Глава XII.

Мочекаменная болезнь (МКБ)

Мочекаменная болезнь, начало её формирования, рост камней и годы до окончательного тяжёлого болевого кризиса выхода камней из человеческого организма — сплошное белое пятно современной западной медицины. Она не может ни объяснить ни предупредить катастрофу. Точнее теорий много, но толку для профилактики мало. «С места в карьер» — выскажу сразу догадку. Это проблема научно-медицинская или пищевая? Нужны ли сотни учёных и лабораторий, миллиардные ассигнования на изучение путей профилактики мочекаменной болезни? Может быть, просто заказать нашим среднеазиатским партнёрам тысячи железнодорожных составов с арбузами и запретить им применять селитру при их выращивании? Думаю, узбеки, таджики и киргизы будут рады помочь братьям в России.

Недавно случилась история, которая ярко иллюстрирует беспомощность цивилизованной медицинской науки. Жил-был один миллиардер. У него был камень в почке. Миллиардеру лечащий врач сказал, что это мелочь для современной медицины и камень можно раздробить с помощью ультразвуковой пушки. Пациент лёг в крупнейшую клинику Москвы, был проведён процесс литотрипсии (дробления), но с каждым днём ему становилось хуже и через несколько дней состояние стало настолько тяжёлым, что пациента прооперировали. Оказалось, что вместе с камнем «раздробили» и почку, мёртвая почка нагноилась, в результате операции она была удалена и миллиардер едва выжил. Самое любопытное, что его лечащий врач

слёг в свою клинику через полгода с кризисом выхода своего собственного мочевого камня. Доктор очень мучился, претерпевал сильные боли из-за процедур «вытаскивания» камня через мочевые пути. На рисунках мы показали строение мочевыводящих путей, весьма длинных и извилистых, чтобы ещё раз убедить пациентов заняться профилактикой мочекаменной болезни.

Мы с профессором Еленой Евгеньевной Лесиовской неоднократно выступали на «Православном радио Санкт-Петербурга» с воззваниями к пациентам и врачам не выращивать камни в почках. Однако мало кто послушался зову здравого смысла. Вот и этот доктор два года упорно не хотел пить лекарственные травы, пока камень в его почке был размером 4 миллиметра. Он дождался, пока тот вырос до 9 миллиметров и начался тяжёлый болевой синдром. Так сильна установка в среде западноориентированных русских врачей: «Умру, но траву пить не буду! — Потому что это не научно». Между тем ни в России ни на Западе нет общепринятой методики профилактики зарождению камней, росту и увеличению камней почек и безопасному их выведению. Хотя метод был разработан в Санкт-Петербурском государственном химико-фармацевтическом институте ещё в 1990-е годы, однако Министерству здравоохранения он не был нужен, потому что он включал лекарственные растения, а Минздрав и многие врачи были ранее категорически против фитопрепаратов. Признаться честно, вспоминаю самого себя на начале становления врачебных взглядов в интернатуре по терапии в стационаре Батайской городской больницы в 1983 году. Тогда я пытался назначать больным дорогие мочегонные средства, однако старшая медсестра всё время напоминала: «Есть медвежьи ушки, назначайте медвежьи ушки» (толокнянка — АА). И сейчас помню её голос в ординаторской. Однако это меня

крайне раздражало, так как я искренне считал, что растения помочь больным не могут, а только лишь мощные синтетические средства способны «вылечить». Любопытная метаморфоза: доктор ближе к шестидесятилетнему возрасту году поумнел, что ли? Надеемся, ситуация изменится в ближайшие годы и практика научной фитотерапии расширится.

Попробуем разобраться в мочекаменной болезни. Как сказал академик РАН Павел Витальевич Глыбочко: «Время бросать камни, время собирать камни». Настало время объединиться и направить научно-практические усилия всех специалистов других специальностей во благо наших больных»[1].

Процесс образования камней

В моче создаются патологические и дезориентированные в электронном отношении белковые частицы при отсутствии нормальной внутренней и внешней электронно-химической ориентации, а также устойчивой фазы и стабильности мочи. Это — первый этап в процессе камнеобразования. — Считал профессор Олег Леонидович Тиктинский с соавторами[2]. Таким образом, учёные словно отмечают возникновение болезни вследствие хаоса, который по какой-то причине появляется и подменяет прежде бывший порядок слаженной работы фильтрации. Однако мы знаем, что порядок в религиозном мировоззрении — от Бога. Хаос — происходит от противоположной силы, несущей страдания.

Второй этап, по мнению авторов, связан с образованием микро- и макролитов в микроциркуляторном русле и моче. На поверхности органической белково-углеводной основы путем кристаллизации и перекристаллизации растёт минерал[3]. Процесс кристаллизации состоит из следующих фаз: насыщение, перенасыщение, зарождение кристалла, рост кристалла, его эпитаксия.

Эпитаксия — это закономерное нарастание одного кристаллического материала на другом (от греч. επι — на и ταξισ — упорядоченность), то есть ориентированный рост одного кристалла на поверхности другого (подложки)[4]. «Зарождение кристаллов (нуклеация) происходит по мере увеличения потенциальной энергии частиц, в результате чего они сталкиваются и образуют агрегаты в виде молекулярной решетки кристалла. Кристаллы образуются в зонах наивысшей концентрации мочи (почечные сосочки). Рост кристалла связан с наличием кинетической энергии твердых частиц, что способствует их слиянию в более крупные кристаллы и даже агрегаты. М.М. Газымов (1993) выделяет две фазы образования конкремента: I — образование микролитов в эпителиальных клетках нефрона, II — формирование и рост камня в мочевых путях»[5].

«Для возникновения камня необходимы предварительное нарушение в сосочке кровообращения, появление лимфостаза, повреждение уротелия сосочка. Как показал A. Rendall (1936), в просвете собирательных канальцев почечного сосочка, вблизи его верхушки, откладываются известковые соли, образующие матрицу камня. По мере роста матрицы уротелиальный покров сосочка отпадает и образуется язвочка, покрывающая кальциевыми солями в виде бляшки, получившей название бляшки Рендала. Бляшка вступает в контакт с мочой, становясь центром адсорбции для кристаллоидов и коллоидов мочи. Возникший таким образом небольшой камень затем отторгается от сосочка, проникает в чашечку и лоханку... Рост камня происходит путём отложения на нём чередующихся концентрических слоёв мукополисахаридов и кристаллоидов. Органическая субстанция и её роль организующего компонента в камнеобразовательном процессе является первостепенной». — Писал патриарх отечественной нефрологии академик АМН СССР Евгений Михайлович Тареев[6].

«В перенасыщенном растворе наблюдается выпадение солей в виде кристаллов, что может в дальнейшем служить фактором образования микролитов, а затем, за счёт оседания новых кристаллов — образования мочевых камней. В моче присутствуют вещества, способствующие поддержанию солей в растворённом виде и препятствующие их кристаллизации, — цитрат, магний, цинк, неорганический пирофосфат, гликозаминогликаны, нефрокальцин, белок Тамма-Хорсвалла и т. д. Нефрокальцин — это анионный белок, который образуется в проксимальных почечных канальцах и петле Генле. Кристаллы кальция вызывают воспаление в почечных канальцах... Наиболее важным состоянием, предшествующим образованию камней, является сатурация мочи. Раствор, когда соль перестаёт в нём растворяться, называется сатурированным или насыщенным»[7].

