

Профилактика мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь (МКБ) – симптомокомплекс, основу которого составляет нарушение обмена литогенных веществ в организме, сопровождающееся изменением физико-химических свойств мочи, что приводит к кристалло- и камнеобразованию. Об основных подходах к профилактике МКБ рассказал врач-уролог Центральной поликлиники Подольского района г. Киева Николай Дмитриевич Квач.

? В чем особенность профилактики МКБ?

– Говоря о профилактике МКБ, следует отметить, что под ней понимают, как правило, профилактику рецидивов заболевания. Безусловно, осуществление профилактических мер целесообразно и для практически здоровых людей, особенно старше 40 лет.

Поскольку в большинстве случаев основной причиной развития МКБ является нерациональное питание, ведущее значение в профилактике заболевания отводится соблюдению диеты и питьевого режима с учетом физических затрат организма, климатических особенностей и др. Целевая профилактика МКБ проводится лицам, которые имеют факторы риска развития МКБ. К этой группе относят пациентов со всеми видами нарушения уродинамики даже при отсутствии камней в органах мочевыделительной системы (МВС), гиперпаратиреозом, гипертиреозом, болезнью Иценко-Кушинга, акромегалией, остеопорозом, сахарным диабетом и др. Пациенты с нарушенным пуриновым обменом также подлежат обязательной профилактической терапии, которая включает адекватную диету и лекарственную поддержку. Для образования камней любого химического состава обязательным условием является уростаз. Некоторые лекарственные препараты (анальгетики, сульфаниламиды, витамин D, анестетики) могут быть причиной лекарственных мочевых камней.

Начинают профилактику с диетотерапии с учетом характера обменных нарушений, при необходимости назначают лекарственные препараты. В случае развития стойкой кристаллурии профилактическое лечение называют противорецидивным лечением (метафилактикой).

? Каковы общие принципы метафилактики?

– Принципы метафилактики одинаковы для всех типов камнеобразования и включают физические нагрузки; питьевой режим (суточный объем, интервалы приема жидкости, использование минеральных вод и др.); режим питания (распределение приема пищи в течение дня, особенности приготовления пищи); определение показаний к лекарственной терапии с учетом типа конкрементов, результатов лабораторных исследований крови, мочи и др.; использование растительных лекарственных средств; обязательный контроль результатов лечения, его эффективности и переносимости; определение показаний к санаторному бальнеологическому лечению, выбору лечебных минеральных вод; проведение контрольных исследований на предмет развития истинного рецидивного камнеобразования; формирование этапных эпикризов по результатам лечения (не реже 2 раз в год) и определение сроков снятия пациента с диспансерного наблюдения.

? Кому показано противорецидивное лечение МКБ?

– Это лечение наравне с диспансерным наблюдением врачом-урологом на протяжении не менее чем 5 лет показано всем

пациентам после удаления или самостоятельного отхождения конкрементов.

Профилактика рецидивов МКБ – сложная задача и в каждом конкретном случае зависит от формы заболевания, способа удаления камня, результатов дополнительных методов исследования. Тем не менее динамическое наблюдение за состоянием пациента в процессе метафилактики достаточно эффективно. Установлено, что у пациентов, которые наблюдались урологами и получали противорецидивное лечение, частота рецидивов заболевания была в 3 раза ниже в сравнении с таковой у лиц, которым это лечение не назначалось.

? От чего зависит длительность метафилактики?

– Сроки и количество курсов лечения в течение года устанавливают индивидуально.

В некоторых случаях удается добиться устойчивого положительного эффекта в относительно короткие сроки, в других, например при метаболическом мочекаменном и гиперкальциемическом уролитиазе, уреазообразующей мочевой инфекции, динамическое наблюдение и метафилактика могут быть длительными, практически пожизненными. Установлено, что рецидивы камнеобразования, как правило, возникают в течение первых 6 мес после удаления конкрементов. Если на протяжении 2 лет отсутствуют факторы риска и рецидивные камни по данным контрольных исследований, достаточно проводить диагностическое обследование (лабораторное, УЗИ) 1 раз в год.

? Какое значение отводится лечению инфекции МВС в профилактике МКБ?

– Присоединение мочевой инфекции усугубляет течение МКБ и является важным местным фактором возникновения и поддержания заболевания. Это обусловлено отрицательным влиянием на pH мочи продуктов обмена различных возбудителей, способствующих ее ощелачиванию с образованием кристаллов аморфных фосфатов и быстрому росту камня. При наличии сопутствующего пиелонефрита его лечение обязательно. Для этого назначают антибактериальную терапию или при наличии показаний осуществляют удаление камня из почек или верхних мочевых путей, что создает необходимые условия для полной ликвидации мочевой инфекции. После этого основным направлением терапии является нормализация выявленных обменных нарушений как ведущего фактора в рецидиве камнеобразования.

? Какие трудности возникают при проведении метафилактики?

– Удаление камня или его самостоятельное отхождение из мочевых путей не избавляет больных от возможности рецидива этой болезни, так как основные процессы, приводящие к образованию камней, как правило, не устраняются. После удаления конкрементов независимо от применяемого метода без последующего противорецидивного

лечения частота рецидивов достигает 55%. Эффективная метафилактика способна снизить рецидивы МКБ. Тем не менее существуют сложные формы МКБ (двусторонний, коралловидный уролитиаз и др.), которые трудно поддаются противорецидивному лечению.

