



Фитотерапия уролитиаза: роль препарата Пролит

Д.м.н., проф. Н.К. ДЗЕРАНОВ, д.м.н. Д.А. БЕШЛИЕВ

Консервативная терапия при мочекаменной болезни играет важную роль как при краткосрочных, так и при длительных курсах лечения (в том числе для предупреждения повторного формирования камней). Консервативная терапия включает соблюдение диеты и применение различных лекарственных средств: спазмолитиков, антибактериальных средств, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, и препаратов растительного происхождения, таких как биологически активная добавка Пролит. Результаты исследований показывают, что Пролит оказывает воздействие на состояние обмена веществ больных мочекаменной болезнью, что проявляется снижением гиперкальциурии и рН мочи, тенденцией к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, уровня содержания мочевой кислоты и оксалатов в моче. Препарат может применяться в комплексной консервативной терапии уролитиаза.

Введение

Проблема консервативного лечения мочекаменной болезни остается актуальной, несмотря на внедрение и совершенствование малоинвазивных методов удаления мочевых конкрементов. Основным методом лечения больных с камнями почек и мочеточников является прочно вошедшая в клиническую практику дистанционная литотрипсия (ДЛТ). В результате ДЛТ создаются условия для максимально быстрого самопроизвольного отхождения по мочевым путям фрагментов разрушенного камня, что позволяет избежать различных обструктив-

ных и воспалительных осложнений. Тактика ведения больных, у которых отток мочи нарушен из-за наличия в мочеточнике конкремента или его фрагментов с тенденцией к самостоятельному отхождению, зависит от анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей, уровня локализации конкремента и его химического состава. Именно поэтому существенно возросла роль консервативных методов, и в частности медикаментозного лечения (включая фитотерапию), в изгнании конкрементов из верхних мочевых путей. Применение в послеоперационном пери-

оде ДЛТ лекарственных средств особенно ценно ввиду их неинвазивности, практического отсутствия осложнений и высокой эффективности, выражающейся в улучшении функционального состояния почек, уменьшении воспалительных явлений в верхних мочевых путях, усилении сократительной функции гладкой мускулатуры мочеточника и нормализации пассажа мочи по ним. Все это способствует самостоятельному отхождению конкрементов или их фрагментов из чашечно-лоханочной системы и мочеточников, что особенно важно в до- и послеоперационном периодах ДЛТ.

Консервативная терапия, основанная на обезболивающем, спазмолитическом, диуретическом действии назначаемых препаратов и лекарственном растворении уратных и уратно-оксалатных мочевых камней, повышает эффективность лечения больных нефролитиазом, особенно после проведенного сеанса ДЛТ. К препаратам спазмолитического и диуретического действия, ускоряющим отхождение конкрементов из мочевых путей, относятся: Баралгин, Но-шпа, экстракт марены красильной сухой (Марелин), Роватинекс, Фитолизин, Цистенал, Уролесан, Урофлюкс, Энагин, Олемитин, Фитолизин, Ниерон, Цистон, Лазикс, фуросемид, неспецифические противовоспалительные препараты (индоме-



тацин, диклофенак, пироксин) и др. Для растворения уратных и уратно-оксалатных мочевых камней применяют цитратные смеси (Уралит У, Блемарен) в сочетании с аллопуринолом и его аналогами (Милурит, Зилорик) и др. Кроме того, для многих больных отхождение конкремента или его фрагментов из верхних мочевых путей не означает полного выздоровления, поэтому с целью снижения рецидива камнеобразования показано проведение соответствующей вторичной профилактики:

- своевременное устранение причин, способствующих застою мочи в мочевых путях;
- целенаправленное лечение инфекций мочевых путей и других органов (зубы, миндалины, маточные трубы и т.д.);
- регулирование рН мочи в зависимости от состава мочевых камней;
- занятия физической культурой (активные движения, дыхательная гимнастика с активным подключением мышц передней брюшной стенки, прогулки, туризм, бег, прыжки, утренняя гигиеническая гимнастика и др.), особенно для лиц, ведущий малоподвижный образ жизни;
- дробный прием внутрь большого количества жидкости (овощные, фруктовые соки, кипяченая вода, зеленый чай и др.) – не менее 1,5–2 л в сутки – с целью разведения мочи, уменьшения относительной плотности ее до 1008–1012 и предупреждения выпадения кристаллов мочевых солей;
- прием пищи, богатой витаминами, но с умеренным содержанием поваренной соли.

