Мочекаменная болезнь в практике семейного врача

Мочекаменная болезнь (МКБ, уролитиаз) является одной из наиболее актуальных проблем современной урологии, что связано с высокой распространенностью этой нозологии. По данным разных авторов, удельный вес МКБ в структуре урологических заболеваний составляет 25-40% (В.С. Дзюрак, 2010; В.В. Черненко, 2007). В последние годы отмечается тенденция к росту доли МКБ среди урологической патологии до 50% (Е.В. Философова, 2007), что связано как с истинным ростом данной нозологии, так и с усовершенствованием методов визуализации уролитов.

Другой стороной проблемы является широкая распространенность МКБ среди трудоспособного населения (30-55 лет). При этом мужчины болеют в три раза чаще женщин, однако у последних чаще обнаруживают тяжелые формы заболевания (коралловидный уролитиаз, при котором камень выполняет всю полость почки). Благодаря современным разработкам в области лечения в последние десятилетия удалось существенно (с 12 до 4%) снизить частоту коралловидного уролитиаза, однако риск рецидива по-прежнему остается высоким: в течение года при отсутствии профилактического лечения риск рецидива коралловидного камня составляет 10%, в течение 5 лет – 50% (Н.К. Дзеранов, 2006). Рецидивы камнеобразования встречаются после удаления камней любой локализации. При этом у пациентов, которые не получали соответствующего лечения, частота рецидивирования может достигать 67% (О.В. Константинова и соавт., 2011).

Этим обусловлены высокая актуальность данной проблемы и необходимость динамического наблюдения со стороны врача общей практики и уролога. Семейный врач осуществляет лечение и наблюдение пациента с неосложненной МКБ, а также диспансерное наблюдение больных, которым были удалены конкременты. Врач-уролог проводит отбор пациентов для плановой процедуры удаления конкрементов, больных, нуждающихся в неотложной урологической помощи, а также осуществляет курацию пациентов в раннем послеоперационном периоде. Согласно действующему протоколу ведения больных впервые установленный диагноз МКБ, камня почки требует консультации уролога для решения вопроса о стационарном лечении в урологическом отделении.

Оказание помощи больным уролитиазом регламентировано приказом Министерства здравоохранения Украины от 06.12.2004 г. № 604. **Методическую помощь практический врач также может получить, используя Рекомендации Европейской ассоциации урологов по ведению мочекаменной болезни (2012),** которые сегодня переведены на русский язык и находятся в свободном доступе в сети Интернет. Тактику ведения пациента определяют размеры, химическая природа и локализация камня, нарушение пассажа мочи, наличие воспаления и болевого синдрома. Консервативное лечение и динамическое наблюдение должны получать пациенты, имеющие избыточное выделение солей или мелкие кристаллы (микролиты), а также уролиты размером до 7 мм. В соответствии с европейскими рекомендациями камни 6,9 мм в диаметре способны к спонтанному отхождению. Спонтанное отхождение камня диаметром ≥7 мм без осложнений маловероятно, повышается риск развития почечной колики с окклюзией мочевыводящих путей. В составе консервативной терапии проводят коррекцию метаболических нарушений для предупреждения дальнейшего камнеобразования, рекомендованы мягкие мочегонные фитопрепараты на фоне поддержания водного баланса (потребление чистой воды 1,5-2,5 л/сут), диетотерапия, санаторно-курортное лечение (В.В. Черненко, 2007). И, пожалуй, самое важное – использование цитратной терапии в случае уратного или оксалатного уролитиаза. В первый год после установления диагноза обследование (общий, биохимический анализ крови и мочи, УЗИ почек) проводят 1 раз в 3 мес, затем – 1 раз в 6 мес. При наличии инфекции в диагностическую программу включают посев мочи на стерильность. Согласно действующим европейским рекомендациям у каждого пациента с неосложненной МКБ должен быть проведен анализ одного камня с помощью рентгенокристаллографии или инфракрасной спектроскопии для определения состава и минералогической природы камня, что определяет дальнейшую тактику лечения. К обязательным обследованиям относятся обзорная и экскреторная урография, при рентген-неконтрастных уролитах – компьютерная томография. Пациентам, имеющим уролиты 7-20 мм, рекомендована дистанционная литотрипсия – фрагментация камня с последующим отхождением. Литотрипсия может быть проведена и при более крупных уролитах, однако ее эффективность снижается. Уролиты размером >25 мм удаляются оперативным путем. Тактику активного удаления камней определяет уролог, он же осуществляет отбор пациентов, нуждающихся в оперативном лечении.

При развитии почечной колики медикаментозного купирования недостаточно, необходимо верифицировать текущее положение камня, его размеры и структуру. Камень мочеточника, не отошедший в течение года, может длительно существовать бессимптомно, приводя к уретерогидронефрозу и потере функции почки. В связи с этим все пациенты, перенесшие эпизод почечной колики, должны быть тщательно обследованы. Конкременты размером ≤6,9 мм могут отойти самостоятельно. Спонтанное отхождение камня допускается в течение 3 нед. Если конкремент не отошел в положенные сроки, наступают необратимые изменения в стенке мочеточника (пролежень), формируются первые признаки уретерогидронефроза со снижением функции почки. В таких случаях прибегают к активному удалению камней. При наличии осложнений (пиелонефрит) или отягощающих факторов (аномалия развития органов мочевыделения, единственная почка) пациентам с почечной коликой показаны ургентная госпитализация в урологическое отделение, неотложное удаление конкремента. Обследование пациентов с почечной коликой и их наблюдение в 1-й месяц после отхождения камня или активного его удаления проводятся совместно с урологом.