? Какие препараты применяют для профилактики МКБ?

– Фармакотерапию, направленную на коррекцию нарушений обмена веществ, назначают по показаниям на основании данных обследования больного. К препаратам, которые используются при всех формах МКБ, относятся ангиопротекторы, антиагреганты, противовоспалительные, антибактериальные, антиазотемические, мочегонные, камнеизгоняющие средства, препараты растительного происхождения, анальгетики, спазмолитики.

Например, для коррекции нарушений пуринового обмена и при уратных камнях применяют цитратные смеси, ингибиторы ксантиноксидазы, урикуретики; при нарушениях щавелевокислого обмена и при оксалатных камнях показаны цитратные смеси, витамины группы B, тиазиды, дифосфонаты, оксид магния; при гипероксалурии – витамин B₆, оксид магния; при гиперкальциемии – тиазиды либо дифосфонаты; при фосфатных камнях – дифосфонаты, мочегонные, антиазотемические, противовоспалительные, камнеизгоняющие средства и препараты растительного происхождения, средства коррекции кислотного равновесия и др.

? Какое значение фитотерапевтических средств в профилактике МКБ?

– Для консервативного профилактического лечения МКБ широко применяют фитотерапию (особенно при инфекционно-воспалительном процессе в МВС) с целью улучшения обмена веществ, функционального состояния почек и верхних мочевых путей, ускорения отхождения камней и их фрагментов после разрушения методом дистанционной литотрипсии. Рекомендуются прием фитопрепаратов, содержащих в своем составе марену красильную, корень петрушки, корневища пырея, траву полевого хвоща, листья березы, траву горца птичьего, траву золототысячника, корень любистка, листья розмарина, листья толокнянки, брусники и др. Фитопрепараты оказывают комплексное действие: диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антиоксидантное и нефропротекторное, потенцируют действие антибиотиков. Лечебные эффекты обусловлены входящими в их состав эфирными маслами (любисток, розмарин), фенолкарбоновыми кислотами (розмарин, любисток, золототысячник), фталидами (любисток), горечами (золототысячник), аскорбиновой, пектиновой, лимонной и яблочной кислотами, витаминами и др. Фитопрепараты не являются специфичными для определенного вида уролитиаза ввиду их патогенетического механизма действия, заключающегося в угнетении патологической кристаллизации. Назначают фитопрепараты до и после дистанционной или контактной литотрипсии и элиминации камня, в процессе проведения антибактериальной терапии и др.

? Каковы основные диетические рекомендации при МКБ?

– Диетотерапия зависит в первую очередь от состава удаленных камней и выявленных нарушений обмена веществ.



Н.Д. Квач

Общие принципы в соблюдении диеты и питьевого баланса заключаются в ограничении потребления пищи, богатой камнеобразующими веществами; приеме жидкости в объеме, поддерживающем суточное количество мочи от 1,5 до 2,5 литра. Часть жидкости можно принимать в виде морсов из клюквы или брусники, минеральной воды. Поскольку одним из основных факторов, поддерживающих большинство солей в равновесии, является концентрация водородных ионов в моче (значение pH мочи в норме составляет 5,8-6,2), этот факт широко используется при проведении лечебных и профилактических мероприятий и, в частности, в диетотерапии. Хорошо известно, что пища животного происхождения подкисляет мочу, а молочно-растительная подщелачивает.

Диетотерапия при оксалатных камнях состоит в ограничении употребления кофе и какао-продуктов (шоколада и т.д.), крепкого чая, шавеля, шпината, салата, черной смородины, клубники, орехов, бобовых, цитрусовых, сыра, творога, молока; при уратных камнях – белковой (животного происхождения) пищи, шоколада, кофе, алкоголя, жареных и острых блюд и исключение субпродуктов (паштетов, ливерных колбас и т.д.). При фосфатных камнях исключаются щелочные минеральные воды, молоко, пряности, острые закуски; ограничиваются картофель, бобы, тыква, ягоды, зеленые овощи, творог, сыр, брынза; рекомендуются мясная пища, виноград, зеленые яблоки, груши, сало, мучные изделия, растительные жиры, квашеная капуста, брусника, красная смородина, кефир, сметана.

? При каком типе камнеобразования профилактические меры наиболее действенны?

– Поскольку МКБ – в первую очередь хирургическое заболевание, для ее лечения часто необходимо прибегать к тому или иному оперативному способу удаления камней. Исключение составляют камни, состоящие из солей мочевой кислоты смешанные уратно-оксалатные камни, которые можно подвергать успешному растворению цитратными смесями. Терапия цитратными смесями в течение 2-3 мес нередко приводит к полному растворению этих конкрементов. В отношении камней другого состава лекарственная терапия малоэффективна и носит симптоматический характер.

? Как осуществляется контроль эффективности профилактических мер?

– Контроль за эффективностью лечения в первый год наблюдения осуществляется 1 раз в 3 мес и заключается в проведении УЗИ почек, биохимического анализа крови и мочи. При наличии инфекционно-воспалительного процесса в МВС 1 раз в 3 мес проводится микробиологический анализ мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам. В последующем комплексный контроль проводится один раз в 6 мес.

Подготовила
Наталья Пятница-Горпинченко