Наличие того или иного минерала в большем количестве по сравнению с другими и определяет его название. Мочевые камни чаще полиминеральные и поэтому смешанные. «Таким образом, мочевые камни в основном состоят из кристаллов (главный компонент), затем — из белков (матрица) — высокомолекулярных веществ с молекулярной массой более 1×10^4 Д, в небольшом количестве — из органических веществ с молекулярной массой менее 1×10^4 Д (побочные компоненты)»[8]. «Матричная гипотеза камнеобразования основана на предположении, что ряд органических субстанций вначале формирует ядро, на котором в дальнейшем происходит рост камня вследствие преципитации кристаллов... В перенасыщенном растворе соли выпадают в виде кристаллов, что в дальнейшем служит фактором образования сначала микролитов, а затем за счёт оседания новых кристаллов — мочевых камней»[9].

«Даже при нормальных обстоятельствах моча является супер-сатурированной кальция оксалатом и, соответственно, небольшие изменения в оксалатном гомеостазе приводят к дисбалансу

в пользу кристаллизации»[10]. — Подобного рода утверждение означает, что даже при отсутствии генетической предрасположенности к МКБ любой человек не должен расслабляться и соблюдать здравый смысл в диете и не злоупотреблять приёмом лекарственных средств. И тем более нельзя забывать, что многие таблетки содержат кальция карбонат, а при питье большого количества лекарств ежедневно происходит перенасыщение кальцием.

Ураты твердые и гладкие, оксалаты твердые на шипах, карбонаты и фосфаты — мягкие[11]. Для уточнения характера солей нужно каждое утро мочиться баночку (соли выходят не всегда). Если после часа отстаивания в баночке есть осадок — осадок отнести в лабораторию и сдать на микроскопию осадка мочи. Именно четко заявить: «Вы мне соли посмотрите!» Дело в том, что лабораторную службу настроили на поиск белка, лейкоцитов и бактерий, чтобы убедить больного принимать антибиотики. Но при профилактике развития МКБ в большинстве случаев антибиотики не нужны и даже вредны, так как могут вызвать ТИН (см. главу 7).

Важнейшую роль для плана лечения и профилактики патологии почек играет определение места расположения и размеров камней почек и мочевыводящей истемы. «Внедрение мультиспиральной КТ значительно упростило диагностику МКБ. С помощью данной методики при нативном исследовании (т.е. без применения рентгеноконтрастного препарата) за считанные минуты можно гарантированно визуализировать конкременты всей мочевой системы вне зависимости от их размера, локализации и химического состава. Так называемых «рентгенонегативных» камней для мультиспиральной КТ не существует». «Чувствительность данного метода 99—100%»[12]. Ещё раз напоминаем, что контрастные вещества очень опасны.

Хотя «внутриклеточные нанобактерии способны образовывать фосфатную оболочку и служить центрами кристаллизации и последующего роста конкрементов»[13] нет смысла для профилактики развития МКБ применять антибиотики потому, что эпизод внедрения уже прошёл чаще всего давно и нередко моча не содержит патогенных бактерий. Часто за причину почечных проблем принимают микробы, попавшие из заднего прохода, и они объявляются причиной воспаления почек. Однако с этим может разобраться в каждом конкретном случае только врач, умеющий отличать ТИН от пиелонефрита. Тем более член-корреспондент РАМН Ирина Евгеньева Тареева указывает, что «хотя нанобактерии N. Ciftcioglu нашли в 97% почечных камней, однако они продуцируют карбонат кальция (апатит)»[14]. Кстати говоря, никто ещё не изучал роль сапрофитной флоры мочевого тракта в поддержании коллоидных свойств мочи. Это ещё одно белое пятно.

Предрасполагающие факторы

«Среди особенностей образа жизни, предрасполагающих к росту частоты гиперурикемии и её органных последствий, первоочередное значение имеет злоупотребление алкоголем, вызывающее стойкое повышение сывороточного уровня мочевой кислоты и связанной с ним суставной подагры и артериальной гипертензии, что, очевидно, обусловливает формирование уратного ТИН... На уровне общей популяции значительная частота уратного дисметаболизма может быть объяснена распространенностью носительства рецессивных форм гена, кодирующего уриказу. Наследственная предрасположенность к нарушениям обмена мочевой кислоты реализуется при действии факторов внешней среды, предрасполагающих к избыточному образованию и/или снижению экскреции мочевой кислоты: злоупотребление алкоголем (наиболее опасны

пиво и красное вино)»; а также мясо, лекарства, малое питье и избыточное потение, физические нагрузки в отсутствие кислорода и др. «Избыточное образование уратов, сопровождаемое повышением экскреции их с мочой, кислая реакция мочи способствуют кристаллизации уратов в просвете канальцев. В качестве провоцирующих факторов обычно выступают алкогольный эксцесс (и другие)». — Писал академик РАН Николай Алексеевич Мухин[15]. Наблюдается чёткий параллелизм между увеличением среднего содержания мочевой кислоты и количеством мясных продуктов и алкоголя[16] (водка, вино, шашлык — АА).

Поскольку генетические исследования пока провести сложно, в практике врача первичного звена достаточно собрать анамнез. Если у мамы или папы, дедушки или бабушки пациента была мочекаменная болезнь, тогда высок риск появления этого нарушения равновесия и у потомков. Немаловажное значение может играть не только биохимический и физиологический аспект, но так же и особенности питания семьи. Крепкий чай способствует образованию оксалатного литаиаза[17]. «Влияние на камнеобразование питьевой воды обычно связывают с высокой степенью её жёсткости»[18]. Мы в Ростовской области живём на правом берегу Дона, на берегу с меловыми «горами», точнее, по-казачьи, буграми, потому что их высота не более 100 метров. Мела на хуторах так много, что лично я на своём огороде собирал куски мела и давал детям рисовать на доске.

Кроме того известно, что энергия, акумулирующаяся в митохондриях, питает осмотические процессы в почках[19]. Клетки почек плотно насыщены органеллами митохондрий, что хорошо видно на рисунках. Таким образом, важнейшую роль в формировании болезни играют все факторы, предрасполагающие к гипоксии — гиподинамия, низкий почечный кровоток и длительное пребывание в закрытых помещениях с малым доступом кислорода.

Роль лекарственных средств в формировании камней почек

«Необходимо избегать самостоятельного приёма любых лекарственных препаратов. За исключением некоторых специальных ситуаций, противопоказаны мочегонные препараты»[20]. «У многих пациентов, получавших диуретики, повышается уровень мочевой кислоты»[21]. Анальгетическая нефропатия нередко является причиной кальцификации сосочков пирамид[22]. «Специфической особенностью подагрической нефропатии являютсяч кристаллические и аморфные отложения мочевой кислоты в просвете канальцев, собирательных трубочек и в интерстиции, наиболее значительные у конца сосчков, иногда с образованием уратных гранулём («микротофусов»)»[23].

