Применение «Урисана» для профилактики рецидива уратного нефролитиаза

В.Н. Ткачук

Урологическая клиника Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Введение. Одним из видов мочекаменной болезни является уратный нефролитиаз, частота которого в последние годы существенно увеличилась и достигла 25–30% среди других форм этого заболевания (Пытель Ю.А. и Золотарев И.И., 1995; Лопаткин Н.А., 1998; Дзеранов Н.К. и соавт., 2006). Широкому распространению уратного нефролитиаза способствуют условия современной жизни: гиподинамия из-за технического прогресса, обилие пуринов в пище, воздействие на организм человека экологических нарушений и др.

В настоящее время у пациентов, страдающих уратным нефролитиазом, применяют различные методы терапии: назначают медикаментозные средства, лечебные действия которых направлены на возможное растворение уратного камня (магурлит, блемарен, солуран, трометамол, уралит-У и др.); выполняют дистанционную ударно-волновую литотрипсию, уретеролитоэкстракцию при локализации камня в мочеточнике, оперативное удаление камня; проводят фитотерапию для отхождения мелких уратных камней и др. Однако эти методы терапии лишь избавляют больного от камня, но не предупреждают рецидив камнеобразования, который имеет место у 30–50% больных уратным нефролитиазом (Ткачук В.Н. и соавт., 2007). Одной из основных причин рецидива уратного нефролитиаза являются сохраняющиеся у больных после лечения гиперурикемия и гиперурикурия.

Гиперурикемия и гиперурикурия свидетельствуют о наличии у больного нарушенного синтеза мочевой кислоты (Лопаткин Н.А., 1998) и являются основными этиопатогенетическими факторами уратного нефролитиаза (Пытель Ю.А. и Золотарёв И.И., 1995).

Ранее некоторые авторы с целью выделения мочевой кислоты из организма или снижения её синтеза назначали больным с выраженным нарушением пуринового обмена салицилаты (Пихлак Э.Г., 1970), аллопуринол (Тихлак Э.Г. и Пиляев В.Г., 1981; Пытель Ю.А. и Золотарёв И.И., 1995), уриковак (Lang F. и соавт., 1980). Однако эти препараты не нашли широкого применения, так как при их приеме возможны усиленная кристаллизация мочевой кислоты и камнеобразование, обострение подагры, аллергические проявления, тромбоцитопения, интерстициальный нефрит и другие осложнения (Пытель Ю.А. и Золотарёв И.И., 1995).

В последние годы для комплексной терапии подагры был рекомендован новый препарат – «Урисан» (Индонезия), представляющий собой комплекс лекарственных трав, действие которых направлено на нормализацию пуринового обмена при одновременном увеличении диуреза и выведении из организма избытка мочевой кислоты и её солей. Препарат был разрешен к применению в России в 2006 году. В состав «Урисана» входят экстракты корневищ имбиря лекарственного (аптечного), корневищ альпинии лекарственной, листьев ортосифона тычинкового, корневищ имбиря ароматного, травы хвоща полевого, корневищ куркумы длинной.

Однако никто не применял «Урисан» при уратном нефролитиазе как для лечения, так и для профилактики рецидива этой формы мочекаменной болезни после проведенного лечения.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности «Урисана» для профилактики рецидива уратного нефролитиаза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 85 больных уратным нефролитиазом в возрасте от 29 до 46 лет с локализацией камня в почке (65 пациентов) или в мочеточнике (20 пациентов). Среди обследованных было 50 мужчин и 35 женщин. Размер конкрементов в почке варьировал от 0,9 до 1,5 см, а в мочеточнике – от 0,5 до 0,7 см.

Длительность заболевания до 1 года установлена у 42 (49,4%) пациентов, до 3 лет – у 30 (35,3%), свыше 3 лет – у 13 (15,3%) больных. При определении длительности заболевания учитывались первые клинические проявления болезни, а не время установления диагноза.

Перед назначением «Урисана» для лечения уратного нефролитиаза 48 пациентам (56,5%) была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия, 4 (4,7%) – контактная литотрипсия, 19 (22,3%) – открытое оперативное вмешательство (пиелолитотомия или уретролилтотомия), 14 (16,5%) – уретролитоэкстракция. Ранее 12 (14,1%) из 85 больных для возможного растворения уратного камня получали цитратные препараты (блемарен, магурлит), однако цитолитическая терапия оказалась неэффективной.

Для профилактики рецидива уратного нефролитиаза после проведенного лечения всем 85 больным был назначен «Урисан» по 2 капсулы (1100 мг) 2 раза в день во время еды в течение 4 недель. Больным во время приема «Урисана» было рекомендовано употреблять большое количество жидкости и ограничить потребление жирной пищи.

Больные были обследованы перед назначением «Урисана», сразу же по завершении приема «Урисана» и через 6 месяцев после приема препарата.

