

УДК 616.62-003.7-036.22-092.6(477)

ОТКРЫТОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УКРАИНЕ

*В.П. Стусь, В.А. Агеев, А.Я. Амбросийчук, А.И. Арийчук, Д.В. Артемьев, М.М. Балабан,
 Ю.Р. Бандурко, И.Г. Баранов, К.С. Баранник, С.А. Баривин, Р.В. Бахчиев, А.Н. Билик,
 В.Т. Бойвка, К.А. Борисов, С.А. Борисов, А.В. Буря, В.В. Варващеня, И.Н. Варичев, С.В. Выдыш,
 Р.В. Габчак, М.И. Гаврилюк, А.Н. Гадуляк, И.В. Галатонов, В.М. Гарматий, Д.В. Гетманов,
 В.Н. Грицуняк, Р.В. Грышко, В.И. Гродзинский, Я.А. Гулюк, Г.Д. Дзюбенко, Н.Н. Жадан,
 Ю.В. Жирун, О.В. Закопняк, Э.В. Зарубин, Ю.Х. Иванский, А.К. Каграманян, С.П. Кишлар,
 А.В. Кобзев, В.М. Ковалык, Н.В. Ковтун, Ю.А. Коза, С.А. Козаченко, А.С. Колесников,
 Л.А. Колотенко, О.В. Костецкая, В.М. Кострицкий, А.П. Косюга, В.В. Кохановский, С.Н. Коцар,
 В.В. Коштура, А.А. Кравец, Н.В. Краснов, А.А. Кристапчук, Н.М. Кундыс, А.И. Лебедев,
 А.Н. Легких, Н.Б. Литвинов, Д.Д. Литовский, О.Ю. Лобода, Л.Л. Логвиненко, Я.О. Лукашевский,
 И.Б. Макар, В.В. Марцинюк, А.В. Мачтаков, В.Б. Михайский, Б.М. Мишко, К.Н. Мокров,
 И.Л. Мосийчук, С.В. Мостовой, В.С. Мурашкевич, В.И. Нечипоренко, М.В. Новиков,
 Н.Н. Новосельчан, Е.Г. Ольховская, С.Н. Павлюк, М.В. Пытлеваный, М.А. Полищук,
 Е.К. Полянский, П.И. Потапенко, С.П. Похилец, В.Б. Пошелюжной, А.Н. Проценко,
 В.Л. Прошинский, Р.В. Рожок, И.М. Русинко, М.А. Селезнев, А.М. Собакарь, Ф.Г. Стафилов,
 О.В. Стойко, А.В. Тарасенко, В.В. Трыняк, С.Ф. Хаддад, А.А. Ходан, И.Р. Цюрупа,
 В.П. Чайковский, Л.А. Чекан, Ю.Г. Чигрин, Н.К. Шелудченко, Д.В. Шиленко, В.Т. Шиловский*

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) проявляется характерными симптомами, обусловленными в основном нарушением уродинамики, изменением функции почки, присоединившимся воспалительным процессом в мочевых путях [1, 2, 3, 4, 6].

В настоящее время нет «золотого» стандарта в решении проблемы мочекаменной болезни, поэтому на сегодняшний день поиск новых и усовершенствование известных методов лечения остается актуальным и требует дальнейшего разрешения проблемы [4, 5, 7].

Цель и задачи исследования:

- изучить, в каком возрасте пациенты наиболее часто страдают мочекаменной болезнью;
- изучить, какой возраст является наиболее распространенным для впервые выявленной МКБ;
- изучить, кто чаще страдает мужчины или женщины;
- выяснить, какой из регионов более эндемический для мочекаменной болезни;
- выяснить, какая связь МКБ с наследственной предрасположенностью;
- выяснить, какое количество конкрементов, размер и их локализация являются наиболее распространенными;
- изучить влияние исследуемого препарата на удаление мочевых конкрементов;

– изучить переносимость и возможные побочные реакции исследуемого препарата.

Данное клиническое исследование проводилось как открытое, проспективное с декабря 2014 г. по март 2015 г.

Материалы и методы исследования. Обследование больных включало сбор анамнеза, жалоб (анкетирование) (табл. 1), объективный осмотр, лабораторное обследование (общий анализ мочи), ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, оценку результатов лечения как пациентами, так и врачами. Основным условием набора пациентов был диагноз МКБ, как впервые выявленный, так и в анамнезе. Всем пациентам назначали УРОНЕФРОН внутрь после еды по 25–30 капель трижды в сутки в течение 4 недель. Эффективность лечения оценивали по динамике степени выраженности симптомов, лабораторным показателям анализа мочи, локализации и размерам конкрементов по данным ультразвукового исследования органов мочевыводящей системы. Оценивались аллергические реакции. Результаты лечения оценивались как врачом так и пациентом.

Критериями включения в исследование были:

- пациенты обоего пола в возрасте от 15 лет и старше;
- диагноз: мочекаменная болезнь;

Таблица 1

Схема обследования больного

ФИО больного
Возраст больного
Пол: <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Город, область
Диагноз: <input type="checkbox"/> мочекаменная болезнь (МКБ)
Обращение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное
Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> диспансерный учет
Ранее проводились хирургическое вмешательство либо литотрипсия по поводу МКБ: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
МКБ в семейном анамнезе: <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет
Жалобы пациента: <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет

Жалобы оценивались по балльной шкале в динамике на день обращения, 7-10-й день лечения, через месяц после лечения: боль внизу живота; боль в поясничной области; боль в подвздошной области; боль при мочеиспускании; частые позывы к мочеиспусканию; примеси крови в моче.

Балльная шкала: 0 – отсутствие признака, 1 – незначительная степень выраженности признака, 2 – умеренная степень выраженности признака, 3 – значительная степень выраженности признака.