По всей видимости, сначала развивается лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит, который становится метаболическим и «заводит» процессы камнеобразования.

Авторы Национального руководства по общей врачебной практике считают причиной ТИН аллопуринол, диуретики, антибиотики и сульфаниламиды, НПВС и выделяют формы ТИН: лекарственную и метаболическую, уратную и оксалатную[24]. *«Камни в почках и мочевыводящих путях* образуются при длительном приеме препаратов, содержащих кальций, в частности, при лечении дуоденальной язвы. Кристаллурия с выделением большого количества уратов может быть спровоцирована химиотерапевтическими препаратами, приводящими к быстрому распаду нуклеопротеидов, а также сульфаниламидами, ацетазоламидом, фоскарнетом, индинавиром, метотрексатом, нитрофурантоином, пентамидином, триамтереном, витамином С (при дозе более 1 г/сут)»[25]. Почечная секреция мочевой кислоты снижается при приёме низких доз салицилатов, поэтому может обостриться подагра[26] (от аспирина — АА).

Академик РАН Павел Витальевич Глыбочко указывает на медикаменты, приём которых может приводить к формированию камней: пищевые добавки с кальцием, витамин D, аскорбиновая кислота в больших дозах, сульфаниламиды, триамтерен, индинавир[27]. С ним согласны авторы Национального руководства по урологии: «Факторы повышающие риск камнеобразования — препараты кальция и витамина D, аскорбиновая кислота, сульфаниламиды»[28]. «Перенасыщенность организма витамином D, его передозировки при назначении оказывают токсическое влияние на почечную паренхиму, приводящее к нефролитиазу и нефрокальцинозу. Одной из причин камнеобразования в районах с сухим и жарким климатом является повышенный синтез эндогенного витамина D за счёт чрезмерной инсоляции»[29]. Хочу для любителей пить витамины специально подчеркнуть — гипервитаминоз D возможен даже от солнечного света! — Не говоря уже о питье аптечного витамина D.

Хотя аллопуринол и рекомендуется для лечения и профилактики подагры и гиперурикемиии, однако он же может вызвать интерстициальный нефрит, отёки, уремию. Но что самое опасное, аллопуринол способен провоцировать аутоиммунные процессы — повышение температуры, артралгии, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла[30]... А здесь и до гломерулонефрита недалеко. И если вспомнить о том, что аллопуринол может вызвать катаракту[31], то говорить об использовании его вряд ли есть смысл. Тем более, что «начало применения аллопуринола с больших (>100 мг/сут) доз может осложниться острым подагрическим артритом»[32].

В главе 10 настоящей книги нами также отмечено образование камней при приёме противодиабетических препаратов. В целом можно предположить, что большинство препаратов, вызывающих митохондриальные повреждения, потенциально опасны истощением энергетики почечных клеток и нарушением работы нефронов.

Течение мочекаменной болезни

«По данным многих исследователей и Госкомстата РФ заболеваемость МКБ среди всех групп населения имеет неуклонную тенденцию к росту... Уже на ранних стадиях ХБП мочекаменная болезнь проявляется отложением солей кальция (микролиты) в паренхиме с изменениями в канальцах и клубочках... До настоящего времени окончательно не решены вопросы непосредственной диагностики и лечения мочекаменной болезни». Для здравоохранения России характерна длительная выжидательная тактика в надежде на самостоятельное отхождение камня[33]. В то же время в литературе существует некоторая путаница: то ли ТИН вызавает мочекаменную болезнь, то ли МКБ это и есть метаболический ТИН[34].

Наша рабочая гипотеза звучит так: после повреждения канальцев и ткани почек возникает тубулоинтерстициальный нефрит, кристаллы солей вырастают и достигают критических размеров 5—6 мм и более. В один печальный момент, спровоцированный любым фактором, камень «сдвигается» с места и начинает болезненное путешествие по мочевым путям. В любом месте камень может «застрять». В кризисном состоянии пациент попадает в руки хирургов-урологов. «По классификации Европейской ассоциации урологов (EAU) вероятность спонтанного отхождения камней размером 4—6 мм составляет 80%»[35].

Профилактика и лечение

«Основа первичной профилактики мочекаменной болезни — безмедикаментозная терапия и, прежде всего, повышенный питьевой режим и диетические рекомендации с учётом варианта нарушения обмена веществ»[36]. Для профилактики важно менять однообразие, как воду, так и питание[37]. «Имеет значение избыточное содержание минеральных солей в питьевой воде... длительное употребление однородной пищи»[38].

Мы имеем время от нескольких лет до десятков лет для профилактики развития МКБ. И при единожды выявленных кристаллах в общем анализе мочи никто не гарантирован, что эти кристаллы не будут расти. Как быстро — никто не знает. Красной чертой является рост камня почки до 5 мм, до этого размера, возможно, его отхождение без фатальных последствий[39]. Хотя у некоторых пациентов отходили камни и до 7 мм или даже 8 мм, но это бывает исключительно редко и лучше не доводить рост камня почки более 5 мм.

Обычно для городских жителей рекомендуется в течение года чередовать по возможности три вида воды: фильтрованную из-под крана, покупную из супермаркета и привозную из источника. Академик РАН Павел Витальевич Глыбочко советует воздержаться от кофе и шоколада[40]. Думается, от любых кофеинсодержащих пищевых продуктов лучше воздержаться, включая какао, чай, напитки кола, тоники. Кофеин в смысле истощения резервов митохондрий скорее можно приравнять к диуретикам, о чём мы подробнее останавливались в главе 7. О пищевых продуктах скажем ниже, однако обратим особенное внимание на арбузы. Очень важно их принимать натощак. Они, по-видимому, изгоняют все виды камней почек. Однако нужен строгий контроль нитратомером, так как в настоящее время подавляющее большинство арбузов содержит слишком много селитры и часты бывают отравления и поражение почек.

Помня о слаженной работе гепаторенального механизма, нужно заботиться о функциональном состоянии печени при склонности к солеобразованию в почках. Недавно я наблюдал внезапное отхождение камней почек при приёме солянки холмовой. Это растение считается чистым гепатопротектором, солянка даже не гонит желчь. А в данном случае, по-видимому, с улучшением работы печеночных клеток одновременно восста-

новилась и работа нефронов почки. Эта связь подчёркивается ещё и тем фактом, что ряд лекарственных растений является одновременно гепато-нефропротекторами (см. главу 6).

Обычно ураты и оксалаты формируются в условиях кислой мочи, а фосфаты и карбонаты в щелочной. Следовательно, для выведения уратов и оксалатов мочу ощелачивают диетой и цитратными смесями, а для выведения фосфатов и карбонатов подкисляют[41]. Любопытно, что во время поста моча естественно ощелачивается безмясной пищей, и у пациентов с мочой выходят соли уратов и оксалатов. А после возвращения «мясоеда» выходят фосфаты и карбонаты. Таким образом посты, как естественные факторы, меняющие pH мочи, очень полезны при почечной патологии.

