185.

Берестецкий И.Е., врач 3 урологического отделения ГУЗ СОКБ №1, адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185, e-mail: berest-ilya@ya.ru.

Давыдкин П.Н., врач 3 урологического отделения ГУЗ СОКБ №1, адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженов И.В. Малоинвазивные открытые ретроперитонеоскопические операции при некоторых урологических заболеваниях почек: Дисс. ... д-ра мед. наук. МОНКИ им. М.Ф. Владимирского. – М., 2003.- 254 с.
2. Баженов И.В., Истокский К.Н., Журавлев О.В. Малоинвазивные ретроперитонеоскопические операции на нижней трети мочеточника и мочевом пузыре // Материалы первого российского конгресса по эндоурологии, Москва, 4-6 июня 2008 г., – С.293-294.
3. Баженов И.В., Истокский К.Н., Бурцев С.А. Ретроперитонеоскопические (РПС) открытые операции при повторных вмешательствах на органах забрюшинного пространства урологии // Уральский медицинский журнал. – 2008. – №14. – С.8-10.
4. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Зырянов А.В., Журавлев О.В., Истокский К.Н., Бурцев С.А. Открытые малоинвазивные ретроперитонеоскопические операции в урологии // Уральский медицинский журнал. – 2007. - №9. – С. 7-8.
5. Хирургия протяженных сужений мочеточников Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. / С.-Пб.: Диалект, 2005. – 121 с.- ил
6. Оперативная урология / Под ред. акад. Лопаткина Н.А. и проф. И.П. Швецова. – Л.: «Медицина», 1986. – С. 164-165
7. Роль ретроперитонеоскопических операций в урологии / Д.И. Пархонин, А.Г.Мартов, В.Р. Шадулин, М.Ю.Голубев // Материалы первого российского конгресса по эндоурологии. Москва, 4-6 июня 2008.-М., 2008.- С.317-318.
8. Хинман, Ф. Оперативная урология: атлас: пер. с англ / ред. Ю.Г.Аляева, В.А.Григорьяна.-М.: Геотар-Мед, 2001.-502-514 с.-ил.

УДК 616.613-003.7:612.015.39:577.125.33]:615.014.425(045)
© Б.И. Блюмберг, О.В. Основин, Р.Н. Фомкин, 2011

Б.И. Блюмберг, О.В. Основин, Р.Н. Фомкин
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ УРИСАНА
ПРИ УРАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Росздрава», г. Саратов
НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии СГМУ, г. Саратов

Проведено исследование эффективности и переносимости урисана у 65 больных мочекислым уrolитиазом с гиперурикемией. Средний исходный уровень урикемии составлял 9,84 мг/дл (585 мкмоль/л). 41% больных имели концентрацию мо-

чевой кислоты не менее 10,0 мг/дл (595 мкмоль/л). За время лечения побочных эффектов не зарегистрировано, отмечалась хорошая переносимость препарата. Не наблюдалось обострения калькулезного пиелонефрита. Средний уровень мочевой кислоты (МК) сыворотки крови до начала терапии составил $585,5 \pm 112,2$ мкмоль/л, к концу исследования – $478,9 \pm 105,3$ мкмоль/л ($p=0,001$). В целом по группе произошло снижение уровня МК в крови на 15%. Средняя концентрация МК в моче возросла с 3,4 до 5,2 ммоль/сут ($p=0,0004$). За время исследования не выявлено существенных изменений показателей, отражающих функцию печени и почек. При ультразвуковом контроле отмечено уменьшение объема ранее диагностированных конкрементов в среднем на 16 %.

Ключевые слова: урисан, гиперурикемия, уратный уролитиаз, литолиз

B.I. Bljumberg, O.V. Osnovin, R.N. Fomkin ESTIMATION OF URISAN CLINICAL EFFICIENCY IN URATE NEPHROLITHIASIS

A study of urisan efficacy and tolerance in 65 patients with uric urolithiasis and hyperuricemia has been carried out. The average initial level of uricemia made up 9.84 mg/dl (585 mkmol/l). Herein, 41 % of patients had urinary acid (UA) concentration no less than 10.0 mg/dl (595mkmol/l). No side effects have been observed in the course of the treatment, the drug being well-tolerated. No signs of calculous pyelonephritis exacerbation were observed. The average level of urinary acid of blood serum prior to therapy made up to 585.5 ± 112.2 mkmol/l, at the end of the study declining down to 478.9 ± 105.3 mkmol/l ($p=0.001$). In all the group urinary acid level in blood generally decreased by 15 %. On the average, UA level concentration in urine increased from 3.4 to 5.2 mmol/day ($p=0.0004$). No significant alterations in liver and kidney function indications were detected in the course of the research. A reduction in the levels of previously identified concretions by an average of 16% was registered by ultrasonic examination.