Лабораторные показатели оценивались в динамике на день обращения, 7-10-й день лечения, через месяц после лечения: pH; протеинурия; бактериурия; лейкоцитурия; эритроцитурия.

Локализация конкрементов по данным УЗИ:	
<input type="checkbox"/> чашечка <input type="checkbox"/> лоханка <input type="checkbox"/> мочеточник <input type="checkbox"/> мочевой пузырь	
Данные УЗИ	Результаты анализов, размеры конкремента
День обращения	Через месяц после лечения
Размер конкремента	<input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/> меньше 0,3 см <input type="checkbox"/> меньше 0,3 см <input type="checkbox"/> 0,3–1 см <input type="checkbox"/> 0,3–1 см <input type="checkbox"/> 1–2 см <input type="checkbox"/> 1–2 см <input type="checkbox"/> больше 2 см <input type="checkbox"/> больше 2 см
Были ли аллергические реакции на протяжении лечения: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Если были, как вы их оцениваете: <input type="checkbox"/> значительные <input type="checkbox"/> незначительные	
Оценка результатов лечения:	
Врачом: <input type="checkbox"/> хорошо <input type="checkbox"/> удовлетворительно <input type="checkbox"/> плохо	
Пациентом: <input type="checkbox"/> хорошо <input type="checkbox"/> удовлетворительно <input type="checkbox"/> плохо	

— в исследование включались только те женщины, которые имеют отрицательный ответ на тест на беременность. Для предотвращения наступления беременности в течение всего исследования врач-исследователь рекомендует надежные способы контрацепции;

— способность пациента к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

Критерии исключения:

- известная гиперчувствительность к компонентам препарата;
- беременность, период лактации;
- наличие осложнений (некупирующаяся почечная колика, обструкция верхних мочевых путей, острый калькулезный пиелонефрит);
- сопутствующие заболевания почек и мочевыводящих путей;
- острые нефриты, нефрозы;

- фосфатный литиаз;
- почечная и сердечная недостаточность;
- гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- анатомические изменения мочевых путей;
- гепатит, панкреатит, желчекаменная болезнь;
- наличие сопутствующих декомпенсированных заболеваний или острых состояний, способных существенно повлиять на результаты исследования;
- клинически значимые отклонения лабораторных показателей крови и мочи, требующие дополнительного обследования и интерпретации данных;
- участие в любом другом клиническом испытании.

Для каждого конкретного пациента условия прекращения исследования были:

– индивидуальная непереносимость исследуемого препарата;

возникновение у пациента в ходе исследования тяжелых и/или неожиданных побочных явлений;

– значительное ухудшение общего состояния в период исследования;

– несоблюдение режима лечения.

Результаты и их обсуждение. Нами обследованы 7587 пациентов с мочекаменной болезнью в 41 городе 24 областей Украины (рис. 1). 74% пациентов находились на амбулаторном лечении, 18% – на стационарном и 8% пациентов были на диспансерном учете у уролога. Впервые по поводу МКБ обратились 57% пациентов, повторно – 43%. Мужчин было 55%, женщин – 45%, т.е. мужчины преобладали. 22% пациентов ранее перенесли оперативные вмешательства по поводу мочекаменной болезни. Самая высокая обращаемость по поводу МКБ была

зарегистрирована в Киевской, Днепропетровской, Одесской, Львовской, Запорожской, Харьковской и Донецкой областях.

Выявлена наследственная предрасположенность к заболеванию – у 62% пациентов мочекаменной болезнью страдали также близкие родственники, 38% – отрицали семейный анамнез.

Проанализировано наличие камней у пациентов в зависимости от возраста (рис. 2). Так, в возрасте от 15 до 25 лет камни были обнаружены у 5% пациентов, в возрасте от 25 до 35 лет – у 17%, в возрасте от 35 до 45 лет – у 22%, в возрасте от 45 до 55 лет – у 26% и в возрасте старше 55 лет – у 30% пациентов. Таким образом, выявлено: чем старше пациенты, тем больше вероятность выявления мочекаменной болезни.

По локализации конкрементов больные мочекаменной болезнью распределились следующим образом: чашечные камни были выявлены у 33% пациентов, камни лоханки – у 28%, камни мочеточника – у 30%, мочевого пузыря – у 9% пациентов (рис. 3).



Рис. 1. Рейтинг обращаемости пациентов с мочекаменной болезнью

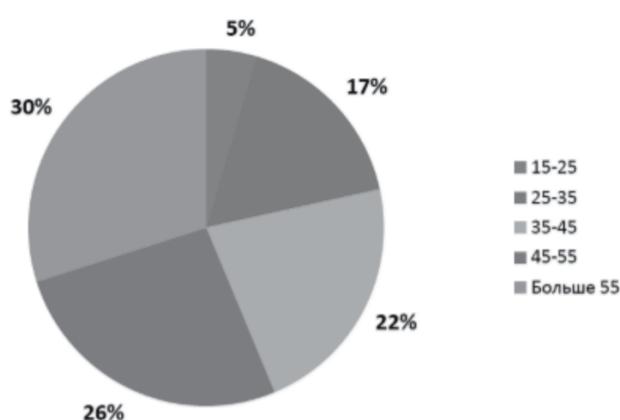


Рис. 2. Наличие конкрементов в зависимости от возраста пациентов

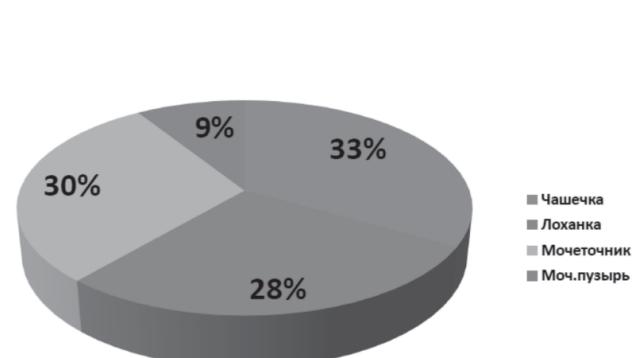


Рис. 3. Распределение пациентов по локализации камней

Значительное количество пациентов (1091 человек) имели сочетанную локализацию конкрементов:

