

Современная фитопрофилактика мочекаменной болезни

И.Б. Щербак

Редакция журнала «Український медичний часопис»

Жизнедеятельность любого организма невозможна как без процессов поступления и усвоения питательных веществ, воды и воздуха, так и без процессов обезвреживания токсинов и выведения из организма конечных продуктов обмена. Экскреторная функция почек, ответственных за выведение около 70–80% конечных составляющих метаболизма, поддерживается за счет механизмов клубочковой фильтрации (образование до 200 л/сут первичной мочи), канальцевой реабсорбции (выделение 1,5–2,0 л/сут мочи), канальцевой секреции (ионы калия, мочевая кислота, холин, гуанидин). Помимо этого, почки регулируют осмотическое давление, ионный состав и кислотно-щелочное равновесие крови (изменения pH мочи в пределах 4,5–8,0 ед.), артериальное давление, а также осуществляют инкреторную (синтез ренина, эритропоэтина, урокиназы) и метаболическую (поддержание постоянного уровня и состава компонентов белкового, углеводного и липидного обменов) функции.

Нарушения экскреторной функции почек на этапе канальцевой реабсорбции и секреции приводят к развитию мочекаменной болезни (МКБ).

Больные МКБ составляют до 40% пациентов урологических стационаров, в целом же конкременты мочевого выделительной системы диагностируют у 1–3% населения трудоспособного возраста. МКБ занимает 2-е место в структуре заболеваемости почек и мочевыводящих путей, 3-е — среди причин смерти пациентов урологического профиля, 4-е — среди причин инвалидности вследствие урологической патологии (Россихин В.В., 2009).

Факторами, способствующими камнеобразованию в почках, являются: нарушения

обмена фосфора, кальция и мочевой кислоты (врожденные и приобретенные энзимопатии — уратурия, оксалатурия, цистинурия), нарушения оттока мочи (аномалии развития мочевыводящих путей, стриктуры мочеточников, опущение почки), воспалительные процессы в мочевыводящих путях, гиподинамия, особенности питьевого режима и пищевых пристрастий, минеральный состав питьевой воды и климатические условия, заболевания и травмы костей, дефицит витаминов В₁, В₆, А, гипervитаминоз С, ятрогенные факторы (применение ацетилсалициловой кислоты, тетрациклинов, сульфаниламидов в высоких дозах).

Клинически МКБ проявляется болью в поясничной области с иррадиацией в па-

ховую область, дизурическими явлениями, гематурией, повышением температуры тела (при наличии вторичного пиелонефрита).

Лечение пациентов с МКБ заключается в купировании приступа почечной колики (применение спазмолитиков, анальгетиков, антибиотиков), удалении конкрементов хирургическим путем или методом ультразвуковой дистанционно-волновой литотрипсии. С целью профилактики рецидивов показаны диетотерапия, применение фармакопрепаратов, влияющих на pH мочи, фитотерапия. Последняя предпочтительна для профилактики МКБ, поскольку обладает мягким диуретическим, спазмолитическим, антисептическим,

Vishpha
pharm factory

**УРОХОЛУМ –
сила природы для ваших почек!**

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтичних працівників.
Упаковка: 20, 10 і 5 таблеток. Містить екстракт лікарських рослин: (листя м'якоти лаванди — 0,2 г/мл, листя ортосифона тичинкового — 0,18 г/мл, трава горця гіллястого (спорисол) — 0,15 г/мл, кукурудзяні рясця — 0,12 г/мл, чапля булавка черв'як — 0,1 г/мл, трава сови польової — 0,1 г/мл, цибуля звичайна — 0,5 г/мл, бруслина берези — 0,05 г/мл, трава звіробою — 0,04 г/мл, листя м'ятки першої — 0,01 г/мл). Фармакологічна властивість. Біологічні компоненти препарату зменшують зверхність запаланих процесів, сприяють збільшенню кровоснабженню нирок і печінки, зумовлюють диуретичну, жовчегінну, бактеріцидну дію, нормалізують токс еміацію, зменшують кількість слизу та запаланих процесів у слизовій оболонці сечового міхура, зменшують кількість слизу та запаланих процесів у слизовій оболонці сечового міхура і нирок. Показання: гострий та хронічний запалання сечового міхура і нирок (цистит, пієлоцистит, уретрит, нефрит, нефроз, кістозний, калькулезний цистит, сечово-кам'янистий запалання, гострий та хронічний калькулезний пієлоцистит, запалання, запалання ектопічного шийки (у складі комплексної терапії)). Побічний ефект: алергічний реакція, запалання очей, диспептичний синдром (болі в животі, блювота).

ким, вязущим и противовоспалительным эффектом, стимулирует выделение почками уратов и оксалатов, способствует растворению кристаллов солей.

Учитывая известные трудности в приготовлении фитосборов в домашних условиях (сложность получения стандартной концентрации, хранения готовых отваров, отсутствие гарантии безопасности приобретенных лекарственных растений), в конечном итоге снижающие приверженность больных длительному лечению, в современной практике фитомедицины применяют растительные препараты, стандартизованные по действующим веществам с доказанной эффективностью.

Так, в ряде клинических наблюдений показана эффективность применения многокомпонентного фитопрепарата Урохолум отечественной компании «Vishpha» (Житомир) в лечении и профилактике МКБ. В составе препарата гармонично сочетаются экстракты ряда лекарственных растений, издавна нашедших широкое применение в профилактике и лечении заболеваний мочевого пузыря. Так, трава хвоща полевого, трава спорыша, шишки хмеля способствуют стимуляции диуреза; плоды моркови дикой, листья почечного чая — растворению уратов, оксалатов и фосфатов; листья мяты перечной, трава зверобоя, кукурузные столбики с рыльцами обладают спазмолитическим, а почки березы повислой — антисептическим действием. Вяжущим и противовоспалительным эффектом наделены цветки бузины черной, трава спорыша, шишки хмеля.