По данным обследования, проведенного до начала приема «Урисана», у всех больных было выявлено повышение уровня мочевой кислоты в крови и в моче (см. табл. 1), у всех больных имел место хронический пиелонефрит в латентной фазе воспаления или в фазе ремиссии, а суммарная функция почек была в пределах нормы. При определении уровня мочевой кислоты в крови и в моче мы придерживались рекомендаций Н.А. Лопаткина (1998) и считаем, что у здоровых людей в возрасте до 50 лет уровень мочевой кислоты в сыворотке крови не должен превышать 0,38 ммоль/л, а в моче быть не выше 5,0 ммоль/сут.

Результаты и обсуждения

После приема «Урисана» у больных уратным нефролитиазом была отмечена нормализация показателей пуринового обмена, что иллюстрирует табл. 1.

Динамика биохимических показателей при приеме препарата «Урисан» у больных уратным нефролитиазом

Показатели	До приема препарата	Ч/з 4 недели после приема	Ч/з 6 месяцев после приема препарата
Мочевая кислота крови (ммоль/л)	0,49±0,07	0,34±0,09	0,32±0,06
Мочевая кислота мочи (ммоль/сут.)	7,25±0,83	4,08±0,36	3,89±0,55
Креатинин сыворотки крови (ммоль/л)	0,07±0,04	0,08±0,03	0,08±0,04
Оксалаты мочи (мг/кг в сутки)	0,56±0,09	0,49±0,09	0,46±0,07
Общий кальций мочи (ммоль/сут.)	10,3±1,3	7,8±0,7	6,9±0,3
pH мочи	5,1±0,08	6,4±0,12	6,3±0,27

Если до приема «Урисана» уровень мочевой кислоты в сыворотке крови у больных уратным нефролитиазом был выше нормы и составил в среднем 0,49±0,07 ммоль/л (норма не более 0,38 ммоль/л), то через 4 недели после приема этого препарата он снизился до нормальной величины и составил 0,34±0,09 ммоль/л, т.е. уменьшился в 1,5 раза ($p<0,01$). Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови оставался нормальным (0,32±0,06 ммоль/л) и через 6 месяцев после приема «Урисана».

Аналогичная динамика была прослежена и при изучении уровня мочевой кислоты в моче у больных уратным нефролитиазом при приеме «Урисана». Так, если до приема уровень мочевой кислоты в моче был выше нормы и составил 7,25±0,83 ммоль/сут. (норма не выше 5,0 ммоль/сут.), то через 4 недели после приема препарата он снизился в 1,8 раза и составил 4,08±0,36 ммоль/сут. ($p<0,01$). Уровень мочевой кислоты в моче оставался нормальным и спустя 6 месяцев после приема «Урисана», составил 3,89±0,55 ммоль/сут. ($p<0,01$).

В процессе лечения больных уратным нефролитиазом достоверно возрастал уровень pH мочи – с 5,1±0,08 до 6,4±0,12 – через 4 недели после приема препарата ($p<0,01$) и оставался на этом же уровне – 6,3±0,27 – через 6 месяцев после завершения лечения.

Побочных явлений во время приема «Урисана» отмечено не было. Суммарная функция почек оставалась в пределах нормы. Не было выявлено и обострения хронического пиелонефрита.

Эти данные являются одной из важных предпосылок для профилактики рецидива уратного нефролитиаза после проведения лечения. Оказалось, что в течение 6 месяцев после приема «Урисана» рецедива камнеобразования не было выявлено ни у одного пациента из 85 наблюдаемых нами больных. Поэтому мы рекомендуем принимать «Урисан» у всех больных уратным нефролитиазом после проведенного лечения.

Литература

1. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Уратный нефролитиаз. – М.: Медицина, 1995. –176 с.
2. Руководство по урологии / Под ред. Лопаткина Н.А. – М.: Медицина, 1998, т. 2 , с. 693–761.
3. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Багоров Р.И. Комплексная литолитическая терапия уратного нефролитиаза // Урология, 2006, № 6, с. 38–44.
4. Ткачук В.Н., Ткачук И.Н., Дубинский В.Я. Применение препарата «Пролит» у больных с камнями мочеточников. В кн.: Актуальные вопросы урологии. – СПб, 2007, с. 78–83.
5. Тихлак Э.Г. Подагра. – М.: Медицина , 1970. – 332 с.
6. Тихлак Э.Г., Тиляев В.Г. К механизму действия аллопуринола // Сов. мед., 1981, № 10, с. 111–114.
7. Lang F., Greger R., Oberleithner R. etal. Renal handling of urate in healthy man in hyperuricaemia and renal insufficiency // Europ. yourn. Clin. Invest, 1980, Vol. 10, № 4, pp. 285–292.

В.Н. Ткачук,
заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор,
председатель Санкт-Петербургского
научного общества
урологов им. С.П. Федорова,
профессор кафедры урологии
Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета
им. акад. И.П. Павлова