Кроме того, при наличии мочекислых камней желателен ограничить прием продуктов, богатых пуринами (печень, почки, мозги, крепкие мясные бульоны, холодец и т.д.), при наличии фосфатных – молочно-растительной пищи, мучных и рыбных блюд, при наличии камней с преобладанием оксалата кальция – молока, растительной пищи, крепкого кофе, черного чая и др.

Необходимо отметить, что консервативная терапия уролитиаза должна быть комплексной, включающей физиотерапию, лазеротерапию, бальнеотерапию, лечебную физкультуру и прием лекарственных препаратов, в том числе растительного происхождения. Действие ее составляющих взаимно усиливается, вызывая обезболивающий, спазмолитический, диуретический эффекты, что создает условия для самопроизвольного отхождения по мочевыводящим путям фрагментов разрушенного камня. В связи с этим научные исследования, направленные на изучение влияния лекарственных и нелекарственных средств на обмен камнеобразующих веществ и самопроизвольное отхождение мочевых камней, должны быть продолжены [1–5].

Наряду с ранее широко применяемыми препаратами для лечения уролитиаза в последние годы появились новые препараты, в том числе биологически активные добавки к пище (БАД): Геджиллинг, Кеджибеллинг, Пролит и др. В средствах массовой информации их широко рекламируют, призывая использовать в медицинской практике, хотя целесообразность и эффективность их применения вызывают дискуссию среди практикующих врачей [6–8]. Одним из таких препаратов является БАД Пролит – препарат растительного происхождения. В его состав входят экстракты листьев почечного чая, листьев осота огородного, листьев шелковочашечника курчавого, травы филлантуса нирури, корневищ императы цилиндрической, плодов перца кубебы, листьев папайи (дынного дерева). Пролит рекомендуется как камнеизгоняющее, камнерастворяющее и противовоспалительное средство для больных уролитиазом. В то же время имеются данные о применении данного средства для профилактики камнеобразования [9]. Было проведено исследование с целью определения целесообразности и показаний к назначению БАД Пролит больным нефролитиазом.

Материалы и методы

Работа проведена в группе пациентов (n = 30), состоящей из 7 женщин и 23 мужчин в возрасте от 23 до 70 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 29 лет. На момент начала исследований мочевые камни отсутствовали у 4 пациентов (конкременты отошли самостоятельно или были удалены оперативным путем), у 7 больных выявлены конкременты в одной почке, у 2 – в мочеточнике, у 16 больных были диагностированы двухсторонние камни почек. Размер конкрементов варьировал от 0,4 см до 2,2 см. У 1 пациента выявлен коралловидный камень.

Для определения эффективности и безопасности применения препарата Пролит пациентам проводилось комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование почек, рентгеноурологическое обследование, а также биохимическое исследование крови и мочи по 14 показателям, отражающим функциональное состояние почек и состояние обмена камнеобразующих веществ. Клинический анализ мочи выполнялся по стандартной методике. Биохимическое исследование крови и суточной мочи проводилось с помощью химреактивов и автоматического анализатора LabSystem. По данным обследования, проведенного до назначения Пролита, функциональное состояние почек было в пределах нормы. По данным общего анализа мочи, у 27 (90%) больных отсутствовало обострение воспалительного процесса в мочевыводящей системе, у 3 (10%) пациентов выявлена активная стадия хронического пиелонефрита. Контрольное обследование проводили от 1 до 3 раз с интервалом 1–2 месяца. Пролит назначался по 1125 мг (5 пилюль) 3 раза в день. Длительность курса лечения колебалась от 1 до 6 месяцев. Для анализа полученных данных применялся t-критерий Стьюдента [10].

Результаты и их обсуждение

Эффективность препарата оценивалась по двум критериям – метаболическому и клиническому.