Попытки лечения и профилактики МКБ цитратными смесями оказались не очень удачными. Применялись Блемарен[42], Уралит, Уроцит, Полицитра[43]. Их эффективность (даже в руках хороших специалистов – АА) составляет 60%[44]. Однако цитратные смеси «Противопоказаны при оксалатурии, фосфатурии, обструкции мочевых путей, гиперкалиемии, а также при гипертонической болезни, сердечной и почечной недостаточности». Трудно удерживать pH мочи около 6,2 –6,6, а «более значительное ощелачивание приведет к выпадению фосфатов, карбонатов на камне и замедлению его растворения»[45].

Особенно большие трудности для применения цитратных смесей представляют комплексные камни (урато-оксалато-фосфатные). Смешанный тип камнеобразования определен у 17,7% больных[46]. Тем более такие камни могут даже появиться... в результате применения цитратных смесей. Так что средствами выбора остаётся диета и лекарственные травы. Следует подчеркнуть, вспоминая многочисленные вопросы пациентов, что растения-нефропротекторы нельзя приравнивать к мочегонным лекарствам. В отличие

от синтетических средств растения не являются стимуляторами, не гонят мочу насильственно, истощая энергетические резервы клеток почечных нефронов. Растения, являясь антигипоксантами, наоборот, восстанавливают митохондрии и энергию клеток нефронов. Естественно восстановившиеся нефроны лучше работают и активнее фильтруют мочу. Выражаясь образно, что лучше: уставшую клячу, запряжённую в тяжёлую повозку стегать кнутом или даже палкой, либо дать лошади отдохнуть и покормить? Ответ ясен. Исключение составляют растения с избытком кремния: хвощ, медуница, пырей и его содержащий фитолизин[47]. Они могут перегружать почки. Даже с репяшком, содержащим много кремния, желательно быть осторожнее, нельзя передозировать его. Это категорически важно в случаях гломерулонефрита, однако тубулоинтерстициальный нефрит иногда бывает близок по существу нарушений к гломерулонефриту, а в случаях МКБ мы имеем метаболический ТИН, — состояние пограничное. Директор НИИ нефрологии Санкт-Петербурга профессор Рябов Сергей Иванович отмечает возможность перехода лекарственной нефропатии в гломерулонефрит[48]. То же касается толокнянки, брусники и клюквы, грубо вторгающихся в работу нефрона, подкисляющие мочу и выводящие легко кристаллизующиеся (то есть образующиеся — АА) в кислой среде оксалаты и ураты, раздражающие канальцевый аппарат почек[49]. Так жене следует бояться, что «мочегонные травы выводят кальций». Мочегонные травы не выводят кальций из организма. Они наоборот, содержат кальций и поставляют его организму. Кальций в растениях находится в органической форме и усваивается организмом. А кальций таблеток неорганический, не усваивается и откладывается там, где не нужно — чаще в почках.

Полезен при МКБ препарат канефрон (цистон), но одного растительного препарата мало, так как любой фитопрепарат

работает всего два месяца, а мы должны «перекрыть» целый год. Склонность к камнеобразованию у пациентов, независимо от того, проведено ли ультразвуковое разрушение (литотрипсия) камней или нет, — остаётся на всю жизнь. Если рассматривать мочекаменную болезнь как метаболический ТИН, то профессор Борис Ильич Шулутко вообще заявляет откровенно: «К сожалению методов патогенетического лечения пока нет. Во всех ситуациях с наличием фактора риска лекарственного поражения почек следует запретить приём анальгетических смесей»[50]. Цистенал, содержащий магния салацилат, небезопасен при ТИН. Он противопоказан при остром и хроническом гломерулонефрите, при почечнокаменной болезни с нарушением функции почек, язвенной болезни[51]. Нами, профессором Е.Е. Лесиовской и А.А. Алифановым, разработана методика избавления от недугов почек и мочекаменной болезни. В первый день раздумий к любому человеку приходит мысль: с чего начинать? Ответ прост — с листьев липы. Это мощный антигипоксант, он не «гонит» мочу, а восстанавливает энергетику митохондрий. Кстати, у листьев липы (я говорю не о цветках, а именно о листьях) есть прелюбопытное свойство — они удерживают pH мочи на уровне 7,0.

Почечная колика

«Лечение. Купирование почечной колики следует начинать с тепловых процедур. К ним относятся: грелка, горячая ванна (температура воды 38—40 °С). Тепловые воздействия интенсифицируют кожное дыхание, крово- и лимфообращение. Содружественная реакция гладких мышц, сосудов кожи и внутренних органов особенно четко проявляется при местных тепловых гидропроцедурах (например, при согревании поясничной области одновременно расширяются кожные сосуды, сосуды почек, расслабляются гладкие мышцы мочеточника).

Тепловые процедуры комбинируют с нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак по 50—75 мг внутримышечно, кеторолак по 10—30 мг внутримышечно), спазмолитиками (баралгин, спазган, но-шпа) и растительными препаратами (цистон, цистенал, фитолизин), которые позволяют хорошо купировать почечную колику»[52].

В Клинических рекомендациях рекомендовано применять также альфа-адреноблокаторы — тамсулозин, теразозин или доксазозин, а также трамадол и наркотические средства. Однако это прерогатива стационара по урологии, поэтому мы не будем останавливаться на подробностях неотложной помощи[53]. В консервативной же сфере нередко рекомендации в урологии противоречивы. Например. Одни считают, что «Роватинекс обладает спазмолитическим эффектом, способствует прохождению камней по мочевыводящим путям, уменьшает боли при почечных и мочеточниковых коликах, усиливает почечный кровоток, улучшая их функцию и повышая диурез. Он обладает противовоспалительным, противомикробным действием (по отношению к целому ряду грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов»[54]. Другие наоборот, считают, что «Не рекомендуется применять Роватинекс при выраженной почечной колике, анурии или тяжелой инфекции мочевыводящих путей»[55]. Но это нормально для медицины. Вы же помните, глубокоуважаемые коллеги, дорогие читатели, о чём эта книга: «Как только начинается путаница и разномыслие, сразу всплывает ощущение белого пятна в медицине».

Помоги, Господи, человеческому разумению и врачебному искусству!

Методика из Методического пособия: Система оздоровления и лечения Монастырская аптека: Алифанов и Лес

Избавление от недугов почек и мочекаменной болезни

1.Сделать УЗИ почек и мочевого пузыря, узнать размер камней (песка), если они есть. Если есть возможность, лучше сделать КТ, но без контрастных веществ. Хотя наши дозировки очень маленькие и действие фитопрепаратов мягкое, при выходе камней через мочевые пути могут быть боли.

2. Пить настойку, защищающую почки № 1, затем пить почечные настойки с № 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 и № 10 флакон за флаконом в течение года. Либо те же травы, из которых сделаны настойки, в монофасовке в качестве чая в произвольном порядке: астрагал, трава; береза, листья; будра плющевидная трава; горец птичий, трава; грыжник, трава; дымянка, трава; золотарник, трава; крапива, листья с корнями и семенами; кукурузные рыльца; липа, листья; репяшок, трава; стальник, трава по пакету (по 1–2 месяца) в течение года.

3. Параллельно с настойками нужно пить солевыводящие сборы № 1 и № 2 по седмице, после них сборы восстанавливающие почки и печень № 1 и № 2.