С.А. Сохин, В.В. Мельник (2012), применив Урохолум (по 20 капель 3 раза

Состояние	Схема лечения	Способ применения препарата Урохолум
МКБ (мелкие камни)	Диета № 14 + Урохолум + современные немедикаментозные методы консервативного лечения	По 20 капель перед едой 3 раза в сутки, растворив в небольшом количестве жидкости, в течение 1,5 мес, но не менее 1 мес
Состояние после удаления камней с целью профилактики рецидивов камнеобразования	Диета № 14 + Урохолум	По 20 капель перед едой 3 раза в сутки, растворив в небольшом количестве жидкости, в течение 1,5 мес, но не менее 1 мес
Солевой диатез, соли в моче при нарушении диеты	Диета № 7 + Урохолум	По 10–15 капель перед едой 3 раза в сутки, растворив в небольшом количестве жидкости, в течение 3 нед, но не менее 2 нед

в сутки в течение 1 мес) в комплексном лечении больных хроническим обструктивным пиелонефритом, обусловленного преимущественно МКБ, наблюдали регресс клинической симптоматики у всех пациентов и нормализацию лабораторных показателей у 95%. Помимо выраженного клинического эффекта, отмечена хорошая переносимость препарата, что позволяет рекомендовать его для длительного применения у данной категории пациентов.

Оценены выраженный противовоспалительный, спазмолитический, регенеративный и литолитический эффект препарата, применяемого с целью ускорения процесса отхождения камня из мочевого пузыря и нормализацию лабораторных показателей у пациентов с МКБ с сопутствующим хроническим калькулезным пиелонефритом (Россихин В.В., 2009).

По данным В.В. Россихина, Ю.А. Хоценко (2009), препарат при применении (в дозе 20 капель 3 раза в сутки перед едой в течение 15–30 дней) в составе комплексного лечения (применение спазмолитиков,

анальгетиков, антибиотиков, бальнеотерапия) у лиц с МКБ, осложненной хроническим калькулезным пиелонефритом, оказывает выраженное противовоспалительное, спазмолитическое, регенеративное и литолитическое действие, способствует нормализации показателей общего анализа мочи на 7-й день лечения у >95% больных, достоверно снижает уровень оценки пациентами боли.

Рекомендованные схемы применения препарата представлены в таблице.

Таким образом, соблюдение диетических рекомендаций и рациональное применение комбинированного фитопрепарата Урохолум в составе комплексного лечения пациентов с МКБ является эффективным и безопасным дополнением к терапии и способствует предупреждению рецидивов заболевания.

Список использованной литературы см. www.umj.com.ua

Публикация подготовлена с использованием материалов, предоставленных компанией «Vishpha»

Реферативна інформація

Чувствительность к инсулину может нарушаться при недостатке сна

Снижение длительности сна связано со снижением чувствительности к инсулину в клетках жировой ткани — такие данные получила группа ученых из Медицинского центра Седара-Синаи (Cedars-Sinai Medical Center), Лос-Анджелес (Калифорния, США).

Как отмечают авторы работы, несмотря на то что на сон человек в среднем тратит около 1/3 всей жизни, его функции остаются до конца не выясненными. Существуют убедительные доказательства влияния сна на обучение, память и другие функции центральной нервной системы, однако результаты данного исследования позволили также найти связь между сном и метаболическими нарушениями, включая инсулинорезистентность, ожирение и сахарный диабет 2-го типа.

В исследование включили 7 здоровых добровольцев (средний возраст — 23,7±3,8 года), которые провели 4 ночи в обычном режиме сна (8,5 ч) и 4 ночи — с укороченным сном (4,5 ч), разделенных интервалом в ≥4 нед. У обследуемых взяли образцы адипоцитов путем биопсии абдоминальной жировой ткани, после чего их подвергли воздействию различных концентраций инсулина. При этом оценивали способность инсулина повышать уровень фосфорилированной протеинкиназы В (ПКВ), играющую важную роль в метаболизме глюкозы. В качестве контроля использовали уровень общей ПКВ

Как отметили ученые, ни у одного из добровольцев не было расстройств сна или нарушения толерантности к глюкозе в

анамнезе. Критериями исключения также были хронические медицинские заболевания, смена работы, сниженное настроение, курение, чрезмерное употребление алкоголя и прием медицинских препаратов, влияющих на сон.

Согласно результатам, после ограничения сна способность инсулина повышать суммарный уровень фосфорилированной и общей ПКВ в среднем снизилась на 30%. Дальнейший анализ показал, что ограничение сна значительно снижало ответ на введение инсулина преимущественно фосфорилированной ПКВ, в то время как уровень общей оставался неизменным. Кроме того, после ограничения времени на сон, общая чувствительность организма к инсулину снизилась на 16% (p=0,02).

По мнению авторов, результаты данной работы предоставляют дополнительные доказательства того, что недостаток сна может привести к развитию или обострению метаболических нарушений. В будущих работах необходимо сконцентрироваться на изучении того факта, сможет ли нормализация длительности сна предотвратить развитие или снизить тяжесть метаболических нарушений у лиц с повышенным риском развития сахарного диабета.

Barber J. (2012) Insulin sensitivity may be impaired by sleep restriction. Medscape, October 16 (<http://www.medscape.com/viewarticle/772685>).

Broussard J.L., Ehrmann D.A., Cauter E.V. et al. (2012) Impaired insulin signaling in human adipocytes after experimental sleep restriction: a randomized, crossover study. Ann. Intern. Med., 157(8): 549–557.

Виталий Безшейко