КОНСИЛИУМ Природная медицина ^{®®}

Применение фитотерапевтических препаратов в детской нефрологии



Л.И. ВакуленкоК.м.н., кафедра госпитальной педиатрии № 1
Днепропетровской государственной
медицинской академии

Клинический случай

В отделение нефрологии Днепропетровской областной детской клинической больницы поступил мальчик 7 лет с жалобами на боли в животе (ноющие, не связанные с приемом пищи, без четкой локализации), боли в пояснице, редкие болезненные мочеиспускания, кирпичный цвет мочи.

Анамнез заболевания: 2 нед назад ребенок выписан из детского отделения ЦРБ, где находился на стационарном лечении с диагнозом «Острая кишечная инфекция. Ацетонемический синдром». После расширения диеты и уменьшения количества употребляемой жидкости у ребенка повысилась интенсивность цвета мочи и наблюдалось кирпичное ее окрашивание, болезненные мочеиспускания.

При объективном осмотре: $t^{\circ} - 37,1 \, ^{\circ}\text{C}$, $\text{ЧСС} - 88 \, \text{уд/мин}$, $\text{ЧД} - 22 \, \text{в}$ минуту, $\text{АД} - 95/45 \, \text{мм}$ рт. ст. Состояние ребенка средней тяжести, умеренный интоксикационный, болевой, мочевой и дизурический синдромы. Кожа бледная, умеренно выражен периорбитальный цианоз. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в левом и правом боковых отделах мезогастрия. Симптом Пастернацкого справа отрицательный, слева — слабоположительный.

При лабораторном обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок -73.2 г/л, глюкоза -3.8 ммоль/л, мочевая кислота -0.40 ммоль/л, мочевина -5.99 ммоль/л, азот мочевины -2.79 ммоль/л, остаточный азот -19.2 ммоль/л, креатинин -0.032 ммоль/л.

Общий анализ мочи: кол. -60,0 мл, цвет — кирпичный, прозрачность — мутная, реакция — 5,7, удельный вес — 1032, белок — 0,033 г/л, ураты покрывают все поле зрения, в связи с чем микроскопия осадка и определение форменных элементов невозможны.

Проба по Зимницкому: удельный вес -1030-1035, дневной диурез -290,0 мл, ночной -80,0 мл.

Проба по Нечипоренко: лейкоциты — 1500 в 1 мл, эритроциты — 900 в 1мл.

Концентрация мочевой кислоты в суточном анализе мочи — 5,4 ммоль/л.

Уролейкограмма: лимфоциты – 80%.

Посев мочи: S. epidermidis — 10^3 .

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Желчный пузырь (5,3×1,6 см), просвет с однородным содержимым. Стенки не изменены. Почки расположены типично. Размеры: правая 7,5×3,0 см, левая — 7,3×3,4 см. Паренхима — толщина и эхогенность не изменены. Чашечно-лоханочная система не расширена. Солевые включения в чашечно-лоханочной системе с обеих сторон, стенки собирательной системы уплотнены.

Консультации:

Уролог: баланопостит. Рекомендовано местное лечение — гигиенические процедуры, Офлокаин 0,1% мазь 2-3 р/сут.

Невролог: астеноневротический синдром. Рекомендовано: Стимол 1 пакетик 2 р/сут.

Ребенку было рекомендовано строгое соблюдение диеты с низким содержанием пуринов: исключение мясных и рыбных бульонов, субпродуктов, жареных и жирных сортов мяса, какао и шоколада; употребление растительных и молочных продуктов; увеличение питьевой нагрузки.

Через 2 дня был повторно проведен общий анализ мочи: кол. — 120,0 мл, цвет — насыщенно-желтый с осадком кирпичного цвета, прозрачность — умеренная, реакция — 5,6, удельный вес — 1022, белок — 0,033 г/л, лейкоциты — 12-15 в поле зрения, эритроциты — 20-25 в поле зрения, плоский эпителий — 20-25 в поле зрения, гиперуратурия. ■

36 | Medical Nature № 2 | Январь 2010

Природная медицина ^{®®} КОНСИЛИУМ

Комментарий специалиста



Представленный клинический случай комментирует профессор кафедры нефрологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Дмитрий Дмитриевич Иванов.

