

УДК 616.62-084

DOI: 10.36979/1694-500X-2023-23-9-102-106

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕФРОЦИН

*Г.С. Чернецова, О.Н. Чернецов, Ч.Б. Алимов, Р.Р. Алиев,
И.В. Колесниченко, М.М. Маткаримов, И.А. Шукуров*

Аннотация. Представлена роль препарата Нефроцин в лечении и профилактике мочекаменной болезни у жителей Кыргызстана. Введение препарата Нефроцин в схему лечения и метафилактики мочекаменной болезни показало обнадеживающие и положительные результаты, так как пациентам не пришлось дополнительно назначать спазмолитики, анальгетики и диуретики. Клиническое значение растительного комплекса Нефроцин обусловлено его фармакологическим эффектом вследствие увеличения диуреза, противовоспалительного, анальгезирующего и спазмолитического действия. В процессе динамического наблюдения всем пациентам проведено ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урограмма, при которых конкременты в мочевыводящих путях не обнаружены, пассаж мочи восстановлен, рН мочи нормализовалась, лейкоцитурия снизилась, следовательно лечение больных с мочекаменной болезнью было скорректировано.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; Нефроцин; кальцинаты; калькулезный пиелонефрит; препараты растительного происхождения.

ЗААРА ЖОЛДОРУНУН ТАШ ООРУСУН ӨСҮМДҮК ТЕКТҮҮ НЕФРОЦИН ПРЕПАРАТЫ МЕНЕН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО МАСЕЛЕСИ

*Г.С. Чернецова, О.Н. Чернецов, Ч.Б. Алимов, Р.Р. Алиев,
И.В. Колесниченко, М.М. Маткаримов, И.А. Шукуров*

Аннотация. Макалада Нефроцин препаратынын Кыргызстандын жашоочуларынын заара жолдорунун таш оорусун дарылоодо жана алдын алууда Нефроцин препаратынын ролу көрсөтүлөт. Нефроцин препаратын заара жолдорунун таш оорусун дарылоодо жана метафилактика режимине киргизүү үмүттөндүрүүчү, оң натыйжаларды көрсөттү, анткени бейтаптарга спазмолитиктерди, анальгетиктерди жана диуретиктерди кошумча жазып берүүнүн кажети жок болуп калды. Нефроцин өсүмдүк комплексинин клиникалык мааниси диурездин көбөйүшүнөн, сезгенүүгө каршы, анальгезиялык жана спазмолитикалык таасиринен улам анын фармакологиялык таасири менен шартталган. Динамикалык байкоо жүргүзүү процессинде бардык бейтаптарга ультраун изилдөө, обзордук жана экскретордук урограмма жүргүзүлдү, мында заара жолдорунда конкременттер табылган жок, зааранын өтүүсү калыбына келтирилди, зааранын рН нормалдашты, лейкоцитурия төмөндөдү, демек, заара жолдорунун таш оорусу менен ооругандарды дарылоо түзөтүлдү.

Түйүндүү сөздөр: заара жолдорунун таш оорусу; Нефроцин; кальцинаттар; калькулездүү пиелонефрит; өсүмдүк тектүү препараттар.

ISSUES OF PREVENTION AND TREATMENT OF UROLITHIASIS WITH THE DRUG OF PLANT ORIGIN NEFROCIN

*G.S. Chernetsova, O.N. Chernetsov, Ch.B. Alimov,
R.R. Aliev, I.V. Kolesnichenko, M.M. Matkarimov, I.A. Shukurov*

Abstract. The role of the drug Nefrocin of plant origin in the treatment and prevention of KSD in residents of the Kyrgyz Republic is presented. The introduction of the drug Nefrocin into the treatment regimen and metaphylaxis of urolithiasis showed

encouraging and positive results, since patients did not have to additionally prescribe osmolytics, analgesics and diuretics. The clinical significance of the plant complex Nefrocin is due to its pharmacological effect due to increased diuresis, anti-inflammatory, analgesic and antispasmodic effects. In the process of dynamic observation, ultrasound examination, review and excretory urogram were performed in all patients, in which concretions in the urinary tract were not detected, urine passage was restored, urine pH normalized, leukocyturia decreased, therefore, treatment of patients with urolithiasis was corrected.

Keywords: urolithiasis; Nefrocin; calcifications; calculous pyelonephritis; herbal preparations.

Введение. Мочекаменная болезнь является распространенным заболеванием и в урологической практике играет значимую роль. До сих пор обсуждаются вопросы развития уролитиаза – мочекаменной болезни (МКБ), так как он является многофакторным заболеванием и действует различные метаболические и физико-химические факторы развития.

