

РЕАБІЛІТАЦІЯ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ТА МЕТАФЛАКТИКА РЕЦИДИВУ НЕФРОЛІТІАЗУ

Баранник С.І., Молчанов Р.М., Агафонов М.В., Баранник К.С.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Вступ. Ефективність лікування сечокам'яної хвороби не обмежується однією метою - позбавити пацієнта сечового каменю від будь-якої локалізації та не гарантує відсутності рецидивів утворення каменів. Лікування в наступний період після видалення (руйнування) каменя обов'язково спрямоване на реабілітацію функції нирок і метафілактику цього захворювання. Існуючі схеми лікування включають обов'язково підібрану індивідуальну дієтотерапію та антибактеріальну терапію протягом місяця після видалення (руйнування) каменя, препарати, що покращують гемодинаміку нирок і підвищують скоротливість сечоводів, негормональні протизапальні засоби та діуретики, що сприяють дезагрегації кристалів. В наступному, залежно від форми сечокам'яної хвороби, рекомендуються курси прийому препаратів для запобігання утворенню каменів з метою виправлення порушень обміну речовин.

Успішне використання сучасних технологій у лікуванні сечокам'яної хвороби не викликає сумнівів, але їх можливості не безмежні. Все це створює умови для пошуку нових форм і методів комплексного лікування сечокам'яної хвороби.

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих на сечокам'яну хворобу.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано комплексне лікування 278 хворих на сечокам'яну хворобу, яким проводили метафілактичні заходи протягом одного року після видалення (руйнування) сечових каменів нирок та сечоводів. Використовували лабораторні (загальний та біохімічні аналізи крові, сечі) та інструментальні методи дослідження морфологічного і функціонального стану нирок і сечовивідних шляхів (УЗД, комп'ютерна томографія, радіоізотопне дослідження).

Результати досліджень. У комплексі лікування сечокам'яної хвороби санаторно-курортне лікування здавна застосовується як метод із застосуванням мінеральної води. Маючи досвід провідних курортів країни у лікуванні сечокам'яної хвороби, в клініці ми успішно використали мінеральну воду місцевого джерела «Солоний Лиман» за власноруч розробленою схемою. Аналіз використання його низькомінералізованої фракції у 278 хворих на сечокам'яну хворобу після видалення (руйнування) каменя показав наступні результати. В кінці лікування біль у попереку зникав або значно зменшувався у всіх пацієнтів. Щоденне виділення сечі збільшилось на 35-40%, кількість уламків зруйнованого каменю, що залишилися самі по собі по сечовивідних шляхах. У багатьох пацієнтів у великій кількості виділяються солі сечі (пісок у сечі). Лише 9 пацієнтів мали типові напади ниркової кольки. Через 2 тижні вміст сечової кислоти в сечі у 78 пацієнтів зменшився на 8-14%, а вміст оксалатів на 16-23%. Слід зазначити, що у пацієнтів, які не приймали мінеральну воду, рівень сечової кислоти та оксалатів у сечі залишався незмінним протягом перших 2 тижнів після основного етапу лікування. Вживання мінеральної води також призвело до зменшення азотовмісних токсинів у крові на 15-18%. Комплексне дослідження динаміки основних біохімічних показників крові та сечі під впливом мінеральної води показало на поліпшення стану хворого, збільшення обсягу мікроциркуляції в нирках. Після лікування в клініці 79 пацієнтів також пройшли бальнеологічне реабілітаційне лікування в санаторії. Подальший огляд через 1 рік після лікування не показав рецидивів утворення каменів.

Вивчення хімічного складу сечових каменів, особливостей їх будови та умов їх утворення дозволило обґрунтовано рекомендувати певну схему пиття та конкретні дієтичні рекомендації, які були розроблені раніше в нашій клініці (А. В. Люлько, Н. В. Агафонов, 1984).

Що стосується оксалурії або оксалатних каменів, то немає абсолютних свідчень про переважне дотримання лакто-овочевої ("лужна") або м'ясно-рибно-зернової дієти ("кисла"). Однак слід зазначити, що найбільша кількість оксалатів кальцію випадає в осад при рН сечі від 5,5 до 6,5. Тому необхідно регулювати рН сечі, вибираючи продукти, які забезпечують баланс між кислотною та лужною валентністю в раціоні. Для цього потрібна дієта з різноманітним асортиментом продуктів, в якій яйця, крім м'ясних, круп'яних та борошняних страв, містять підвищену кількість овочів та фруктів, картоплі, молока та молочних продуктів (якщо вони не обмежені дієтою). З розвитком нефролітіазу з утворенням оксалатів кальцію певна величина належить до дефіциту магнію в організмі. Завдяки хімічному антагонізму катіонів кальцію та магнію, підвищене всмоктування магнію в організмі призводить до співвідношення цих мінералів у сечі, що перешкоджає утворенню оксалату кальцію. Отже, нестача дієтичного магнію може сприяти розвитку рецидивів нефролітіазу. Надмірний вміст легкозасвоюваних вуглеводів у їжі та недостатнє споживання вітамінів С та В6 відіграють певну роль при оксалурії.

Нерозчинні фосфати кальцію і магнію випадають в осад, коли сеча реагує зі значенням рН вище 7,0. Утворення фосфатів кальцію часто пов'язане з порушенням співвідношення кальцію та фосфору в сечі із збільшенням виведення кальцію з сечею. Цього можна досягти, обмеживши в раціоні продукти, які збільшують лужне середовище і містять багато кальцію. Їжа, яка змінює реакцію сечі на кислу сторону, повинна переважати. Однак рекомендована дієта на м'ясно-рибному зерні не може задовольнити потребу організму у багатьох важливих поживних речовинах (аскорбінова кислота, фолацин, провітамін А - каротин, кальцій та інші).