4. При выходе солей (камней) и болях, резях при мочеиспускании, пьют настой почечного противовоспалительного сбора с травой алтея, настаивая по чайной ложке того и другого на половине литра крутого кипятка. Выпивают за день в 4–6 приёмов за день. Вместо почечного можно заварить семена дикой моркови. Одновременно при сильных болях кладут грелку на поясницу. Иногда обезболивающую терапию усиливают, делая приятно-горячую ванну до пояса с настоями растений: травы мяты или мелиссы, семян укропа или фенхеля, травы или семян петрушки (что есть). Если сбор почечный противовоспалительный или семена дикой моркови не помогают, пьют таблетки или делают инъекции обычных аптечных спазмолитиков (баралгин или другой спазмолитик с аналгетиком) и расширяющий мочевые пути тамсулозин. При необходимости вызывают «скорую». Особенно опасны камни более 5–6 мм в диаметре, которые могут «застрять» в мочеточниках. Оксалаты кальция (с «шипами») – очень болезненны.

Диета при обострении. Исключают раздражающие почки острые, соленые, жареные, копченые блюда, консервы и крепкие спиртные напитки. Вводят в питание нейтральные и слизеобразующие каши овсянку и пшеничку, изделия из муки понемногу, неострые овощи, рыбу, **зрелые** ягоды, фрукты, бахчевые.

Дополнительные пояснения

Определение солей. Виды солей (камней) в почках определяются в общих анализах мочи. Однако соли выходят не каждый день, поэтому их нужно «вылавливать». Каждое утро мочиться в баночку, час отстаивать. Если на дне баночки есть осадок, эту мочу нужно отнести на анализ «микроскопия осадка мочи». Лучше договориться с лаборантом лично, так как многие современные приборы-анализаторы даже не содержат такой графы – «соли», а лабораторная служба нацелена на то, чтобы «выловить» лейкоциты, белок и микробы и назначить больному антибиотики, которые чаще всего не нужны.

Питьё воды. – В питье лучше менять разные виды воды: фильтрованную, покупную и из источников.

Мочекислый диатез: ураты в моче или соли гиппуровой кислоты. Дополнительно к настойкам можно добавить чай с урато-оксалатными сборами № 1 и № 2, меняя их каждую седмицу. Через два месяца пить сборы восстанавливающие почки и печень № 1 и № 2.

1. Желательно проводить сентябрьскую «**чистку арбузами»,** если есть арбузы без ядохимикатов (замерять нитратомером) – натощак или за полчаса до еды вместо варёной еды.

2. В январе-феврале желательно провести **ощелачивание соком** цуккини (кабачки длительного хранения) или тыквы. Для получения «сока» измельчить свежие кабачок или тыкву, к 1 столовой ложке добавить 5 столовых ложек питьевой воды, перемешать и полученный «сок» употребить с едой. Можно отжать на соковыжималке, пить свежеприготовленным по 1/3 стакана натощак два раза в день.

3. **Ощелачивающая диета.** Желательны посты или вегетарианское питание. В первые блюда поменьше томата. Вторые блюда обязательно с овощными салатами, включая свежие помидоры. Гарнир лучше из тушеных овощей, можно в смеси с крупами. Летом полезны фруктовоягодные салаты с творогом или орехами (семечками). В салаты полезно добавлять зелень кинзы, укропа, горца птичьего, первоцвета, репяшка аптечного, сныти, кра-

пивы. Особенно ценны салаты со свежим неварёным горохом.

4. **Уменьшение образования мочевой кислоты.** Ограни-чивают: мясные бульоны, яйца, жареную, копченую и соленую рыбу, колбасы и копчености, консервы, особенно с уксусом, сыр, грибы (можно грибные супы с небольшим их добавлением для запаха и витаминов). Реже употреблять кофеинсодержащие чай, кофе, какао, шоколад и напитки кола. Спиртные напитки также закисляют мочу.

Щавелевокислый диатез: оксалаты кальция в моче. Дополнительно к настойкам можно пить чай с солевыводящими урато-оксалатными сборами № 1 и № 2 по седмице. Через два месяца сборы восстанавливающие почки и печень № 1 и № 2.

1. Арбузная чистка в сентябре и тыквенная в январе, берёзовая «чистка» в феврале-марте.

2. Ощелачивающая диета.

3. Уменьшение образования щавелевой кислоты. *Исклю-чаются:* щавель, ревень, шпинат, шоколад, переработанные томаты, кетчупы, аджика, колбасные изделия, продукты с желатином, студни и холодцы, незрелые фрукты и ягоды, особенно крыжовник. *Ограничиваются:* жареный картофель, мучное, сладкое, соевые, кислые фрукты и ягоды, спиртное.

Фосфат-карбонатурия: фосфаты или карбонаты кальция в моче. Дополнительно к настойкам можно пить как чай сборы солевыводящие урато-фосфатные № 1 и № 2, чередуя по седмице. Через два месяца сборы восстанавливающие почки и печень № 1 и № 2.

1. Арбузная чистка в сентябре.

2. Закисление мочи виноградным соком в сентябре-ноябре, яблочным соком в январе-феврале и вишнёвым соком в июне-июле по две-четыре недели. Допустимо пить в умеренном количестве виноградные вина, которые тоже закисляют мочу.

3. Закисляющая диета. Полезны мясо, рыба, бульоны из них, грибы, немного уксуса в салаты, томаты в любом виде, квашеная капуста, зрелые ягоды и кислые фрукты, в том числе в салатах с орехами (семечками). *Ограничиваются.* Молочные продукты, яйца, бананы, семейство тыквеннные. **При всех вариантах** весной проводят «чистку» берёзовым соком, принимая его по 2–5 столовых ложек с едой три раза в день. В тёплое время года чередуют приём «соков» листьев берёзы, липы и подорожника, по 2–3 седмицы. Для этого 1 столовую ложку измельчённых

листьев заливают 5-ю частями воды и выпивают 2 раза в день с едой. Полезны салаты с кашицей листьев липы, берёзы, смородины или травы мокрицы (звездчатки), а также ботвы гороха и его створок.

По возможности, лучше исключить фармакопрепараты, способствующие некрозу (омертвению) почечных канальцев и образованию солей: антибиотики, сульфаниламиды, в том числе и противодиабетические, аскорбиновую кислоту, противовоспалительные, болеутоляющие, жаропонижающие, противоязвенные средства, мочегонные, витамин «Д» и др.

Почечными травами и настойками можно сопровождать приём синтетических мочегонных, они усиливают их эффект и уменьшают побочное действие химии. Полезны они также при пиелонефрите и тубуло-интерстициальном нефрите при раздражении фармакопрепаратами. Большинство настоек являются почечно-печёночными и параллельно улучшают функцию печени. Однако при отсутствии настоек и наших сборов трав может быть достаточным приём перечисленных растений в монофасовке (одно растение внутри пакета).

Сбор почечный противовоспалительный

Горец птичий трава, клевер трава и цветки, лабазник шестилепестный цветущие верхушки, мята полевая трава

Содержит витамины: А, B_1, B_2, B_9, С, Е, К, Р; макроэлементы: калий, кальций, магний, железо; микроэлементы: кремний, марганец, медь, цинк, хром, селен.