Основными физико-химическими факторами является перенасыщенное или выраженное увеличение концентрации оксалата кальция в моче или фосфата кальция, что является основным фактором образования камней. Более 80 % камней состоят из оксалата кальция с различным количеством фосфата кальция. Перенасыщение оксалатом кальция не зависит от рН мочи, но перенасыщение фосфатом кальция увеличивается по мере возрастания рН мочи с 6 до 7 и выше. Связь между рН мочи и типом камнеобразования хорошо известна, поэтому необходимо проведение контроля рН мочи. У здоровых людей рН мочи колеблется от 0,6 до 7,0 в зависимости от особенностей питания, т. е. потребления животных белков, жиров и овощей [1–3].

Значительное место в образовании уролитиаза играют факторы окружающей среды, включая географическое распространение. Многие авторы отмечают поражение уролитиазом больше мужчин, составляя до 30 %, а у женщин данное заболевание встречается реже [4]. Благоприятную почву для мелких необструктивных камней на фоне жаркого климата и значительного уменьшения приема чистой структурированной воды создают климатические условия. Конкременты не только вызывают боль и ощущение дискомфорта, но могут приводить к инфицированию мочевыделительной системы. Высокий процент камней из почек и мочеточников выводится спонтанно [5–8]. Лечение включает в себя повышение диуреза и профилактику рецидива МКБ [9, 10]. Консервативное лечение

мочекаменной болезни показано, если камни не нарушают пассаж мочи из верхних мочевыводящих путей и не вызывают уретерогидронефроз и калькулезный пиелонефрит [11].

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) – заболевание, проявляющееся формированием конкрементов в органах мочевыделительной системы.

Актуальность данного исследования определяется высокой распространенностью мочекаменной болезни. Около 5–10 % всего населения Европы и Северной Америки страдают уролитиазом (Ramello A., Vitale C., Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis // J Nephrol. 2000., 13: S45). В России по поводу мочекаменной болезни 40–45 % пациентов госпитализируются в урологический стационар. Камни топографически чаще располагаются в мочеточниках (М.Ф. Трапезникова с соавт., 1999). Центральноазиатский регион относится к стойким эндемическим очагам уролитиаза и по заболеваемости Кыргызстан занимает одно из ведущих мест (М.Т. Тыналиев, 1983; Б.С. Эсекеев, 1991; А.Ч. Усупбаев, 1999). До настоящего времени сохраняется на высоком уровне количество нефрэктомий, доходящее до 60,4 %. При этом более 50 % из них производится у лиц трудоспособного возраста (25–55 лет), из которых 60 % теряют трудоспособность. (Н.А. Лопаткин, Э.К. Яненко, 1999; Н.А. Лопаткин, 2003; Ю.Г. Аляев, Г.С. Чернецова и соавт., 2005; А.Ч. Усупбаев, 2006; V. Robert et al., 1996).

Как видно из рисунка 1, отмечается рост заболеваемости с 101,9 до 183,6.

Материал и методы исследования. В урологическом центре Национального госпиталя, была проведена апробация лекарственного препарата растительного происхождения Нефроцин у 181 больного с кальцинатами и конкрементами обеих почек. Наличие мелких конкрементов отмечалось по ходу мочевыводящей путей. У 43 больных обнаружены конкременты в средней и нижней третях мочеточников, которые