Таблица 1. Влияние БАД Пролит на метаболический статус больных уролитиазом

Биохимический показатель крови (ммоль/л) и мочи (ммоль/сутки)	Среднее значение		Достоверность различий (p < 0,05)
	До лечения	После лечения	
Диурез	1879 ± 414	1847 ± 389	Нет
Креатинин крови	0,072 ± 0,015	0,085 ± 0,019	Нет
Мочевина крови	5,70 ± 0,34	5,43 ± 0,41	Нет
Клиренс креатинина, мл/мин	95,9 ± 3,6	94,5 ± 3,2	Нет
Калий крови	4,68 ± 0,27	4,59 ± 0,19	Нет
Натрий крови	144,8 ± 3,3	144,2 ± 2,7	Нет
Кальций крови	2,38 ± 0,12	2,40 ± 0,09	Нет
Мочевая кислота крови	0,452 ± 0,088	0,370 ± 0,096	Тенденция к ↓
Оксалаты мочи, мг/кг / сутки	0,53 ± 0,09	0,46 ± 0,08	Тенденция к ↓
Мочевая кислота мочи	4,67 ± 1,39	3,59 ± 1,09	Тенденция к ↓
Неорганические фосфаты мочи	25,7 ± 8,3	27,5 ± 5,7	Нет
Общий кальций мочи	9,23 ± 0,78	5,73 ± 0,44	↓
Удельная плотность мочи	1022 ± 6	1021 ± 8	Нет
pH мочи	6,04 ± 0,07	5,79 ± 0,12	↓

Метаболическая оценка включала определение характера изменений биохимических показателей крови и мочи в различные сроки после начала приема БАД. Клиническая эффективность оценивалась по трем параметрам: степени воздействия на воспалительный процесс верхних мочевых путей; эффективности профилактики рецидива камнеобразования; предупреждению роста и элиминации имеющихся конкрементов. На основании данных контрольного обследования установлено, что БАД Пролит не нарушает функциональное состояние почек, не выявлено влияния БАД на сывороточную концентрацию калия, натрия и общего кальция. В то же время под действием Пролита произошло статистически

достоверное уменьшение уровня гиперкальциурии с $9,23 \pm 0,78$ до $5,73 \pm 0,44$ ммоль/сут в 100% наблюдений, а также снижение pH мочи с $6,04 \pm 0,07$ до $5,79 \pm 0,12$ в 75% случаев. Кроме того, отмечена тенденция к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови и содержания в моче оксалатов и мочевой кислоты (табл. 1).

Для оценки тяжести воспалительного процесса в мочевыводящей системе кроме клинических методов применяют также лабораторные – определение показателей бактериурии и лейкоцитурии. В представленной работе на основании анализа данных обследования 30 больных уролитиазом с целью определения уровня воспалительного процесса в мочевы-

водящей системе до назначения Пролита у 27 (90%) больных диагностирована ремиссия. В общих анализах мочи наблюдалась лейкоцитурия до 6 лейкоцитов в п/зр. Бактериурия отсутствовала. У 3 (10%) пациентов отметили активную фазу воспалительного процесса в мочевыводящей системе: у 1 больного диагностировали высокую степень лейкоцитурии, у 2 пациентов – до 20 лейкоцитов в п/зр. При микробиологическом анализе мочи у 1 больного обнаружена *Ps. aeruginosa* и у 1 пациента – *Enterobacter*. При анализе данных обследования больных до и после лечения БАД Пролит в однородной выборке выявлено, что после лечения при контрольном обследовании в 75% случаев степень лейкоцитурии снизилась до 1–3 лейкоцитов в п/зр, в 6,3% наблюдений отмечена лейкоцитурия до 6–8 лейкоцитов в п/зр, в 18,7% случаев уровень лейкоцитурии повысился с 2–6 лейкоцитов в п/зр до 7–21 лейкоцита в п/зр. Не исключено, что у 2 пациентов это явилось следствием обострения пиелонефрита после ДЛТ. У больного с кораллоподобным камнем по окончании приема препарата обнаружена высокая степень лейкоцитурии и в моче выявлен *Enterobacter*, также сохранилась бактериурия у пациента с *Ps. aeruginosa*.

Для определения влияния БАД Пролит на процесс рецидивирования камнеобразования у больных уролитиазом была обследована группа больных из 12 человек. На момент назначения биодобавки у 4 больных в мочевыводящей системе камни отсутствовали, у 8 больных имелись камни в одной почке. При обследовании больных по окончании лечения установлено, что из 4 пациентов без мочевых конкрементов на момент начала лечебного курса рецидив камня обнаружен у 1 больного. Из 8 пациентов с односторонними почечными камнями у 1 выявлен небольшой камень в контрлатеральной почке. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что, ве-



роятнее всего, микролит левой почки является ложнорецидивным, поскольку назначению Пролита предшествовала дистанционная ударно-волновая литотрипсия камня верхней трети левого мочеточника и не исключено, что мелкие фрагменты, не всегда определяемые УЗИ почек и рентгенографией мочевыводящей системы, мигрировали в почку. Этот пациент имел многократные рецидивы камнеобразования в почках в течение 5 лет (табл. 2).

