

Роль фитопрепарата Канефрон Н в лечении пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек

А.И. Попов, Т.А. Попова, 8-я городская поликлиника, г. Минск, Республика Беларусь

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов мочевыделительной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения, не менее 3% населения Европы и Азии страдают МКБ, наблюдается тенденция к дальнейшему росту заболеваемости.

➔ Это можно объяснить увеличением продолжительности жизни, гиподинамией, повышенным потреблением белковых продуктов и алкоголя, возрастающим психоэмоциональным напряжением жизни, применением некоторых медикаментозных средств, а также неблагоприятными экологическими условиями. Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет выявлять мелкие конкременты в чашечках почек задолго до появления клинических признаков МКБ. Мочевые камни чаще образуются у мужчин. Конкременты чаще локализируются в правой почке; у 10-15% пациентов имеет место двусторонний процесс.

Патогенез МКБ связан с рядом сложных физико-химических процессов, происходящих как в организме в целом, так и в почке и мочевыводящих путях. Среди факторов, способствующих камнеобразованию, выделяют следующие:

- хронические заболевания органов мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит, простатит и др.);
- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, колит);

- травмы и заболевания костей (переломы, остеопороз, остеомиелит);
- алиментарный фактор (недостаток витаминов в пище);

- обезвоживание организма (прием небольшого количества жидкости);
- географический фактор (избыток солей кальция в источниках воды).

Для формирования конкремента необходима основа – белково-мукополисахаридная матрица камня, которая вырабатывается почкой и может выделяться с мочой. Причиной образования матрицы могут служить обменные нарушения в дистальных отделах нефрона, обусловленные наследственными (ферменто- и тубулопатиями), обменными (дистальным канальцевым ацидозом) нарушениями, выделением малорастворимых соединений, а также расстройствами внутрпочечной гемодинамики. Свободное выделение матрицы с мочой не приводит к формированию конкремента, задержка ее под влиянием расстройств уродинамики, напротив, делает матрицу своеобразным ядром кристаллизации, способствуя образованию микролита, а затем формированию постепенно увеличивающегося конкремента.

Подобным ядром кристаллизации, кроме матрицы, могут стать скопления слущенных погибших клеток уротелия в условиях застоя мочи, а также микроорганизмы и клеточный детрит на фоне воспалительного процесса и нарушений уродинамики. Нормальная моча, будучи в 10 раз перенасыщенным раствором солей, является стабильной средой, в которой в норме спонтанная кристаллизация не наступает благодаря коллоидному равновесию мочи. Даже временные нарушения внутрпочечного кровообращения, связанные непосредственно с расстройствами уродинамики, микробные факторы и воспаление могут уменьшать продукцию и количественное содержание защитных коллоидов в моче, что способствует кристаллизации и постепенному росту камня.

Проблема консервативного лечения МКБ остается актуальной, несмотря на внедрение и совершенствование малоинвазивных методов удаления мочевых конкрементов. Отмечается повышение интереса к терапии МКБ лекарственными средствами растительного происхождения. Эффективность применения

лекарственных растений доказана с помощью научно обоснованных методов – биохимических, биологических, а также структурно-аналитических. Показано, что экстракты лекарственных растений не уступают по эффективности химическим веществам, а иногда даже превосходят последние. Применение фитопрепаратов у пациентов с МКБ приводит к купированию воспалительного процесса, улучшает функциональное состояние почек, уродинамику, что способствует самостоятельному отхождению конкрементов.

В урологии широко используется один из фитопрепаратов нового поколения – Канефрон Н («Бионорика», Германия). Это комбинированное средство, в состав которого входят экстракты золототысячника (*Centaurium umbellatum*), любистка (*Levisticum officinale*) и розмарина (*Rosmarinus officinale*). Эти вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевыделительной системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии. Кроме того, Канефрон Н усиливает выведение солей мочевыводящих кислоты, что препятствует выпадению в мочевых путях кристаллов, а также росту

имеющихся и формированию новых конкрементов.

Широко известна эффективность применения Канефрона Н после дистанционной литотрипсии для отхождения частей конкрементов. Однако сведений о применении препарата Канефрон Н в качестве монотерапии у пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек в доступной литературе мы не встретили.

Цель настоящего исследования – определить целесообразность проведения монотерапии препаратом Канефрон Н у пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек.

Проведено клинико-лабораторное обследование 60 пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек. В исследование были включены пациенты в возрасте от 35 до 59 лет (средний возраст – $41,2 \pm 2,3$ года) с конкрементами чашечек и лоханок почек размерами до 0,7 см при отсутствии признаков нарушений оттока мочи из почек. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек в каждой – А (мужчин 24, женщин 6) и В (мужчин 21, женщин 9) (табл. 1).

План обследования включал общеклинический анализ мочи для оценки наличия или отсутствия воспалительного процесса в мочевыводящих путях; биохимический анализ

крови для оценки нарушений обмена веществ; УЗИ и рентгенологическое исследование мочевыделительной системы для диагностики конкрементов, оценки их локализации и размеров. Все пациенты были осведомлены об условиях исследования и дали добровольное согласие на участие в нем.