- у 385 пациентов конкременты были обнаружены в лоханке и чашечке;
- в чашечке и мочеточнике – у 213 пациентов;
- у 179 – в лоханке и мочеточнике;
- у 60 пациентов – в лоханке и мочевом пузыре;
- в мочеточнике и мочевом пузыре – у 139 пациентов;
- в чашечке и мочевом пузыре конкременты были обнаружены у 108 пациентов;
- у 7 пациентов конкременты были обнаружены в чашечке, лоханке, мочеточнике и мочевом пузыре.

У большей части пациентов размеры выявленных камней были от 0,3 до 1 см (рис. 4). Необходимо отметить, что через месяц лечения у большинства пациентов конкременты отсутствовали.

У пациентов с небольшим размером конкрементов наблюдалась тенденция к освобождению мочевых путей или уменьшению размеров конкрементов на фоне лечения. Таким образом, прием препарата УРОНЕФРОН способствовал более полному освобождению мочевых путей от конкрементов.

Только 10% пациентов не предъявили жалоб, у них камни были выявлены при профилактическом ультразвуковом исследовании (УЗИ), у 90% были жалобы на тупые или приступообразные боли в поясничной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, боль внизу живота.

В день обращения боль внизу живота у 10% пациентов была сильно выраженной, у 28% –

умеренной, незначительной – у 27% и у 35% – отсутствовала; на 7–10-й день сильно выраженная боль была у 2% пациентов, умеренная – у 10%, незначительная – у 37% и отсутствовала – у 51% пациентов; через 1 месяц 1% пациентов по-прежнему предъявили жалобы на сильную либо умеренную боль, у 89% пациентов боль отсутствовала, а у 10% – была незначительной (рис. 5).

Боль в поясничной области в день обращения была сильно выраженной у 22%, умеренной – у 37%, незначительной – у 27% и отсутствовала – у 14% пациентов; на 7–10-й день сильно выраженная боль была у 2%, умеренная – у 15%, незначительная – у 52% и отсутствовала – у 31% пациентов; через 1 месяц 1% пациентов по-прежнему предъявили жалобы на сильную либо умеренную боль, у 80% пациентов боль отсутствовала, а у 19% – была незначительной (рис. 6).

Боль в подвздошной области в день обращения была сильно выраженной у 8%, умеренной – у 23%, незначительной – у 28% и отсутствовала – у 41% пациентов; на 7–10-й день сильно выраженная боль была у 1%, умеренная – у 7%, незначительная – у 30% и отсутствовала – у 62% пациентов; через 1 месяц 0,5% пациентов по-прежнему предъявили жалобы на сильную либо умеренную боль, у 93% пациентов боль отсутствовала, а у 6,5% – была незначительной (рис. 7).

Боль при мочеиспускании в день обращения была сильно выраженной у 9%, умеренной – у 25%, незначительной – у 34% и отсутствовала – у 32% пациентов; на 7–10-й день сильно выраженная боль была у 1%, умеренная – у 8%, незначительная – у 36% и отсутствовала – у 55% пациентов; через 1 месяц менее 1% паци-