Key words: urisan, a hyperuricemia, uric urolithiasis, litholysis.

Уратный (мочекислый) нефролитиаз — один из видов мочекаменной болезни, удельный вес его составляет около 20–25% от общего числа больных, страдающих этим заболеванием [1]. Общепринято, что уратный нефролитиаз возникает вследствие нарушения пуринового метаболизма, что нередко приводит к повышению концентрации в организме его конечного продукта — мочевой кислоты (МК). Гиперурикемия наблюдается у 37 % пациентов с уратным нефролитиазом. Рост заболеваемости связан с увеличением потребления белка на фоне уменьшения двигательной активности населения. Уратный нефролитиаз чаще всего развивается после 45 лет, т.е. в возрасте, когда в организме возникают различные обменные нарушения. Лица с избыточной массой тела больше склонны к образованию уратных камней. Однако не только избыточное питание, но и длительное голодание влекут за собой увеличение концентрации МК в крови [5].

Важность проблемы связана и с заметным учащением вторичной гиперурикемии, что обусловлено приемом различных лекарств (тиазидовые диуретики, салицилаты, цитостатики), употреблением алкоголя, вызывающего гиперлактатацидемию, которая тормозит выделение МК почками, а также рядом заболеваний (эритремия, миелолойкоз, гемолитические состояния, миеломная болезнь и др.). Гиперурикемию обнаруживают у больных поликистозом почек, хронической почечной недостаточностью, гидронефрозом, опухолью почки [4].

В настоящее время появилась возможность по-новому рассматривать вопросы лечения и профилактики уратного нефролитиаза, что позволяет надеяться на более благоприятный прогноз. Связано это как с уточне-

нием некоторых сторон патогенеза данного заболевания, в основе которого лежат нарушения пуринового обмена, так и с внедрением в терапию препаратов, обладающих литолитическим действием, и медикаментозных средств, которые устраняют факторы, способствующие камнеобразованию. Использование современных препаратов позволяет добиться растворения уратных камней у большинства больных и, следовательно, избавить их от травматичного оперативного лечения.

Накопленный опыт свидетельствует, что заболевания, обусловленные нарушением пуринового обмена, носят стойкий характер, требуют усердия и терпения как со стороны врача, так и со стороны пациента. Положительного эффекта удастся достичь лишь при длительном соответствующем медикаментозном воздействии. В случае правильного выбора показаний к этому методу лечения его результат превосходит самые оптимистические прогнозы и ожидания. В отечественной и зарубежной литературе имеется достаточно данных об эффективности литолитической терапии уратных камней. Следует отметить, что при лечении крупных уратных камней эффективность литолитической терапии значительно повышается после их фрагментации методом ДЛТ, так как после дробления в сотни раз возрастает площадь соприкосновения мочи с поверхностью камня [2,6].

Литолитическая терапия уратного нефролитиаза должна быть комплексной и направленной на снижение содержания мочевой кислоты во внеклеточном пространстве. С этой целью применяют препараты, оказывающие урикоостатическое действие, и мочегонные сборы. Пациентам назначается диета с ограничением продуктов, богатых белком. Литолиз уратных камней проводят под ульт-

развучковым контролем. Важно отметить, что растворимы при проведении литолитической терапии только мочекидные камни. Камни, состоящие из солей мочевоы кислоты: урата натрия, урата калия, — растворяются хуже [3]. Среди снижающих уровень МК препаратов наиболее доступным является ингибитор ксантинооксидазы аллопуринол, рекомендованный EULAR в качестве длительной антигиперурикемической терапии. Терапия аллопуринолом характеризуется низкой приверженностью больных к лечению. Пациенты, особенно молодого возраста, зачастую самостоятельно прекращают прием препарата, что способствует хронизации заболевания и развитию осложнений. Таким образом, поиск альтернативных лекарственных средств, оказывающих антигиперурикемическое действие, чрезвычайно важен.