Источник веществ, которые оказывают влияние: болеутоляющее, спазмолитическое, мягкое мочегонное, слабое проэстрогеновое.

Показания: воспаление почек и мочевого пузыря, болевой синдром при мочекаменной болезни, пиелонефрите, цистите, тубулоинтерстициальном нефрите, спазмы мочевыводящих путей. Суточная доза сбора детям весом:

до 6 кг — на кончике ножа на 0,1 л воды;

6 — 15 кг — 1/4 чайной ложки на 0,1 л;

15 — 30 кг — 1/2 чайной без горки на 0,2 л;

30 — 45 кг — 1 чайная без горки на 0,2 л.

Взрослым — 1 чайная ложка с горкой на 0,2 л в день,

Применение: сбор трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 15 минут (от момента закипания воды в кастрюле).

Отключают огонь, продолжают настаивать 45 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/4 стакана 4 раза в день после еды. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре сутки, в холодильнике при + 5^{0}С – двое суток, но лучше настаивать каждый день свежий. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Дополнительное действие: нормализует коллоидные свойства мочи и препятствует выпадению солей в осадок и росту камней; полезен при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и при гастрите с повышенной секрецией, при дуодените.

Противопоказания: эстрогеновое действие очень слабое, однако нежелательно женщинам молодого возраста принимать сбор более двух месяцев подряд.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^{0}С и не ниже –40^{0}С.

Сбор солевыводящий урато-оксалатный № 1

Береза листья, горец птичий трава, стальник трава, морковь дикая семена

Содержит – витамины: С, Р; макроэлементы: калий, кальций, магний, железо; микроэлементы: кремний, марганец, медь, цинк, хром, селен.

Источник веществ, которые оказывают влияние: защищающее почечные и печеночные клетки от повреждения и воспаления, способствующее их регенерации и восстанавливающее основные функции почек в отношении обмена веществ, минеральных солей, что важно при болезнях суставов и позвоночника, регуляции артериального давления и выведении токсинов, восстанавливающее функцию печени, улучшающее детоксикацию организма и иммунитет. Сбор горький на вкус.

Показания: мочекаменная болезнь (ураты и оксалаты в моче), соли, песок, воспаление почек и мочевого пузыря, дисбактериоз после применения лекарств. При отхождении солей и камней и болях отменить и принимать сбор почечный противовоспалительный. После облегчения снова перейти на питьё урато-оксалатного.

Применение: сбор трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 15 минут (от момента закипания воды в кастрюле). Отключают огонь, продолжают настаивать 45 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/3 стакана 3 раза в день после еды. Дети выпивают свою порцию равными частями за 3–4 приема в день. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре 12 часов, в холодильнике при + 5^0С двое суток. Но лучше настаивать каждый день свежий. Суточная доза сбора детям весом:

до 6 кг – на кончике ножа на 0,1 л воды;

6 – 15 кг – 1/4 чайной ложки на 0,1 л;

15 – 30 кг – 1/2 чайной без горки на 0,2 л;

30 – 45 кг – 1 чайная без горки на 0,2 л.

Взрослым – 1 чайная ложка с горкой на 0,2 л в день. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Особые указания: при камнях в почках более 5 мм следует быть осторожным, принимать под наблюдением врача.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^0С и не ниже –40^0С. При длительном хранении желательно поместить на холод во избежание появления моли.

Сбор солевыводящий урато-оксалатный № 2

Крапива двудомная корни, кукурузные рыльца,
репяшок аптечный трава, фасоль створки

Содержит – витамины: B_1, B_2, С, К, F; макроэлементы: калий, кальций, магний, железо; микроэлементы: кремний, марганец, медь, цинк, хром, селен.

Источник веществ, которые оказывают влияние: защищающее почечные и печеночные клетки от повреждения и воспаления, способствующее их регенерации и восстанавливающее основные функции почек в отношении обмена веществ, минеральных солей, что важно при болезнях суставов и позвоночника, регуляции артериального давления и выведении токсинов,

восстанавливающее функцию печени, улучшающее детоксикацию организма и иммунитет, может снижать повышенный сахар крови.

Показания: мочекаменная болезнь (ураты и оксалаты в моче), соли, песок, воспаление почек и мочевого пузыря, дисбактериоз после применения лекарств, повышение сахара крови. При отхождении солей и камней и болях отменить и принимать сбор почечный противовоспалительный. После облегчения снова перейти на питьё урато-оксалатного.

Применение: сбор трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 15 минут (от момента закипания воды в кастрюле). Отключают огонь, продолжают настаивать 45 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/3 стакана 3 раза в день после еды. Дети выпивают свою порцию равными частями за 3–4 приема в день. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре 12 часов, в холодильнике при +5^{0}С двое суток. Но лучше настаивать каждый день свежий. Суточная доза сбора детям весом:

до 6 кг – на кончике ножа на 0,1 л воды;
6 – 15 кг – 1/4 чайной ложки на 0,1 л;
15 – 30 кг – 1/2 чайной без горки на 0,2 л;
30 – 45 кг – 1 чайная без горки на 0,2 л.

Взрослым – 1 чайная ложка с горкой на 0,2 л в день. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Особые указания: при камнях в почках более 5 мм следует быть осторожным, проводить под наблюдением врача.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^{0}С и не ниже –40^{0}С.

Сбор солевыводящий урато-фосфатный № 1

Горец птичий трава, лопух большой корни, стальник пашенный трава

Содержит – витамины: B_9, С, Е, Р, макроэлементы: калий, кальций, магний, железо; микроэлементы: кремний, марганец, медь, цинк, хром, селен.

Источник веществ, которые оказывают влияние: защищающее почечные клетки от повреждения и воспаления, способствующее их регенерации и восстанавливающее основные функции почек в отношении обмена веществ, минеральных солей, что важно при болезнях суставов и позвоночника, регуляции артериального давления и выведении токсинов, улучшающее детоксикацию организма и иммунитет, может снижать повышенный сахар крови.

Показания: мочекаменная болезнь (ураты и фосфаты в моче), соли, песок, воспаление почек и мочевого пузыря, дисбактериоз после применения лекарств, повышенный сахар крови.

Применение: сбор трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 15 минут (от момента закипания воды в кастрюле). Отключают огонь, продолжают настаивать 45 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/3 стакана 3 раза в день после еды. Дети выпивают свою порцию равными частями за 3–4 приема в день. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре 12 часов, в холодильнике при + 5^0С двое суток. Но лучше настаивать каждый день свежий. Суточная доза сбора детям весом:

до 6 кг – на кончике ножа на 0,1 л воды;

6 – 15 кг – 1/4 чайной ложки на 0,1 л;

15 – 30 кг – 1/2 чайной без горки на 0,2 л;

30 – 45 кг – 1 чайная без горки на 0,2 л.

Взрослым – 1 чайная ложка с горкой на 0,2 л в день. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Противопоказания: не выявлены.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^0С и не ниже –40^0С. Длительно лучше хранить на холоде во избежание появления моли.