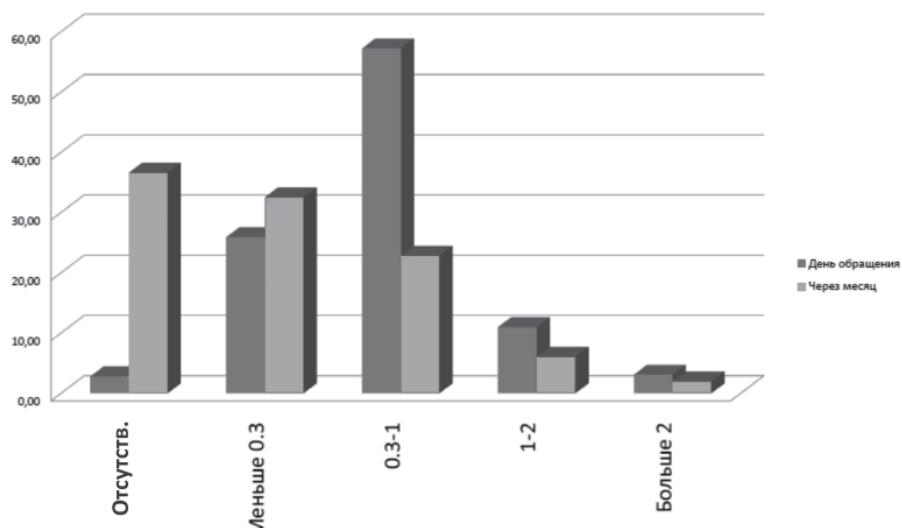


Рис. 4. Распределение пациентов по размерам конкрементов

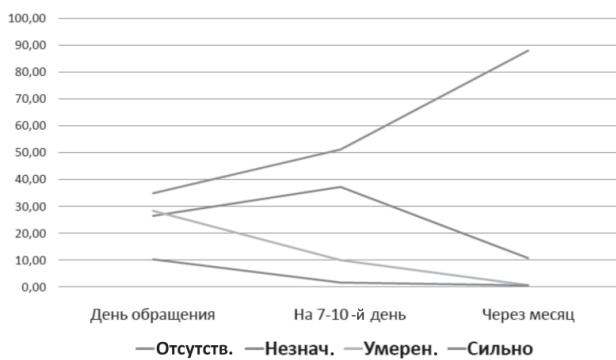


Рис. 5. Степень выраженности боли внизу живота

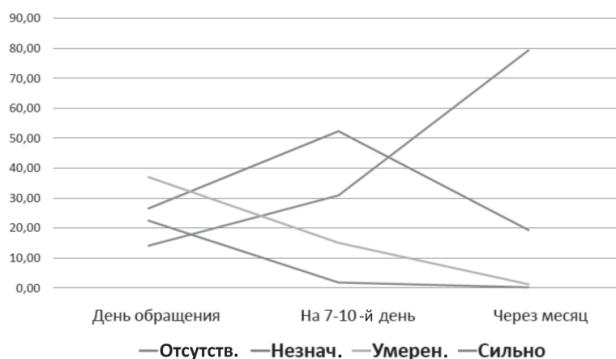


Рис. 6. Степень выраженности боли в поясничной области

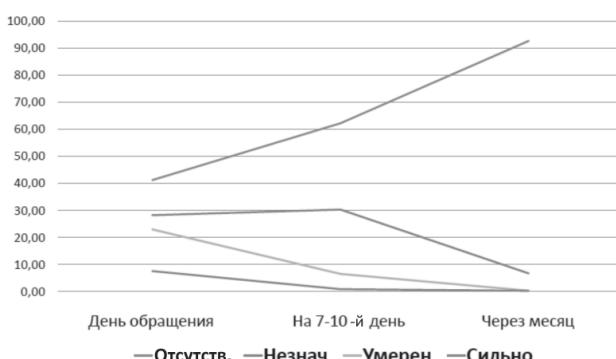


Рис. 7. Степень выраженности боли в подвздошной области

ентов по-прежнему предъявляли жалобы на сильную либо умеренную боль при мочеиспускании; у 90% пациентов боль отсутствовала, а у 8,8% — была незначительной (рис. 8).

Частые позывы к мочеиспусканию в день обращения были сильно выражеными у 13%, умеренными — у 30%, незначительными — у 32% и отсутствовали — у 25% пациентов; на 7–10-й день данный симптом был сильно выражен у 2% пациентов, умеренным — у 10%, незначительным — у 42% и отсутствовал — у 46% пациентов; через 1 месяц 1% пациентов по-прежнему предъявляли жалобы на частые позывы к мочеиспусканию, 84% не предъявляли жалоб, а у 15% — данный симптом был незначительно выражен (рис. 9).

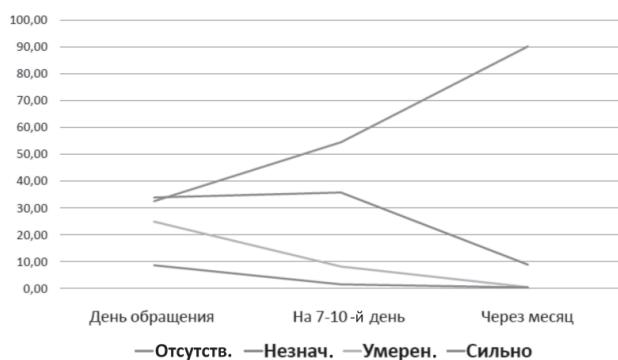


Рис. 8. Степень выраженности боли при мочеиспускании

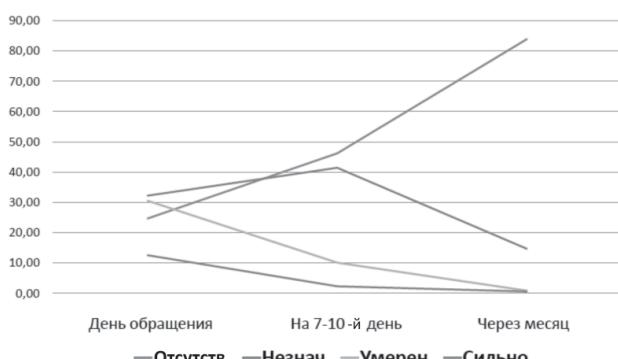


Рис. 9. Степень выраженности позывов к мочеиспусканию

Таким образом, в процессе лечения МКБ с использованием препарата УРОНЕФРОН, наблюдалось уменьшение жалоб, либо степени их выраженности. Также данная терапия приводила к улучшению общего состояния пациентов.

Бактериuria на момент обращения больных с мочекаменной болезнью была диагностирована у 36% пациентов, к 7–10-му дню она выявлялась у 13% пациентов, а через 1 месяц — только у 4% пациентов (рис. 10). Эритроцитурия (рис. 11) на момент обращения больных с мочекаменной болезнью была диагностирована у 72% пациентов, к 7–10-му дню она выявлялась у 40% пациентов, а через 1 месяц у 91% пациентов эритроцитурия отсутствовала.