Урисан - растительный комплекс, в состав которого входят экстракты корневищ имбиря лекарственного, имбиря ароматного, куркумы длинной, альпинии лекарственной, листьев ортосифона тычинкового, травы хвоща полевого. Эти лекарственные растения способствуют ощелачиванию мочи, увеличению почечной фильтрации, диуреза и выведения МК почками, обладают выраженными спазмолитическими свойствами. Описаны противовоспалительные, антиоксидантные эффекты куркумы длинной. Изучена также противовоспалительная активность альпинии лекарственной и хвоща полевого. Антиоксидантные, гиполипидемические и гипогликемические свойства характерны для ортосифона.

Урисан как противовоспалительный и урикозурический препарат успешно применяется в комплексном лечении и профилактике воспалительных заболеваний суставов: артрита, артроза, подагры, а также при мочекаменной болезни у пациентов с уратным нефролитиазом. Урисан обладает свойствами «природного антибиотика», снижает частоту инфекций мочевого тракта, предотвращает образование камней в почках, проявляет антиоксидантную активность, потенцирует защитные функции организма, снижает риск развития сердечно - сосудистой патологии и поддерживает здоровье и улучшает качество жизни пожилых людей.

Урисан представляет собой сочетание двух экстрактов, потенцирующих действие друг друга и способствующих избавлению от мочевых инфекций. Продукт особенно рекомендуется во время и после приема антибио-

тиков ввиду благоприятного воздействия на состав кишечной флоры.

В НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии при СГМУ проведено исследование эффективности и переносимости урисана у больных мочекидным уролитиазом с гиперурикемией не менее 8,0 мг/дл (480 мкмоль/л).

Отбор больных проводился по следующим показаниям:

1. Наличие рентгеногегативного камня на фоне имеющих проявлений уратного нефролитиаза: нарушенного обмена мочевоы кислоты, резко кислой реакции мочи, большого количества кристаллов мочевоы кислоты в ее осадке.

2. Отхождение мелких камней или солевых конгломератов, состоящих из мочевоы кислоты.

3. Состояние после удаления или литолиза уратного конкремента для профилактики рецидивов.

Цель исследования: оценка клинической эффективности и переносимости препарата Урисан у больных мочекидным уролитиазом и гиперурикемией.

Материал и методы

Объектами исследования явились 65 больных с уратным нефролитиазом, ранее не получавших антигиперурикемическую терапию. Возраст больных составил от 35 до 62 лет (в среднем - $43,7 \pm 9,6$ года), продолжительность болезни - $5,3 (3,2 \pm 1,2)$ года. Средний исходный уровень урикемии составлял 9,84 мг/дл (585 мкмоль/л). 41% больных имели концентрацию мочевоы кислоты более 10,0 мг/дл (595 мкмоль/л). У 39% пациентов имелись ранее перенесенные операции на мочевых путях. У 80 % пациентов диагноз подтвержден обнаружением кристаллов мочевоы кислоты в моче и гиперурикемией не менее 480 мкмоль/л. Пациентам назначали Урисан по 2 капсулы 2 раза в день в течение месяца. До и после лечения выполняли УЗИ мочевыводящих путей, биохимическое исследование крови (уровень мочевоы кислоты, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ) и анализ суточной мочи. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 (Statsoft, США).

Результаты и обсуждение

За время лечения урисаном побочных эффектов не зарегистрировано, отмечалась хорошая переносимость препарата. Не наблюдалось обострения калькулезного пиелонефрита. Средний уровень МК сыворотки крови до начала терапии составил $585,5 \pm 112,2$

мкмоль/л числом пациентов (95%), не вызывает побочных эффектов., к концу исследования – $478,9 \pm 105,3$ мкмоль/л ($p=0,001$). В целом по группе произошло снижение уровня МК в крови на 15% (рис. 1). Средняя концентрация МК в моче возросла с 3,4 до 5,2 ммоль/сут ($p=0,0004$; рис. 2). За время исследования не выявлено существенных изменений показателей, отражающих функцию печени и почек. При ультразвуковом контроле отмечено уменьшение объема ранее диагностированных конкрементов в среднем на 16%.