Сбор солевыводящий урато-фосфатный № 2

Грыжник Бессера или гладкий трава, девясил высокий корни, иван-чай трава, лен семена

Содержит – макроэлементы: калий, кальций, магний; микроэлементы: марганец, медь, цинк, хром, селен.

Источник веществ, которые оказывают влияние: защищающее почечные клетки от повреждения и воспаления, способствующее их регенерации и восстанавливающее основные функции почек в отношении обмена веществ, минеральных солей, что важно при болезнях суставов и позвоночника, регуляции артериального давления и выведении токсинов, улучшающее детоксикацию организма и иммунитет, может снижать повышенный сахар крови.

Показания: мочекаменная болезнь (ураты и фосфаты в моче), соли, песок, воспаление почек и мочевого пузыря, дисбактериоз после применения лекарств, повышенный сахар крови.

Применение: сбор трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 15 минут (от момента закипания воды в кастрюле). Отключают огонь, продолжают настаивать 45 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/3 стакана 3 раза в день после еды. Дети выпивают свою порцию равными частями за 3–4 приема в день. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре 12 часов, в холодильнике при +5^{0}С двое суток. Но лучше настаивать каждый день свежий. Суточная доза сбора детям весом:

до 6 кг – на кончике ножа на 0,1 л воды;
6 – 15 кг – 1/4 чайной ложки на 0,1 л;
15 – 30 кг – 1/2 чайной без горки на 0,2 л;
30 – 45 кг – 1 чайная без горки на 0,2 л.

Взрослым – 1 чайная ложка с горкой на 0,2 л в день. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^{0}С и не ниже –40^{0}С. Длительно лучше хранить на холоде во избежание появления моли.

Сбор солевыводящий универсальный

Дымянка Шлейхера трава, пырей корни, ясменник душистый трава

Содержит – органические кислоты, фенольные кислоты, сангвинарин, флавоноиды. витамины: С, Е, К.

Источник веществ, которые оказывают влияние: мочегонное, солевыводящее, противовоспалительное.

Показания: мочекаменная болезнь со всеми видами солей (ураты, оксалаты, фосфаты, карбонаты кальция), воспаление почек и мочевого пузыря, дисбактериоз после применения лекарств. При отхождении солей и камней и болях прекратить принимать и начать пить сбор почечный противовоспалительный. После облегчения снова продолжать универсальный.

Применение: 1 чайную ложку с горкой сбора трав помещают в сосуд, заливают водой комнатной температуры, накрывают крышкой, помещают сосуд в кастрюлю с водой и кипятят на водяной бане 30 минут (от момента закипания воды в кастрюле). Отключают огонь, продолжают настаивать 10 минут. Возможно настаивание в термосе, заливая крутым кипятком на 1–2 часа. Процеживают, отжимают, пьют по 1/4 стакана 4 раза в день после еды. При недостаточном эффекте через неделю дозу можно повысить до 2 чайных ложек с горкой на 0,35 л в сутки. Процеженный настой хранят в темном месте при комнатной температуре сутки, в холодильнике при + 5^0С – двое суток, но лучше настаивать каждый день свежий. Сбор можно пить как чай, 1/4 чайной ложки (щепоть) заливая стаканом крутого кипятка. Прикрыть крышкой. Через 5–10 минут чай готов. Детские дозы соответственно меньше.

Особые указания: при камнях в почках более 5 мм следует быть осторожным, проводить прием сбора под наблюдением врача.

Условия хранения: в сухом темном месте завернутым в бумажном (целлофановом) пакете или в банке под крышкой до 5 лет, при температуре не выше +42^0 С и не ниже –40^0С.

Примечание: Свидетельство № 666057 на т.з.

Реплика

Изучение патогенеза мочевого камнеобразования и сегодня, когда в медицине определен принцип 4 «П» (1. Профилактика уролитиаза; 2. Персонификация — каждый больной — индивидуальность; 3. Предиктивность — метафилактика с учетом наследственных, аномальных и социально-бытовых факторов; 4. Парсипетивность — стандарты диагностики, лечебных подходов и персонификации), имеет первостепенное значение в выборе правильной тактики лечения.

Современные, высокотехнологичные и малоинвазивные способы удаления и разрушения мочевых камней, к сожалению, не гарантируют возможность рецидива уролитиаза, а о профилактическом подходе можно говорить только после тщательного изучения состояния морфологии и функции мочевого тракта и конкретного пациента.

Возникает сомнение — а, возможно ли с высокой вероятностью полное избавление от мочевых камней и какие средства могут защищать наши почки?

Автор даёт однозначный ответ — природа нам дала всё для здоровой жизни, только пользоваться этими дарами умеют не все, а, как в басне И.А. Крылова, «...как не полезна вещь, цены не зная ей, невежда всяк свой толк о ней лишь к худу клонит, а ежели невежда познатней, так он её ещё и гонит...». Это же сегодня происходит и с фитотерапией при уролитиазе.

В данной главе приведены интереснейшие факты санации мочевых путей, направленные на самопроизвольный, спонтанный литокинезис. Важнейшие моменты лечения — участие самого пациента, соблюдение режима питания, питья, физической активности, наблюдение за мочой, его желание восстановления здоровья на основе природных композитов.

Всё это позволяет утверждать, что представленный труд актуален по своей сути и имеет большое практическое значение для современной урологии.

Профессор кафедры урологии с курсом и клиникой
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Ведущий научный сотрудник НИЦ «Урология» НИИ
хирургии и неотложной медицины,
Доктор медицинских наук
Евгений Тихонович Голощапов

Источники

1. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г. Аляева. – М., 2014. – С. 182.
2. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. С. 59–60.
3. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. С. 59–60.
4. https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/101777
5. Тиктинский О. Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. С. 66.
6. Клиническая нефрология. Т.1 (под ред. Е.М. Тареева). М. 1983. Т.2. С. 307.
7. Вощула В.И. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. Рекомендовано в качестве научного издания Советом государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (ректор профессор Хулуп Г.Я.) протокол № 4 от 25 апреля 2006 г.
8. Тиктинский О. Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000.– С. 71–73.
9. Педиатрия: национальное руководство. М., 2009. Т1. –С. 689.
10. Вощула В.И. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика.
11. Педиатрия: национальное руководство. М., 2009. Т 1. – С. 691.
12. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. М., 2014. – С. 162.
13. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.-С.А. Мочекаменная болезнь.

Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения. М. 2006. – С. 10.
14. Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. И.Е. Тареевой. М., 2000. – С. 415.
15. Нефрология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин М., 2014. – Гл. 15.
16. Рябов С.И. Нефрология: Руководство для врачей. СПб., 2000. – С. 356.
17. Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. И.Е.Тареевой. М., 2000. – С. 414.
18. Тиктинский О. Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. – С. 48.
19. Большая Медицинская энциклопедия. Митохондрии.
20. Нефрология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. М., 2014. – Гл. 15.
21. Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов. Кардиология Национальное руководство. М., 2011. – С. 419.
22. https://www.rnmot.ru/public/files/library/0/saratov _ 2014 _ 42.pdf
23. Рябов С.И. Нефрология: Руководство для врачей. СПб., 2000. – С. 360.
24. Общая врачебная практика: национальное руководство. Т. 1. / прод ред акад РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. М., 2013. – С. 597–600.
25. Клиническая Фармакокинетика. Практика дозирования лекарств. Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. М., 2005. – С. 248.
26. Грэхам-Смит Д.Г., Аронсон Дж.К. Оксфордский справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии: Пер с англ. М., 2000. – С. 697.
27. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. М., 2014. – С. 155.
28. Урология: национальное руководство / прод ред Н.А. Лопаткина. М., 2013. – С. 613.
29. Тиктинский О. Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь. СПб., 2000. – С. 38.
30. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. М., 2019. – С. Б –165.
31. Клиническая Фармакокинетика. Практика дозирования лекарств. Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю.Б.Белоусов, К.Г.Гуревич. М., 2005. – С. 259.
32. Нефрология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. М., 2014. – Гл. 15.
33. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М., 2014. – С. 150, 175, 168, 179.
34. Кардиология: справочник / М.А. Качковский. Ростов-н/Д., 2012. – С. 93. ИН на почве МКБ как причина ренопаренхиматозных СГ.
35. Клинические рекомендации по диагностике и лечению мочекаменной болезни. Российское общество урологов. 2014.
36. Педиатрия: национальное руководство. М., 2009. Т1. –С. 687.
37. Клинические рекомендации по диагностике и лечению мочекаменной болезни. Российское общество урологов. 2014.
38. Камни в почках, нефрит, цистит, травы и сборы. Л.Г. Кругляк, 1999.

– С. 73–74.
39. Педиатрия: национальное руководство. М., 2009. Т1. –С. 692.
40. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. М., 2014. – С. 165.
41. Доказательная фитотерапия: Учебник. Е.Е. Лесиовская. М., 2014. Т. 2. – С. 336.
42. Регистр лекарственных средств России. РЛС. Энциклопедия лекарств. М., 2019. – С. 149.
43. Вощула В.И. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика
44. Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М., 2014.
45. Пастушенков Л.В, Лесиовская Е.Е., Фармакотерапия с основами фитотерапии: Учебник. СПб, 1995. Т. 2. – С. 130.
46. Метапрофилактика мочекаменной болезни, тема дисс. Саенко В.С., М., 2007.
http://www.dissercat.com/content/metafilaktika-mochekamennoi-bolezni
47. Доказательная фитотерапия: Учебник. Е.Е. Лесиовская. М., 2014. Т. 2. – С. 305.
48. Рябов С.И. Нефрология: Руководство для врачей. СПб., 2000. – С. 420.
49. Доказательная фитотерапия: Учебник. Е.Е. Лесиовская. М., 2014. Т. 2. – С. 305.
50. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. / Б.И. Шулутко, С.В.Макаренко. СПб., 2009. – С. 408.
51. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М., 2010. – С. 514.
52. Урология: учебник / Б. К. Комяков. 2012.
53. Клинические рекомендации по диагностике и лечению мочекаменной болезни. Российское общество урологов. 2014.
54. https://www.rlsnet.ru/tn _ index _ id _ 41049.htm
55. https://health.mail.ru/drug/rowatinex/

Надпочечник

Почечная артерия

Почка в разрезе

Наружная оболочка

Корковое вещество

Почка

Пирамида Мальпиги

Почечная лоханка

Чашечки

Мальпигиев клубочек

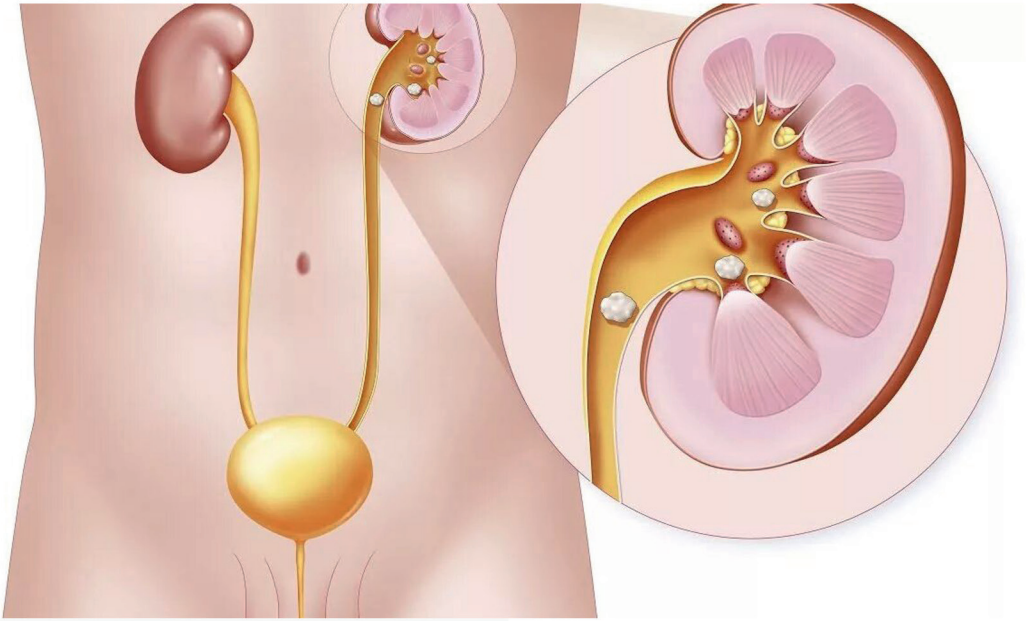
Почечная вена

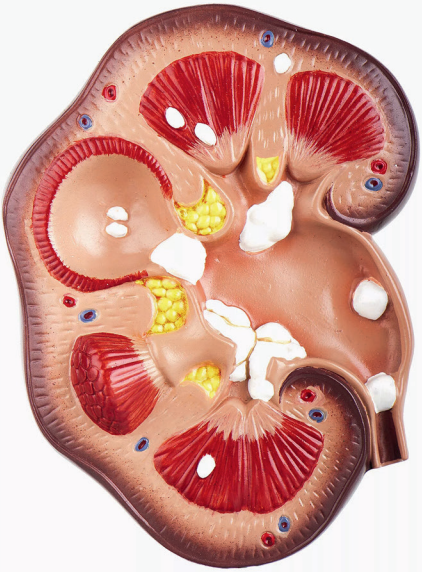
Мочеточники

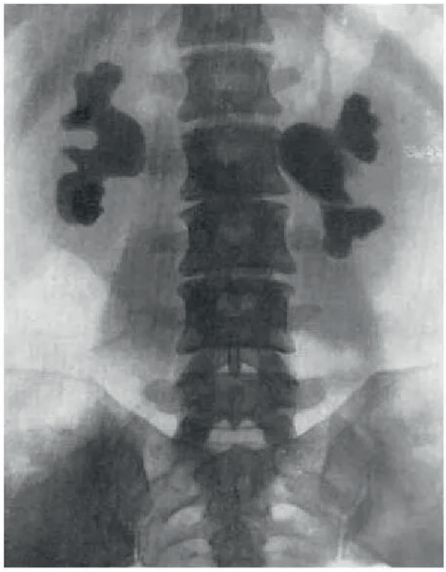
Нижняя полая вена

Брюшная аорта

Мочевой пузырь







Коралловидные камни