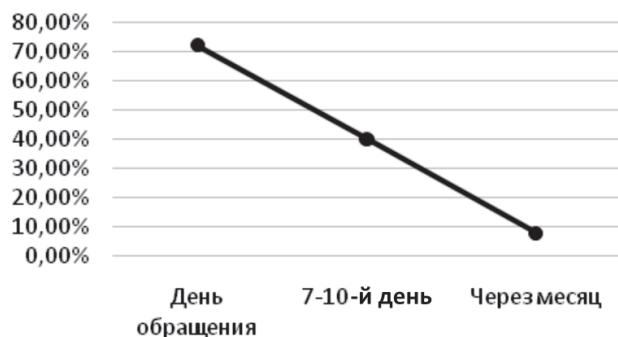


Рис. 10. Степень наличия эритроцитурии в период лечения

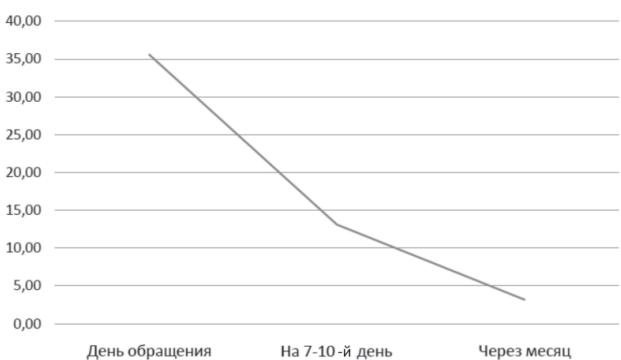


Рис. 11. Степень наличия бактериурии в период лечения

На момент обращения лейкоцитурию выявили у 66% пациентов; на 7–10-й день эта цифра составила 36%, через месяц после лечения у 92% пациентов лейкоциты в моче не обнаруживались (рис. 12).

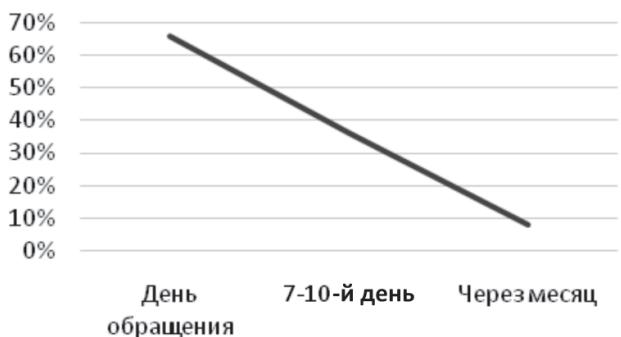


Рис. 12. Степень наличия лейкоцитурии в период лечения

Протеинурия – синдром многих нозологических форм. В основе большинства видов протеинурии лежит нарушение клубочковой фильтрации. При повышении проницаемости клубочковых капилляров усиливается процесс реабсорбции. Протеинурия у пациентов с МКБ связана с несколькими моментами: метаболические нарушения, воспаление (пиелонефрит, пиелит, уретерит, цистит). Протеинурия при МКБ может быть истинной (появляется при изменении проницаемости клубочков) и ложной (характеризуется увеличением протеина мочи непосредственно в мочевыводящем тракте при наличии воспаления). Лечение протеинурии направлено на устранение причины заболевания, ликвидацию патологических симптомов.

На момент обращения белок в моче определялся в 86% случаев, через месяц после лечения данный показатель оставался достаточно высоким – 36% (рис. 13). Однако процент пациентов с протеинурией смешался в сторону более низких показателей: у 3% пациентов протеинурия сохранялась на уровне выше 0,065 г/л, у

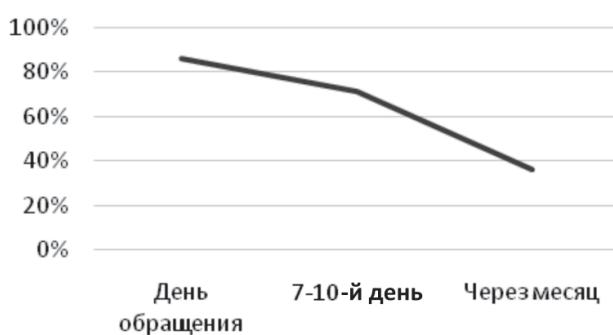


Рис. 13. Степень наличия протеинурии в период лечения

20% этот показатель составил 0,033–0,065 г/л и большая часть пациентов (77%) имела уровень белка в моче менее 0,033 г/л. В день обращения данные показатели составили: 19%, 52% и 29% соответственно.

Таким образом, освобождение мочевых путей от конкрементов на фоне лечения УРОНЕФРОНОМ приводит к снижению протеинурии. Наличие же протеинурии у части пациентов связано с присутствием камней в мочевыводящих путях.

Во многих случаях причины МКБ кроются в сложных обменных нарушениях организма человека, сопровождающихся нарушением оксалатного, фосфатного или уратного обмена и образованием тех или иных камней, чаще смешанных. Состояние кислотности мочи влияет на выпадение в осадок различных солей. Так, при рН меньше 5,0 преимущественно образуются ураты, а при рН выше 7,0 – фосфаты. Оксалаты могут образовываться при различной рН. На момент обращения у 51,3% пациентов наблюдалось изменение кислотности мочи: из них у 40% пациентов рН мочи была больше 6,0, а у 60% – меньше 5,0. На 7–10-й день у 15% пациентов рН мочи была больше 6,0, а у 26% – меньше 5,0. Через 1 месяц у 34,7% пациентов сохранилось изменение кислотности: при этом распределение между повышенной и пониженней кислотностью сравнялось практически поровну ≈ по 17%.

Применение УРОНЕФРОНА способствует нормализации рН мочи у пациентов с МКБ за счет влияния производных флавона, инозита, сапонинов и силикатов. Последние также усиливают выведение мочевой кислоты при уратных отложениях в почках. Препарат предотвращает кристаллизацию минеральных компонентов в мочевыводящих путях, благоприятствует сохранению равновесия между коллоидами и кристаллоидами мочи. Сапонины уменьшают поверхностное натяжение, образуют защитные коллоиды и эмульгируют патогенные компоненты мочи.

