

ЧАСТЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ увеличивают риск развития мочекаменной болезни

Сильное беспокойство и частые эмоциональные переживания увеличивают риск развития мочекаменной болезни (МКБ). К такому выводу пришли ученые из Университета медицины и стоматологии штата Нью-Джерси (США).

В исследовании американских ученых принимали участие 400 добровольцев. В ходе эксперимента исследователи сопоставили и проанализировали все имеющиеся у них данные. В результате им удалось выявить, что пациенты, страдающие МКБ, жаловались в три раза чаще пациентов со здоровыми мочевыводящими органами и почками на бытовые конфликты, неприятности на работе, а также

на проблемы финансового характера и прочие стрессовые ситуации.

По словам руководителя группы исследователей, доцента Резы Наджми, эти сведения крайне важны, так как до настоящего времени пока не существует точного научного объяснения того, как и почему в почках и мочевыводящих путях начинают образовываться камни.

Значительное количество теорий, существующих на данный момент, не может привести ученых к единому мнению. А установить причину образования камней необходимо, поскольку на лечение каждый год тратятся немалые суммы: так, в США тратится примерно два миллиарда долларов. ■

ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ СНИЖАЮТ РИСК развития мочекаменной болезни почти на треть

Малоподвижный образ жизни может привести к развитию камней в почках и мочевыводящих путях. К такому выводу пришли ученые из Медицинской школы Университета штата Вашингтон.

В исследовании американских ученых принимали участие более 84 тысяч женщин в возрасте старше 50 лет. Оно продолжалось в течение 13 лет. В ходе анализа исследователи обратили внимание на особенности образа жизни всех участников эксперимента, попросив часть добровольцев изменить своим привычкам. Часть женщин начала больше двигаться, выполнять упражнения, гулять на возду-

хе. В ходе исследований выяснилось, что даже небольшая физическая активность способна снизить риск развития камней в мочевых путях на 31 %.

В связи с этим американские исследователи в целях профилактики мочекаменной болезни рекомендуют уделять прогулкам три часа в неделю. Прочими факторами риска развития болезни они считают употребление жирной, острой и жареной пищи, высокое содержание соли в воде, нарушение баланса витаминов, проблемы с употреблением жидкости, неподвижность, климат и генетическую предрасположенность. ■

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ мочекаменной болезнью у подростков

За последние 15 лет скорость образования камней в мочевыводящих путях у подростков увеличилась на 6 % в год. К такому выводу пришли исследователи из клиники Майо в Рочестере (США). Результаты исследований опубликованы в журнале Urology.

Американские ученые провели обследование детей в период с 1984 по 2008 год с установленным диагнозом «мочекаменная болезнь». Результаты проведенного анализа показали, что в период с 1984 по 1990 год данный показатель составлял 13 случаев на каждые 100 тысяч населения в возрасте 12–17 лет. А время между 2003 и 2008 гг. охарактеризовалось увеличением этой цифры почти в три раза — до 36 на 100 тысяч человек.

По словам ведущего автора исследования Мойры Э. Дуайер, ученые не уверены в причинах: на самом ли деле увеличилось фактическое число больных

подростков или же повысилось качество диагностики в связи с использованием высокоточных методов исследования, которые могут обнаружить мельчайшие образования. Так, за период с 1984 по 1996 год при компьютерной томографии было выявлено 6 % (1 из 18) камней у подростков с мочекаменной болезнью, а за период с 1997 по 2008 год — 76 % (34 из 45). Частота спонтанного отхождения камней в эти два периода существенно не различалась (16 против 18 на 100 тысяч человек).

В ходе проведенного анализа ученые пришли к выводу, что существенным фактором риска может быть образ жизни, например дети употребляют слишком мало жидкости и слишком много соли. Кроме того, медики также рассматривают растущее ожирение как фактор, приводящий к увеличению частоты развития мочекаменной болезни среди подростков. ■

УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ: состояние проблемы

На долю уратного нефролитиаза приходится 20–25 % случаев мочекаменной болезни. Увеличение продолжительности жизни, гиподинамия, повышенное потребление белковых продуктов, алкоголя, возрастающее воздействие ряда экологических факторов привели к тому, что распространенность уратного нефролитиаза значительно выросла — с 5–10 % в 1950-е годы до 20–30 % в настоящее время.

Низкая кислотность (pH) мочи, повышенный уровень мочевой кислоты в крови и моче, отсутствие рентгенопозитивного камня на обзорном снимке мочевых путей и выявление конкремента при ультразвуковом исследовании и/или мультиспиральной компьютерной томографии позволяют с большой долей вероятности говорить о том, что пациент страдает именно уратным нефролитиазом.

Согласно последним данным, уратитиаз обусловлен 3 вариантами нарушений:

- ⊕ повышением концентрации кристаллообразующих соединений (мочевой и щавелевой кислот, кальция, фосфатов и цистина);
- ⊕ наличием гидрофобных или незашитенных коллоидов в моче;
- ⊕ изменением уровня pH мочи до соответствующего точке кристаллизации камнеобразующих солей.