Тактика ведения больных, перенесших удаление камня или его самостоятельное отхождение, направлена на предупреждение повторного камнеобразования, лечение инфекционного воспаления мочевыводящих путей (если таковое имеется), контроль биохимических показателей крови и мочи, функции почек. Поскольку удаление камня не решает вопроса метаболических нарушений, неблагоприятный фон для камнеобразования сохраняется. Такие пациенты нуждаются в пожизненном диспансерном наблюдении и противорецидивной медикаментозной поддержке. В связи с этим значительное развитие среди других консервативных методов получила цитратная терапия.

Цитрат, в норме экскретируемый с мочой, препятствуя кристаллизации мочевых солей у здорового человека, является мощным естественным ингибитором камнеобразования. Гипоцитратурия в сочетании с гиперурикозурией и гипероксалурией является предопределяющим фактором кристаллизации мочевых солей и формирования осадка. Сдвиг pH мочи в кислую сторону (при эндокринных, метаболических нарушениях, резко выраженный – при инфекционном воспалении) значительно ускоряет процесс формирования микролитов и конкрементов (Ю.А. Пытель, И.И. Золотарев, 1995). Ряд источников указывают на частоту гипоцитратурии при нефролитиазе от 19 до 63% (О.В. Люлько и соавт., 2000; A.G. Mulley et al., 1988). В связи с этим патогенетически обоснованным является применение цитратных растворов, которые приводят к нейтрализации или ощелачиванию мочи, увеличению концентрации цитрата в моче, уменьшению экскреции кальция. Благодаря последнему эффекту цитратные препараты в последние годы все чаще рекомендуются для лечения не только уратного, но и кальциевого нефролитиаза (Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко, 2003; В.В. Черненко, 2005). Цитрат угнетал рост и агрегацию кристаллов кальция оксалата в неорганических водных растворах, а наблюдения in vivo больных, принимающих цитратные препараты в течение 1 года, выявило снижение экскреции кальция и достоверное уменьшение случаев МКБ. В отношении уратного нефролитиаза цитратная терапия рекомендована Европейской ассоциацией урологов не только в комплексном лечении больных и подготовке к литотрипсии, но и как консервативная альтернатива активному удалению камней.

Цитратные препараты рационально использовать при подготовке больного к предстоящей дистанционной литотрипсии. Цитратная терапия позволяет снизить плотность уратных и оксалатных камней, что способствует более быстрому их разрушению в ходе литотрипсии. Так, Н.К. Дзеранов и соавт. (2002), Ю.Г. Аляев и соавт. (2003) сообщают о том, что курсовое проведение цитратной терапии позволяет снизить количество сеансов дистанционной литотрипсии с 1,9 до 1,1 для разрушения сопоставимых по размеру камней, при этом среднее количество импульсов снижается с 2150±350 до 1400±230. Это говорит о снижении плотности конкрементов, их лучшей фрагментации, а также об уменьшении объема травматизации почечной паренхимы и мочевых путей во время процедуры.

Среди прочих цитратных препаратов наше внимание привлек препарат Блемарен («Эспарма ГмбХ», Германия), отличительной особенностью которого является преобладание лимонной кислоты над ее солью. Это позволяет добиться значимого снижения pH мочи и стабильно удерживать этот показатель на одном уровне. Пониженное содержание натрия в препарате способствует скорейшему растворению уратов и препятствует кристаллизации микролитов. Препарат прошел апробацию в клинике, продемонстрировав обнадеживающие результаты в лечении уратного нефролитиаза. Так, цитратная терапия препаратом Блемарен в течение 4 мес у 35 больных с уратными камнями почек разных размеров привела к полному растворению камней у 54,3% пациентов, уменьшению размеров камней у 34,2% (Е.В. Шпоть, Е.А. Султанова, 2012). В схожем наблюдении приняли участие 24 пациента (13 мужчин и 11 женщин в возрасте от 23 до 65 лет) с уратным нефролитиазом и камнями мочеточников. Размер камней у пациентов составил от 2 до 12 мм. На фоне терапии препаратом Блемарен полное растворение камней было констатировано у 58,3% больных, уменьшение размеров конкрементов – у 41,7%. Терапия Блемареном позволила добиться растворения камней мочеточников более чем у половины пациентов с уратным нефролитиазом (С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков, А.Б. Мелкоян, 2013).

Суммируя вышесказанное, можно сделать вывод о том, что в комплексном лечении МКБ цитратная терапия показана всем больным с нарушением обмена мочевой кислоты, гипероксалурией и гиперкальциурией. Это показание находит свое отражение и в рекомендациях Европейской ассоциации урологов (2012). Препарат Блемарен способствует растворению уже имеющихся уратных камней, препятствует гиперэкскреции кальция и образованию оксалатных камней. Препарат отличается высокой безопасностью и европейским качеством.

Подготовила ***Мария Маковецкая***