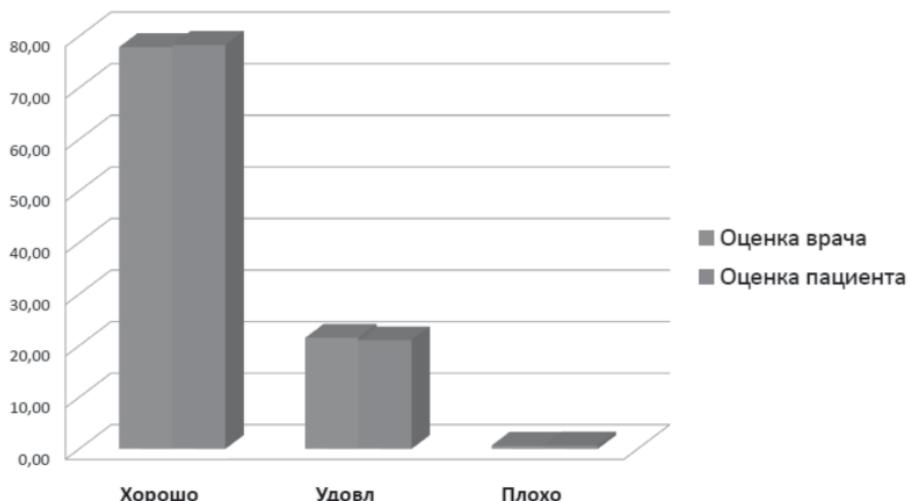


Рис. 14. Оценка врача и пациента эффективности лечения

Таким образом, в процессе лечения МКБ с использованием препарата УРОНЕФРОН наблюдалось улучшение лабораторно-диагностических показателей мочи.

78% врачей оценили результаты лечения как хорошие, более 21% как удовлетворительные и 0,6% остались не удовлетворены результатами лечения. Оценка пациентов распределилась соответственно отзывам специалистов (рис. 14).

Только у 1,6% пациентов, которые принимали УРОНЕФРОН, были отмечены аллергические реакции, из которых 99% случаев имели незначительную степень проявления.

Выводы

Таким образом, проведенное открытое исследование по изучению клинико-эпидемиологических характеристик МКБ в Украине показало, что:

1. Самая высокая обращаемость по поводу МКБ была зарегистрирована в Киевской, Днепропетровской, Одесской, Львовской, Запорожской, Харьковской и Донецкой областях.

2. Среди пациентов, страдающих МКБ, преобладали мужчины.

3. Выявлена наследственная предрасположенность к заболеванию.

4. Чем старше пациенты, тем больше вероятность выявления МКБ.

5. 10% случаев МКБ протекают бессимптомно и диагностируются методом ультразвукового исследования.

6. У большей части пациентов размеры выявленных камней были небольшими от 0,3 до 1 см.

7. Чашечные камни выявляются наиболее часто; около 14% пациентов имели сочетанную локализацию конкрементов.

8. Прием препарата УРОНЕФРОН способствовал более полному освобождению мочевых путей от конкрементов, улучшению лабораторно-диагностических показателей мочи.

9. Лечение МКБ с использованием препарата УРОНЕФРОН, способствует уменьшению жалоб у пациентов, а также степени их выраженности, что приводит к улучшению общего состояния пациентов.

10. 78% врачей и пациентов оценили результаты лечения как хорошие.

11. УРОНЕФРОН хорошо переносился пациентами. 98,4% пациентов, которые принимали препарат, не имели аллергических реакций. Серьезные побочные реакции при лечении исследуемым препаратом не наблюдались, что при отсутствии нежелательных изменений лабораторных показателей свидетельствует о безопасности его применения у больных мочекаменной болезнью.

12. Результаты исследования позволяют рекомендовать препарат УРОНЕФРОН, капли дляperorального применения производства ПАО «Фармак» для клинического применения при лечении мочекаменной болезни.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения / Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт и др. // Врачебное сословие. – 2004. – № 4. – С. 4–10.
2. Возіанов О.Ф. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасєчніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2. – С. 17–24.

3. Дзюрак В.С. Єдина нирка: проблеми рецидиву або захворювання на нефролітіаз / В.С. Дзюрак, А.І. Бойко, О.Ю. Щербак М.Д. Соснін // Мат-ли з 7-ї з'їзду Асоціації урологів України, 16–18 вересня, 2010 р., м. Одеса. – Дніпропетровськ: АртПрес, 2010. – С. 248–250.
4. Колпаков И.С. Мочекаменная болезнь: монография / И.С. Колпаков. – М.: Академия, 2006. – 301 с.
5. Пасечников С.П. Динаміка ефективності та рівня організації спеціалізованої допомоги пацієнтам із сечокам'яною хворобою в Україні / С.П. Пасечников, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 167–171.
6. Сайдакова Н.О. Особливості епідеміологічного стану медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу в аспекті великих міст / Н.О. Сайдакова, Ю.М. Постолов, В.П. Стусь // Медичні перспективи. – 2004. – Т. 9, № 3. – С. 132–136.
7. Яненко Э. К. Современный взгляд на лечение больных мочекаменной болезнью / Э.К. Яненко, О.В. Константинов // Урология. – 2009. – № 5. – С. 61–66.