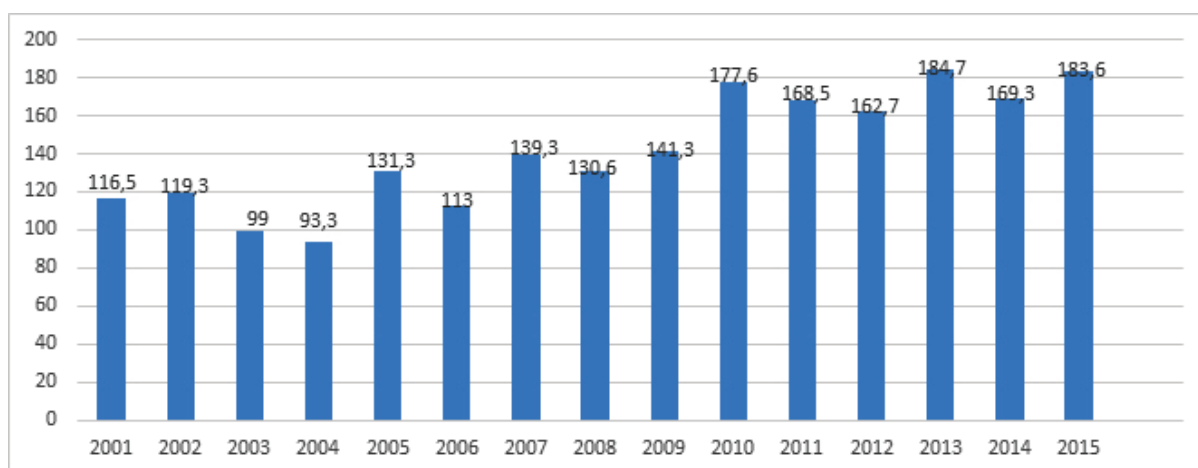


Рисунок 1 – Заболеваемость МКБ в Кыргызской Республике (на 100 тыс. взрослого населения)

вызвали уретерогидронефроз и калькулезный пиелонефрит. У 3-х больных после удаления стент-катетеров отмечалась острая задержки мочи (ОЗМ) с выраженным инкрустацией стента. В клинике национального госпиталя МЗ КР амбулаторно обследованы больные в течение 6 месяцев. У больных при УЗ-исследовании были обнаружены конкременты в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) обеих почек. У больных обнаружены конкременты в мочеточниках, выявлены нарушение пассажа мочи и развитие уретерогидронефроза.

Под влиянием препарата происходит уменьшение перенасыщения мочи солями и снижение в ней концентрации мочевого и щавелевой кислот, гидроксипролина, кальция. Корректирующее действие Нефроцина на коллоидно-кристаллоидный баланс обусловлено биологически активными веществами, входящими в состав препарата, и заключается в препятствии агрегации кристаллов и формировании конкремента. Компоненты Нефроцина способны подавлять развитие бактериальной и простейшей флоры. Исходя из фармакологических возможностей препарата, его используют в качестве литолитического и мочегонного средства для ликвидации небольших по размерам конкрементов независимо от химического состава (фосфатно-кальциевые, оксалатные, уратные), конкрементов, отхождение которых не вызовет обструкции верхних мочевыводящих путей [12].

С 2022 года мы включали Нефроцин в комплексную терапию больных с МКБ, находившихся на амбулаторном лечении. Целью исследования являлось определение степени влияния препарата Нефроцин на процесс отхождения фрагментов дезинтегрированных конкрементов после проведения дистанционной литотрипсии. Для оценки анатомо-функционального состояния почек перед дистанционной литотрипсией (ДЛТ) всем больным выполнялись клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические (обзорная и экскреторная урография) исследования.

Критериями отбора пациентов были следующие показатели: удовлетворительное функциональное состояние почек, отсутствие острого калькулезного пиелонефрита или обострение хронического калькулезного пиелонефрита, нормальные показатели крови.

Фармакологические свойства. Нефроцин – натуральный препарат растительного происхождения, его действие обусловлено комплексом активных веществ, входящих в состав препарата. Нефроцин оказывает антисептическое, противовоспалительное, мочегонное и обезболивающее действие.

Состав Нефроцина:

- трава Горца птичьего обладает противовоспалительным, антимикробным, мочегонным свойствами и уменьшают кристаллизацию минеральных солей в мочевыводящих путях;

- корень Софоры желтоватой применяется как противоотечное и мочегонное средство при острых и хронических инфекциях;
- корень Астралага используют при всех формах заболеваний мочеполовой системы, сопровождаемых сильными отеками, подавляет развитие бактериальной и простейшей микрофлоры;
- листья Пиррозии язычной обладают мочегонным эффектом.

Показания к применению: острый и хронический пиелонефрит, цистит, хронический калькулезный пиелонефрит, МКБ, кальцинаты одной или обеих почек, почечная колика, кальцинаты предстательной железы.

Способы применения и дозирование. Нефроцин принимают внутрь по 2 капсулы 3 раза в день после еды, запивая теплой водой. Курс лечения 12 дней. Далее больные делали 2- или 3-дневный перерыв и проводили 2 курса лечения нефроцином также по 2 таблетки 3 раза в день – 12 дней, после чего приходили на УЗИ-контроль в урологический центр МЗ КР.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов препарата, детский возраст до 14 лет.

Побочные эффекты: аллергические реакции на компоненты препарата.

Лекарственное взаимодействие: Нефроцин может потенцировать действие диуретических и гипотензивных препаратов. Опыт применения у детей до 14 лет отсутствует.

Беременным и кормящим матерям препарат не назначают.