Клинический диагноз приведенного наблюдения можно

сформулировать следующим образом: «Нервно-артритическая аномалия конституции. Рецидивирующий ацетонемический синдром. Транзиторная гиперурикемия/гиперуратурия. Дисметаболическая нефропатия?». Приведенный клинический случай представляет собой классический вариант нервно-артритической аномалии конституции. Как правило, это худые, активные мальчики-брюнеты, страдающие до младшего школьного возраста ацетонемическим синдромом, нередко с эпизодами гиперуратурии/гиперурикемии. В школьном возрасте с исчезновением ацетонемического синдрома эпизоды уратурии наблюдаются реже. Однако в последующем такие пациенты составляют группу риска по развитию подагры (наследуется по рецессивному типу) и мочекаменной болезни. Имеются данные, что они более склонны также к вторичной, например медикаментозной, подагре. Необходимо крайне осторожно назначать таким пациентам препараты, увеличивающие содержание мочевой кислоты (например, фторхинолоны), лекарственные средства, снижающие артериальное давление за счет периферической вазодилатации (например, ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина), и рекомендовать ограничить употребление пищи, содержащей пурины (мясных продуктов, лососевой икры, шоколада). Следует отметить, что в качестве инфузионной терапии ацетонемического синдрома вместо раствора глюкозы более рационально использовать раствор, основными действующими веществами которого являются ксилитол и натрия ацетат. В большинстве случаев клинический диагноз формулируется как кристаллурия (уратурия). Однако при появлении триады - наличие эхопозитивных включений в обеих почках, повышенное выделение солей за сутки, сопровождающееся увеличением мочевой кислоты крови (определяется по анализу транспорта солей), и развитие мочевого синдрома – необходимо диагностировать дисметаболическую нефропатию. Выделение этого диагноза имеет прогностическое значение, так как заболевание является предиктором развития интерстициального поражения почек.

Лечебные мероприятия различны в зависимости от выраженности и длительности клинических симптомов. В случае временной гиперуратурии рекомендуют придерживаться диетических ограничений: исключить продукты, богатые пуриновыми основаниями, ощелачивать пишу за счет употребления щелочных минеральных вод и применять фитотерапевтические средства. Фитопрепарат Канефрон Н обеспечивает комплексное действие, вследствие чего снижается уровень мочевой кислоты в крови, оказываются урикозурический, мягкий противовоспалительный и диуретический эффекты. Длительность терапии Канефроном Н составляет от 1 (лечебное действие) до 3 мес (профилактический прием).

Дисметаболическая нефропатия требует длительного курсового лечения, направленного на уменьшение урикемии (диета), уратурии (фитопрепарат, содержащий экстракты горца птичьего, зверобоя и хвоща полевого; Канефрон Н), коррекции рН мочи в нейтральную сторону (цитратные комплексы), улучшение пищеварения (панкреатические ферменты, про- и пребиотики). Как и в случае с транзиторной гиперурикемией/уратурией, лечебно-профилактическое назначение Канефрона Н в течение 3 мес обеспечивает стойкий терапевтический эффект.

В случае развития интерстициальных изменений со стороны почек, документируемых в первую очередь по снижению относительной плотности мочи в анализе по Зимницкому, к вышеуказанной терапии добавляют аллопуринол и ингибиторы АПФ. Канефрон Н при интерстициальных поражениях оказывает мягкое антипротеинурическое и противовоспалительное действие. Отметим, что нестероидные противовоспалительные препараты, в том числе и селективные, при развитии интерстициальных изменений в почках не назначаются (приказ МЗ Украины № 627 от 03.11.2008 г. «Про затвердження протоколу лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиціальним нефритом»). Кроме того, наличие интерстициального нефрита выдвигает более жесткие требования и к фитопрепаратам, которые не являются стандартизированными фармацевтическими продуктами. Благодаря изготовлению по технологии фитониринга Канефрон Н может применяться при интерстициальном нефрите наряду с традиционными фармацевтическими средствами.

Вместе с тем доказательная база приведенных выше лечебных подходов в настоящее время только формируется, поэтому определение тактики лечения во многом строится на общих педиатрических подходах и личном опыте врача.

Nº 2 | Январь 2010 Medical Nature | 37