Реферат

ВІДКРИТЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПО ВИВЧЕННЮ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

В.П. Стусь, В.О. Агеев, А.Я. Амброзійчук, А.І. Арайчук, Д.В. Артем'єв, М.М. Балабан, Ю.Р. Бандурко, І.Г. Баранов, К.С. Бараннік, С.А. Барібін, Р.В. Бащієв, О.М. Білик, В.Т. Бойвка, К.О. Борисов, С.О. Борисов, О.В. Буря, В.В. Варвашеня, І.М. Варічев, С.В. Видиш, Р.В. Габчак, М.І. Гаврилюк, А.М. Гадул'як, І.В. Галатонов, В.М. Гарматий, Д.В. Гетманов, В.М. Грицуњак, Р.В. Гришко, В.І. Гродзінський, Я.О. Гулюк, Г.Д. Дзюбенко, М.М. Жадан, Ю.В. Жирун, О.В. Закопняк, Е.В. Зарубін, Ю.Х. Іванський, А.К. Каграманян, С.П. Кішлар, А.В. Кобзєв, В.М. Ковалик, Н.В. Ковтун, Ю.О. Коза, С.О. Козаченко, О.С. Колесников, Л.А. Колотенко, О.В. Костецька, В.М. Костицький, А.П. Косюга, В.В. Кохановский, С.М. Коцар, В.В. Коштура, О.А. Кравец, В.М. Краснов, А.А. Кристапчук, Н.М. Кундис, А.І. Лебедєв, О.М. Легких, М.Б. Літвінов, Д.Д. Літовський, О.Ю. Лобода, Л.Л. Логвиненко, Я.О. Лукашевський, І.Б. Макар, В.В. Марцинюк, О.В. Мачтаков, В.Б. Михайський, Б.М. Мишко, К.М. Мокров, І.Л. Мосійчук, С.В. Мостовий, В.С. Мурашкевич, В.І. Нечипоренко, М.В. Новиков, Н.Н. Новосельчан, О.Г. Ольховська, С.М. Павлюк, М.В. Питльований, М.О. Поліщук, Є.К. Полянський, П.І. Потапенко, С.П. Похилець, В.Б. Пошелюжний, О.М. Проценко, В.Л. Прошинський, Р.В. Рожок, І.М. Русинко, М.А. Селезньов, О.М. Собакар, Ф.Г. Страфілов, О.В. Стойко,

Summary

OPEN STUDY ON THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF UROLITHIASIS IN UKRAINE

V. Stus, V. Ageev, A. Ambrosiychuk, O. Ariichuk, D. Artemev, M. Balaban, Y. Bandurko, I. Baranov, K. Barannik, S. Barybin, R. Bahchiev, A. Bilyik, V. Boyivka, K. Borisov, S. Borisov, A. Buria, V. Varvashenia, I. Varichev, S. Vydysh, R. habchak, M. Gavryluk, A. Hudapiak, I. Galatonov, V. Garmatii, D. Hetmanov, V. Grycuniak, R. Hryshko, V. Hrodzinskyi, J. Guluk, G. Dzubenko, N. Zhadan, Y. Zhirun, O. Zakopniak, E. Zarubin, Y. Ivanskii, A. Kagromanyan, S. Kishlar, A. Kobzev, V. Kovalyk, N. Kovtun, Y. Koza, S. Kozachenko, O. Kolesnikov, L. Kolotenko, O. Kostets'ka, V. Kostritsky, A. Kosyuga, V. Kohanovsky, S. Kotsar, V. Koshtura, O. Kravets, M. Krasnov, A. Krystapchuk, M. Kundis, A. Lebedev, O. Legkih, M. Litvinov, D. Litovskii, O. Loboda, L. Logvinenko, Y. Lukashevskiy, I. Makar, V. Martsynjuk, O. Machtakov, V. Mihaisky, B. Myhko, K. Mokrov, I. Moseichuk, S. Mostovy, V. Murashkevich, V. Nechiporenko, M. Novikov, M. Novoselchan, O. Olhovska, S. Pavlyuk, M. Pytlyovany, M. Polishuk, E. Polyanski, P. Potapenko, S. Pohilets, V. Poshehlyuzhnyy, O. Procenko, V. Proshinski, R. Rozhok, I. Rusinko, M. Seleznev, A. Sobakar, F. Stafilov, O. Stoiko,

О.В. Тарасенко, В.В. Триняк, С.Ф. Хаддад,
А.А. Ходан, І.Р. Цюрупа, В.П. Чайковський,
Л.А. Чекан, Ю.Г. Чигрін, М.К. Шелудченко,
Д.В. Шиленко, В.Т. Шилівський

Проведено відкрите дослідження по вивченню клініко-епідеміологічних характеристик сечокам'яної хвороби (СКХ) в Україні. Обстеження хворих включало збір анамнезу, скарг (анкетування), об'єктивний огляд, лабораторне обстеження (загальний аналіз сечі), ультразвукове дослідження нирок та сечовивідних шляхів, проводилась оцінка результатів лікування, як пацієнтами, так і лікарями. Основною умовою набору пацієнтів був діагноз СКХ, як вперше виявлений, так і в анамнезі. Усім пацієнтам призначався УРОНЕФРОН всередину після їжі по 25–30 крапель тричі на добу протягом 4 тижнів. Ефективність лікування оцінювали за динамікою ступеня вираженості симптомів, лабораторними показниками аналізу сечі, локалізації та розмірами конкрементів за даними ультразвукового дослідження органів сечовидільної системи. Виконувалась оцінка алергічних реакцій. Оцінка результатів проводилась як лікарем, так і пацієнтом.

Обстежено 7587 пацієнтів з сечокам'яною хворобою у 41 місті 24 областей України у віці старше 15 років, що перебували на стаціонарному, амбулаторному лікуванні та диспансерному нагляді. Уперше з приводу СКХ звернулось 57% пацієнтів, повторно – 43%. Чоловіків було 55%, жінок – 45%, в т.ч. чоловіки переважали. 22% пацієнтів раніше перенесли оперативні втручання з приводу сечокам'яної хвороби. Найчастіше зверталися з приводу СКХ у Київській, Дніпропетровській, Одеській, Львівській, Запорізькій, Харківській та Донецькій областях.

Виявлена спадкова склонність до захворювання: у 62% пацієнтів сечокам'яною хворобою страждали близькі родичі, 38% – заперечували сімейний анамнез.

