

# МЕТАФІЛАКТИКА ФОСФОРНОКИСЛОГО НЕФРОЛІТІАЗУ ЗА УМОВ ВИЗНАЧЕННЯ ЙОГО ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ

*В.В. Черненко, А.Л. Ключ, Д.В. Черненко, В.Й. Савчук, Н.І. Желтовська*

*ДУ «Інститут урології НАМН України»*

Були вивчені етіологічні фактори розвитку рецидивного фосфорнокислого нефролітазу (ФКН) у 118 хворих, розділених на 3 групи за результатами обстеження – мінерального складу конкрементів, рН та мікробного пейзажу сечі: I група – 34 хворих з магнієвмісними конкрементами – струвіт (30 випадків), н'юберіт (4 випадки); II група – 20 хворих з кальцієвмісними каменями – гідроксилапатит (17 випадків), брушит (3 випадки); III група – 52 хворих зі змішаними конкрементами, з підгрупами за комбінаціями компонентів останніх: А – 21 хворий (струвіт+ведделліт – 10 випадків, струвіт+вевелліт – 11 випадків); Б – 31 хворий (гідроксилапатит+вевелліт); контрольна група – 12 хворих з оксалатними конкрементами (вевелліт – 9 випадків та ведделліт – 3 випадків).

Визначені особливості розвитку каменів з вмістом струвіту – «інфекційні камені»: наявність уреазорозщепляючих бактерій, виразне залуження сечі, ріст і формування рецидивного каменя від 2 до 6 місяців з тяжким перебігом хвороби. «Умовно інфекційні камені» – найчас-

тішим інфекційним збудником є *E.coli* або їх міксти, ріст і формування рецидивного каменя від 6 до 12 місяців, рН сечі в межах від 6,4 до 6,7 без присутності уреазорозщепляючих бактерій. За визначеною частотою рецидивування у хворих з «інфекційними каменями» запропонована посилена двоетапна метафілактика (МФ): 1) рання МФ вимагає визначення збудника та рН сечі з подальшою антибактеріальною терапією в доопераційному періоді, підкислення сечі препаратами: Ноцистальтм, Афлазін, Літовіт-У, Марена красильна, марелін, хлористий амоній+метіонін, за умови адекватного зовнішнього дренирування нирки; 2) віддалена МФ включає постійний мікробіологічний та рН контроль сечі, щомісячні загальнолабораторні, УЗ та рентген дослідження з подальшою корекцією рН сечі, адекватної антибактеріальної терапії та водного режиму.

Отриманні дані покращують результати лікування хворих ФКН, зменшують кількість рецидивів і підвищують ефективність роботи урологів з цією категорією хворих.