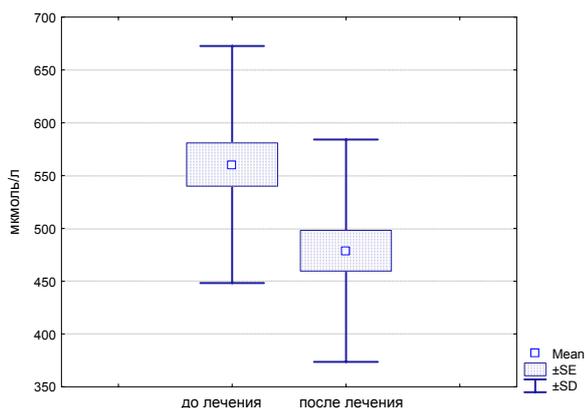


Рис. 1. Динамика уровня МК в сыворотке крови ($p=0,001$) у больных уратным нефролитиазом до и после лечения урисаном

Таким образом, нами получен положительный опыт применения урисана у больных уратным уролитиазом. После курса лечения отмечается уменьшение концентрации моче-

вой кислоты крови, по-видимому, за счет увеличения ее экскреции. Увеличение клиренса литогенных веществ положительно сказывается на течении нефролитиаза – установлено уменьшение размеров конкремента, что улучшает прогноз течения заболевания и повышает вероятность отхождения резидуальных камней. Мы рекомендуем прием препарата короткими курсами (эффективность и безопасность длительного использования нуждаются в дальнейшем изучении) и только по согласованию с лечащим врачом.

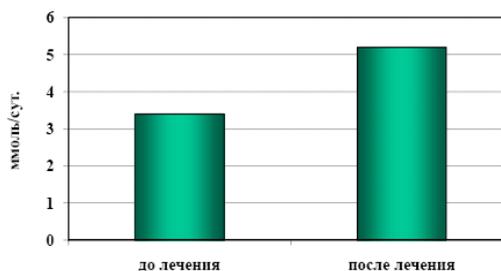


Рис. 2. Динамика уровня урикозурии ($p=0,0004$) у больных уратным уролитиазом до и после лечения урисаном

Выводы

1. Препарат урисан оказывает отчетливое и достоверное положительное влияние на клиническое течение уратного нефролитиаза.
2. Препарат хорошо переносится подавляющим числом пациентов (95%), не вызывает побочных эффектов.

Сведения об авторах статьи:

Блюмберг Борис Исаакович - главный уролог МЗ Саратовской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии СарГМУ, старший научный сотрудник НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии ГОУ ВПО СарГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава. 410054, Саратов, ул. Большая Садовая, д. 137, корпус 7. E-mail- kay1973@bk.ru

Фомкин Роман Николаевич - ассистент кафедры урологии, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии ГОУ ВПО СарГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава. 410054, Саратов, ул. Большая Садовая, д. 137, корпус 7. E-mail- rnfomkin@mail.ru

Осннин Олег Владимирович - кандидат медицинских наук, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения клинической больницы им. С.П. Миротворцева ГОУ ВПО СарГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава. 410054, Саратов, ул. Большая Садовая, д. 137, корпус 7. E-mail- o.v.osninin@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.-С.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения. – М. –Тверь: «Грида», 2006.- 236с.
2. Дзеранов, Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н.К. Дзеранов. - М., 1994. - 24с.
3. Дутов, В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни: Дис. ... докт. мед. наук / В.В. Дутов. - М., 2000. - 311с.
4. Лопаткин, Н.А. Лечение больных коралловидным нефролитиазом / Н.А. Лопаткин, Э.К. Яненко // Современные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни. - М., 1991. – С. 78-81.
5. Тиктинский, О.Л. Мочекаменная болезнь / О.Л. Тиктинский, В.П. Александров. - СПб.: Питер, 2000. – 384 с.
6. Частота рецидивов камнеобразования после ДЛТ / Д.А. Бешлиев, Б.М. Крендель, О.В. Константинова, Ю.Н. Ткаченко // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. - М., 2003. – С. 74-75.