Сечова кислота є кінцевим продуктом пурину вище і утворюється в організмі під час розпаду тканин з пуринів, а також з пуринів, які синтезуються та живляться в організмі. У людини близько половини сечової кислоти в сечі і третина сечової кислоти в крові утворюється з пуринів у їжі. Усі м'ясні та рибні продукти багаті на пуринові основи та сечову кислоту, але особливо м'ясні субпродукти, оселедець, рибні консерви та дріжджі. Використовуючи в раціоні м'ясо та рибу, слід мати на увазі, що до 50% пуринів у ньому, пуринів, потрапляє в бульйон під час варіння. Тому м'ясні та рибні бульйони, соуси та соуси не повинні входити в раціон. За наявності в раціоні комбінації уратних солей оксалату кальцію необхідно виключити продукти з підвищеною кислотністю та включити в раціон продукти, багаті магнієм.

Будь-яка дієта при нефролітіазі повинна враховувати наявність супутніх захворювань. У разі патології серцево-судинної системи з недостатністю кровообігу щоденний рясний прийом вільної рідини не може бути повністю використаний. При захворюваннях шлунково-кишкового тракту та печінки необхідно внести зміни в раціон, що враховують механічний та хімічний вплив на органи травної системи, а також відповідну кулінарну обробку їжі. При поєднанні нефролітіазу та пієлонефриту необхідно враховувати і віддавати перевагу принципам дієтотерапії при захворюваннях нирок.

Лікарські рослини, цінні властивості яких відомі давно, займають особливе місце в лікуванні нирково-кам'яної хвороби та її метафілактиці. Цілющі властивості рослин

засновані на наявності хімічних речовин різного складу та структури (алкалоїди, глікозиди, вітаміни, ферменти, дубильні речовини, ефірні олії, мікроелементи), які позитивно впливають на живий організм.

Цикли лікування лікарськими рослинами ризначали протягом 1-1,5 місяців, потім робили 3-4-тижневу перерву і лікування повторювали знову. Залежно від виду захворювання, ефективності терапії, індивідуальних особливостей організму пацієнта, загальна тривалість лікування фітотерапією може становити 1-2 роки і більше.

Висновки. Комплексне лікування проводиться з обов'язковим використанням фізіотерапевтичного та санаторно-курортного лікування. Після основного лікування пацієнт повинен перебувати під наглядом аптеки кожні 6 місяців з обов'язковим контрольним ультразвуковим обстеженням. Проведення метафілактичних вимірювань періодичного утворення каменів з використанням комплексу елементів дієтотерапії, фітотерапії та лікарських літолітиків.

Література

1. Баранник С.І., Баранник А.С., Терент'єва Г.А., Гречко Л.В. Проблеми комплексного лікування і профілактики сечового діатезу. *Південноукраїнський медичний науковий журнал*. 2016. №13(13) січень. С. 29-31.
2. Пасечніков С.П., Шеремета Р.З. Сечокам'яна хвороба: сучасні принципи ведення хворих. *Медицинские аспекты здоровья мужчины*. 2016. №4(23). С. 12-20.
3. Ухаль М.І., Шуляк А.В., Габчак Р.В. Особливості використання фіто- та бальнеопитної терапії для метафілактики рецидиву уролітіазу в сучасних умовах. *Здоров'є людини*. 2015. №1. С. 148.
4. Черненко Д.В. Профілактика и противорецидивное лечение кальциевого нефролитиаза. *Актуальні питання сучасної урології, онкоурології, сексопатології та андрології: Збірник праць міжрегіональної науково-практичної конференції / Під ред. д.м.н., проф. С.А. Литвинця. Івано-Франківськ: Місто НВ, 2014. 248 с. С. 129-135.*
5. Barannik S., Agafonov N., Barannik K. Rehabilitation der Nierenfunktion bei Patienten mit Urelinkrankheit und Metaphylaxe der Wiederholenden Nephrolitiasis. *The XIX International Science Conference «Applied and fundamental scientific research», April 08 – 09, 2021, Brussels, Belgium*. 281 p. P. 109-114.

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПОРУШЕННЯМ УРОДИНАМІКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МАРКЕРІВ РАНЬОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК

Бачурін Г.В., Коломоєць Ю.С., Ломака С.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Вступ. Сечокам'яна хвороба – складний та багатоетапний процес утворення каменів на тлі ензимопатій, порушень обміну речовин, що грають роль етіологічних чинників. При хронічній хворобі нирок загальноприйняті маркери виявляють вже пізню стадію ураження нирок. Тому, велика увага приділяється пошуку так званих біомаркерів гострого та хронічного ниркового пошкодження, а також визначення ролі цитокінів та у виникненні запальної реакції, що дозволяє виявити патологічні зміни в нирках на ранніх етапах і встановити їх характер.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування маркерів раннього пошкодження нирок у хворих на сечокам'яну хворобу.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтувались на аналізі результатів обстеження та лікування 70 пацієнтів з СКХ на базі урологічного відділення КУ « Лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» Запорізької міської ради. Всі хворі були розподілені на дві основні групи. До I групи увійшло 36 (51,43%) хворих СКХ, яким була проведена