Так, необходимым условием образования уратного камня является резкая кислая реакция мочи. Мочевая кислота в кетоформе обладает слабощелочными свойствами и растворима только в слабощелочной и щелочной среде. При pH выше 6,5 мочевая кислота хорошо диссоциирует и выделяется в растворимой форме. При pH мочи менее 5,5 растворимость мочевой кислоты резко умень-

шается и происходит кристаллизация. Кристаллы мочевой кислоты выпадают в осадок и служат остоном для образования камня. Таким образом, стойкий ацидоз мочи способствует образованию уратных конкрементов. Постоянное подкисление мочи объясняется повышенной секрецией ионов аммония почечными канальцами. Установлено, что у больных уратным нефролитиазом отмечается высокий уровень мочевой кислоты, уменьшение содержания лимонной кислоты, снижение концентрации глутамина, а также выделяемых натрия и калия. Содержание аммиака по отношению к натрию и калию увеличено. Важными процессами, влия-

ющими на pH окончательной мочи, являются ацидогенез и аммонификация. Нарушение регуляции этих процессов может привести к изменению pH мочи в резкую кислую сторону.

Золотым стандартом и единственным патогенетическим способом лечения при этом заболевании является применение цитратных смесей. Они обеспечивают дозозависимое ошелачивание мочи без изменения кислотно-основного баланса крови, уменьшение экскреции кристаллообразующих веществ (кальций) и увеличивают содержание цитрата в моче (мощного ингибитора кристаллизации). ■

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТРАТНОЙ ТЕРАПИИ при подготовке к дистанционной литотрипсии

Эффективность дистанционной литотрипсии (ДЛТ) зависит от ряда факторов: плотности камня, его размера и химического состава. При КТ-плотности камня свыше 800–1000 HU возрастает частота повторных сеансов ДЛТ и необходимость использования жестких (высокоэнергетических) режимов фрагментации. Между КТ-плотностью и химической структурой мочевого камня также существует определенная зависимость. Плотность оксалатных камней составляет от 900 до 1800 HU, кальцийфосфатных — 400–1900 HU, магнийфосфатных — более 1320 HU. Однако наибольший интерес для урологов представляют смешанные камни, плотность которых может варьировать от 100 до 1300 HU и выше.

Как показали исследования, проведенные академиком Н.К. Дзерановым и соавт. (Цитратная терапия мочекаменной болезни, 2011), назначение цитратных препаратов больным уратным нефролитиазом существенно повышает эффективность ДЛТ. Среднее количество сеансов ДЛТ при этом уменьшается практически вдвое и составляет 1,1 по сравнению с 1,9 в группе

больных, не получающих цитратную смесь. Почечная колика на фоне терапии цитратами наблюдается только в 14 % случаев, в то время как без применения цитратных препаратов — в 33 % случаев. Пиелонефрит развивается в два раза реже при приеме цитратной смеси (4 vs 9,3 %), необходимость установки катетера-стента отмечается в 4 и 33 % случаев соответственно.

Выбор цитратов для повышения эффективности лечения путем изменения структурной плотности смешанных мочевых камней при подготовке к ДЛТ обусловлен рядом причин. Применение цитратов способствует превращению нерастворимой кетоформы мочевой кислоты в растворимую енольную форму, происходит увеличение концентрации цитратов в моче, подавляется кристаллизация кальция фосфата (образуется водорастворимый хелатный комплекс цитрата вместе с кальцием и другими соединениями). При кислотности 6,6–6,8 повышается растворимость наибольшего числа камнеобразующих соединений. ■

uronews.ru

Швидкорозчинні шипучі таблетки

Блемарен®

Для лікування,
профілактики та метафілактики
сечокам'яної хвороби

Шипучі таблетки № 80

Блемарен®

Для лікування і профілактики сечокам'яної хвороби

1 упаковка таблеток містить: 80 таблеток. Замовити: 10 упаковок. Термін придатності: 3 роки. Дата виготовлення: 09/2014. Репар: ІП ІЛІНІАБІОТЕРАПІЯ

Відомий препарат: Блемарен® (натрію цитрат) є препаратом, який допомагає розчинити сечокам'яну хворобу. Він діє на основі натрію цитрату, який є природним компонентом людського організму. Блемарен® допомагає знизити рівень pH сечі, що сприяє розчиненню конкрементів. Він підвищує ефективність ДЛТ, полегшує відходження уламків. Блемарен® знижує ризик рецидивів кам'янутворення у 7,5 разів.

Рішення для професійної діяльності медичних працівників. Склад: кислота лимонна безводна 1197 мг, тринатрію цитрат безводний 835,5 мг, калій гідрогенфосфат 907,5 мг. Лікарська форма: Таблетки шипучі. Замовити: 10 упаковок. Термін придатності: 3 роки. Дата виготовлення: 09/2014. Репар: ІП ІЛІНІАБІОТЕРАПІЯ

Оптимізує рівень pH сечі,
що сприяє розчиненню конкрементів

Підвищує ефективність ДЛТ,
полегшує відходження уламків

Знижує ризик рецидивів кам'янутворення у 7,5 разів

Золотий стандарт цитратної терапії

esparma

www.esparma.com.ua