Тільки 10% пацієнтів не пред'являли скарг, у них камені були виявлені при профілактичному ультразвуковому дослідженні (УЗД), у 90% були скарги на тупі або схваткоподібні болі у поперековій ділянці, іррадіюючі за ходом сечоводу, болі внизу живота.

Чим старіші пацієнти, тим більше вірогідність виявлення СКХ. Так, у віці від 15 до 25 років камені були знайдені лише у 5% пацієнтів, у віці від 25 до 35 років – у 17, у віці від 35 до 45 років – у 22%, у віці від 55 до 55 років – у 26% і у віці старше 55 років – у 30% пацієнтів.

O. Tarasenko, V. Trynaak, S. Haddad,
A. Chodan, I. Cyurupa, V. Chaikovski,
L. Chekan, Y. Chygrin, M. Sheludchenko,
D. Shilenko, V. Shulivskii

The open study of the clinical and epidemiological characteristics of the urinary stone disease (USD) in Ukraine is conducted.

Evaluation of patients included history taking, complaints (questioning), objective examination, laboratory tests (urinalysis), ultrasonic examination of the kidneys and urinary tract and also an assessment of the results of the treatment as by patients so physicians. The main condition for a set of patients was a diagnosis of USD which was found as at first examination so in the history. All patients received URONEFRON in orally after eating by 25–30 drops three times a day for 4 weeks. Treatment efficacy was assessed by the dynamics of severity of symptoms, laboratory parameters of urine analysis, localization and size of stones by the data of ultrasound of the urinary system. Also was done the following estimation of allergic reactions. Evaluation of the treatment was carried out by both doctor and patient.

The study involved 7587 patients with USD from 41 cities from 24 regions of Ukraine in the age of over 15 years, who were under inpatient stay, outpatient and dispensary observation. At first with the signs of the USD was applied 57% of patients, repeatedly – 43%. The 55% of them were male and 45% female, i.e. male dominated. The 22% of them were patients who had previous surgery for kidney stones. The highest uptake about USD was registered in Kyiv, Dnipropetrovsk, Odesa, Lviv, Zaporizhzhya, Kharkiv and Donetsk regions.

It the study was revealed the genetic predisposition to the disease: the relatives of 62% of patients also suffered from USD but 38% from them denied family history.

Only 10% of patients had not complained, their kidney stones were found during the preventive ultrasonic examination (US), in 90% of patients was complaining about dull or paroxysmal pain in the lumbar region, radiating pain along the ureter and pain in the abdomen.

The older the patient, the greater probability of detecting of the USD. So, in the age from 15 to 25 years stones were found in 5% of patients, in the age from 25 to 35 years – in 17%, from the age 35 to 45 years – in 22%, from the age 45 to 55 years – in 26% and in the age older than 55 years – in 30% of patients.

Cup-stones were found in 33% of patients, pelvic stones – in 28%, ureteral stones – in 30%

Чашкові конкременти були виявлені у 33% пацієнтів, камені миски – у 28%, камені сечово-ду – у 30%, сечового міхура – у 9% пацієнтів. У більшої частини пацієнтів розміри виявлених конкрементів були від 0,3 до 1 см. Через місяць у більшої частини пацієнтів конкременти були відсутні.

78% лікарів оцінили результати лікування як хороші, більше 21% як задовільні та 0,6% залишились не задоволені результатами лікування. Оцінка пацієнтів розподілилась відповідно до відгуків спеціалістів.

Тільки у 1,6% пацієнтів, які приймали Уронефрон, були відмічені алергічні реакції, з яких 99% випадків мали незначний ступінь проявів.

Результати дослідження свідчать про ефективність препарату УРОНЕФРОН, каплі для перорального застосування виробництва ПАО «Фармак», у хворих з сечокам'яною хворобою. Прийом препарату сприяв більш повному очищенню сечових шляхів від конкрементів, покращенню лабораторно-діагностичних показників сечі, а також регресу клінічних симптомів захворювання та покращення загального стану пацієнтів.

Препарат добре переноситься пацієнтами. Серйозні негативні реакції при лікуванні досліджуваним препаратом не спостерігались, що при відсутності небажаних змін лабораторних показників свідчить про безпеку його застосування у хворих з сечокам'яною хворобою.

Результати клінічного дослідження дозволяють рекомендувати препарат «УРОНЕФРОН», краплі для перорального застосування виробництва ПАТ «Фармак» для клінічного застосування у лікуванні СКХ.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, уронефрон.

Адреса для листування

В.П. Стусь
E-mail: viktor.stus@gmail.com

and of the bladder – in 9% of patients. The sizes of identifying stones of most of the patients were from 0.3 to 1 cm. After a month of treatment, most of patients had no concretions.

Evaluation of the results of treatment as a good was marked by 78% of doctors, more than 21% found it as satisfactory and 0.6% of them were not satisfied with the treatment. Evaluation of patients distributed according to specialists.

Only 1.6% of patients who had received Uronefron marked allergic reactions, the 99% of cases with slight degree of manifestation.

The results of study certifies about the effectiveness of URONEFRON preparation, the drops for oral use produced by PJSC "Farmak" in patients with the USD. The use of preparation allows for a better release of the urinary tract calculi, improve laboratory diagnostic indicators of urine and also to regression of clinical symptoms of the disease and improve the general condition of patients.

The preparation was well tolerated by patients. Serious adverse reactions during the treatment by examined preparation were not observed that is for the absence of adverse changes of laboratory indexes indicates about the safety of its use in patients with the USD.

The results of the clinical trial allow us recommend URONEFRON, drops for oral use produced by PJSC "Farmak" for clinical use in the treatment of the USD.

Keywords: urinary stone disease, uronefron.