При анализе эффективности БАД Пролит для отхождения фрагментов камня установлено, что на фоне приема данного препарата в течение 1–4 месяцев произошло полное отхождение «каменной дорожки» у 2 больных после ДЛТ и микролита из нижней трети мочеточника у 2 пациентов. У больных с локализацией фрагментов камней в почках в 18 (90%) наблюдениях размеры камней остались без изменения, из них у 8 (44,4%) пациентов конкременты отошли в первые 2 месяца. В 2 случаях (10%) отмечено незначительное увеличение размеров камней, что может быть обусловлено погрешностью ультразвукового исследования. На основании данных анамнеза и клинического обследования выявлено, что у этих больных имел место рецидивный уролитиаз и пациенты являются хроническими камневыделителями в течение 23–29 лет (табл. 3).

В ранее проведенных исследованиях, целью которых было определение наличия диуретического эффекта и влияния препарата Пролит на отхождение камней мочеточника размерами до 0,5 см, была доказана эффективность Пролита, которая выражалась в более успешном и безболезненном отхождении камней. Изучение результатов лечения проведено в 2 равнозначных группах по 30 больных. В основной группе было 17 мужчин и 13 женщин, в контрольной – 14 мужчин и 16 женщин. Пациентам контрольной группы проводилась обычная камнеизгоняющая терапия, при-

Таблица 2. Влияние БАД Пролит на рецидивирование мочевых конкрементов

До лечения		Длительность лечения (мес.)	После лечения	
Нет камней	Есть камни		Нет рецидива	Есть рецидив
4	–	2,5–6	3 (75%)	1 (25%)
–	8	2–6	7 (87,5%)	1 (12,5%)

Таблица 3. Влияние БАД Пролит на размеры и локализацию камней у больных уролитиазом

До лечения		После лечения		
Локализация	Количество	Камни вышли	Без изменений	Увеличение роста
Почка	20	3 (15%)	13 (65%)	4 (20%)
Мочеточник	2	2 (100%)	–	–

нятая в клинике. В основной группе больных традиционная терапия заменялась назначением препарата Пролит. Эффективность лечения оценивали через 2 недели после начала курса лечения по следующим критериям: отсутствию фрагментов камней в почках и верхних мочевых путях, степени выраженности болевой симптоматики во время миграции осколков, переносимости препарата. У 28 больных контрольной группы в результате проведенного лечения отмечено полное отхождение «каменных дорожек» и камней мочеточника, и лишь в 2 случаях (по одному с камнями средней трети мочеточника и нижней трети мочеточника) дополнительно произведена контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция с положительным эффектом. При этом отхождение камней и «каменных дорожек» в контрольной группе происходило в среднем через $9,46 \pm 2,19$ дня. У всех 30 больных основной группы в результате проведенного лечения полное отхождение «каменных дорожек» и камней мочеточника отмечено в среднем через $7,6 \pm 1,74$ дня. В течение всего срока исследования побочных действий препарата Пролит не обнаружено.

Заключение

Применение препарата Пролит, обладающего диуретическим эффектом, рекомендуется больным после ДЛТ для ускорения процесса отхождения фрагментов разрушенного камня из верхних мочевыводящих путей и мелких камней почки и мочеточника (до 0,5 см).

Биодобавка Пролит оказывает воздействие на состояние обмена веществ больных мочекаменной болезнью, что проявляется снижением гиперкальциурии и рН мочи, тенденцией к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, уровня содержания мочевой кислоты и оксалатов в моче. При применении препарата Пролит в течение 1–4 месяцев у 90% больных уролитиазом конкременты не увеличились в размере.

Препарат Пролит не оказывает литолитического воздействия на мочевые камни, следовательно, не рассматривается как самостоятельное лекарственное средство, но может входить в состав комплексного, консервативного лечения мочекаменной болезни с учетом установленных обменных нарушений. ☺