Прием препарата не оказывает влияния на занятия потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстроты психических и двигательных реакций.

В нашу группу вошли те больные, которым предлагали в частных урологических клиниках дробление конкрементов, многие из них отказались от этого. Больным этой группы было проведено 3 курса Нефроцином по 2 таблетки 3 раза в день в течение 12 дней, далее перерыв и II и III курсы лечения. У 7 больных конкременты отошли после проведения II курса. У 9 больных конкременты отошли после III курса Нефроцином. Необходимо отметить, что после назначения

больным этого лечения прекращались боли в поясничной области, анализы мочи улучшились, анализы крови нормализовались.

Результаты и обсуждение. Необходимо отметить положительные симптомы в динамике проведения и низведения кальцинатов и конкрементов из МПС. Отмечаем, что никто из наших 181 больных после назначения Нефроцина больше не пользовался спазмолитиками и анальгетиками. Необходимо отметить, что у больных прекращается болевой синдром и наблюдалось самоотхождение конкрементов. Клиническая эффективность Нефроцина обусловлена фармакологическим эффектом.

Доказано, что фитотерапия, т. е. консервативная терапия МКБ в течение длительного периода, безопасна.

Больным проведено УЗИ, конкременты не обнаружены, пассаж мочи восстановлен, рН мочи нормализовался, диета больных скорректирована. При необходимости по показаниям проводилась обзорная и экскреторная урография. Больным даны рекомендации по питанию и водному режиму.

В течение всего периода проведения исследования неблагоприятного действия препарата зафиксировано не было. Вопросы в отношении безопасности по поводу результатов лабораторных исследований, показателей крови и ухудшения самочувствия больных не возникало.

Вывод

Настоящее исследование указывает на эффективность и безопасность растительного препарата Нефроцин в качестве дополнительного препарата при лечении больных с МКБ. Применение Нефроцина увеличивает диурез и повышает спонтанное выведение мелких камней (0,5–0,9 см) независимо от их расположения. Нефроцин уменьшает лейкоцитурию, оказывает спазмолитическое действие, способствуя ликвидации обострения калькулезного пиелонефрита. Многофакторная эффективность и хороший профиль безопасности рассматриваемого препарата Нефроцин подразумевают положительные профилактический и лечебный эффекты, которые оценены в нашей работе.

Поступила: 15.06.23; рецензирована: 29.06.23;
принята: 03.07.23.

Литература

1. Чернецова Г.С. Оптимизация консервативного лечения больных при мочекаменной болезни препаратом Кидфлейм / Г.С. Чернецова, О.Н. Чернецов // Вестник КРСУ. 2017. Т. 17. № 3. С. 134–136.
2. Мочекаменная болезнь: руководство по уролитиазу. Обновление за март 2011 г. Европейская ассоциация урологов, 2011. С. 1–104.
3. Синеску И. Урология / И. Синеску, Г. Глюк. Бухарест, 2008. Т. II. С. 1063–1076.
4. Европейская научная ассоциация по фитотерапии. Напечатано в монографии ECSOP. 2-е изд. Штутгарт; Нью-Йорк: «Thieme», 2003.
5. Коваленко В.Н. Медицинские препараты: справочник / В.Н. Коваленко. Киев: Морион, 2001. С. 15–36.
6. Гивлет Петрисор. Справочник по уропатологии / Петрисор Гивлет. Бухарест: Copertex S.R.L., 1999. С. 203–256.
7. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии / Н.А. Лопаткин. М., 1998. Т. 2. Гл. 29 «Уролитиаз». С. 693–761.
8. Попеску Е.И. Урология. Камни мочевых путей / Е.И. Попеску. Бухарест, 1997. С. 141–161.
9. Давидов М.И. Актуальные вопросы клинической хирургии / М.И. Давидов. Пермь, 1993. С. 153–156.
10. Гусиков А.Р. Непосредственная электрическая и акустическая стимуляция верхней части мочевых путей при камнях мочеточников: дис. ... д-ра мед. наук / А.Р. Гусиков. М., 1985. 189 с.
11. Стампфер М. Региональные вариации случаев нефролитиаза и его распространенность среди мужчин в Соединенных Штатах Америки / М. Стампфер // J. Urol. 1994. № 151. С. 838–841.
12. Аюкаев Р.Я. Комплексная терапия окклюзионных осложнений дистанционной литотрипсии / Р.Я. Аюкаев, С.В. Андранович, С.В. Попов // Русский медицинский журнал. 2004. № 24. С. 1447.