При обследовании обращалось внимание на лейкоцитурию, реакцию мочи, наличие солей и суточный диурез. Лейкоцитурия в пределах 8–10 в поле зрения была выявлена у 13 (43,3%) человек в группе А и у 9 (30%) пациентов в группе В. Показатель pH мочи у пациентов обеих групп составлял в среднем $5,6 \pm 0,33$. При исследовании солевого осадка мочи ураты определены у 18 (60%) пациентов группы А и у 11 (36,6%) участников группы В; оксалаты выявлены у 8 (26,7%) больных группы А и у 8 наблюдаемых группы В. Удельная плотность утренней мочи у пациентов обеих групп колебалась в пределах 1010–1015 ед. Суточный диурез у больных обеих групп составлял от 1,5 до 2 л. Исходные показатели биохимического анализа крови у пациентов обеих групп соответствовали возрастной норме (табл. 2).

По данным УЗИ в группе А конкременты в обеих почках определены у 7 (23,3%) пациентов, только в правой почке – у 14 (46,6%), только в левой почке – у 9 (30%) обследованных;

Таблица 1. Локализация конкрементов у обследованных пациентов

Локализация конкрементов	Группа А (n=30)				Группа В (n=30)			
	Количество пациентов		Средний размер конкрементов		Количество пациентов		Средний размер конкрементов	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Конкременты обеих почек	7 (23,3%)	5 (16,6%)	6,8	6,1	6 (20%)	5 (16,6%)	7,5	7,6
Конкременты правой почки	14 (46,6%)	11 (36,6%)	7,3	7,0	13 (43,3%)	13 (43,3%)	6,9	7,2
Конкременты левой почки	9 (30%)	6 (20%)	6,5	4,9	11 (36,6%)	11 (36,6%)	6,1	6,3

Таблица 2. Динамика биохимических показателей крови у пациентов группы А под влиянием препарата Канефрон Н

Биохимические показатели крови	Исходно	После лечения
Мочевина	6,28±0,71	7,12±0,69
Креатинин	0,083±0,010	0,081±0,013
Калий	4,5±0,31	4,3±0,29
Натрий	137,6±2,1	140,3±3,3
Кальций	2,51±0,08	2,48±0,06
Мочевая кислота	0,396±0,04	0,293±0,03*

* p<0,05.

в группе В конкременты в обеих почках выявлены у 6 (20%) участников, только в правой почке – у 13 (43,3%) пациентов, только в левой почке – у 11 (36,6%) больных.

Пациенты группы А принимали в виде монотерапии препарат Канефрон Н по 2 драже 3 р/день или по 50 капель 2 р/день в течение 2 мес. Пациенты группы В получали симптоматическую терапию (спазмолитики, отвары мочегонных трав).

Двухмесячный прием препарата Канефрон Н не сопровождался какими-либо неблагоприятными явлениями и побочными эффектами, что подтверждает хорошую переносимость указанного средства; ни один из пациентов из исследования исключен не был.

Эффективность препарата оценивалась по двум критериям – метаболическому и клиническому. Метаболическая оценка включала определение

характера изменений биохимических показателей крови до назначения фитопрепарата Канефрон Н и после его 2-месячного приема. Клиническая эффективность оценивалась по показателям предупреждения роста и самостоятельного отхождения конкрементов.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что фитопрепарат Канефрон Н не нарушает функционального состояния почек и не влияет на содержание в крови калия, натрия и кальция. Между тем по окончании лечения выявлено достоверное снижение в сыворотке крови концентрации мочевой кислоты (табл. 2). При УЗИ почек в группе А определено уменьшение размеров конкрементов у 13 (43,3%) пациентов, у 5 (16,6%) человек конкременты не обнаружены, при этом 3 (10%) участника отметили самостоятельное отхождение конкрементов.

У участников в группе В количество и локализация конкрементов не изменились, причем у 7 (23,3%) пациентов размер конкрементов увеличился в среднем на 2 мм.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать монотерапию фитопрепаратом Канефрон Н в течение 2 мес пациентам с впервые выявленными мелкими конкрементами почек. Сроки лечения можно увеличить в зависимости от результатов контрольных исследований.

Выводы

1. Фитопрепарат Канефрон Н при применении у пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек оказывает литолитический эффект, выражающийся в уменьшении размеров конкрементов.

2. При применении у пациентов с мелкими конкрементами почек в течение 2 мес Канефрон Н оказывает влияние на метаболические процессы, что проявляется снижением концентрации мочевой кислоты.

3. Применение Канефрона Н, обладающего диуретическим, спазмолитическим и литолитическим эффектами, может быть рекомендовано в качестве монотерапии у пациентов с впервые выявленными мелкими конкрементами почек. ■

*Список литературы находится в редакции.
Медицинские новости, 2012, № 12*