



Проблема нефролитиаза и профилактика повторного камнеобразования

Мочекаменная болезнь (МКБ) представляет собой одну из ключевых проблем урологии, без обсуждения которой не обходится ни один научный форум, посвященный вопросам профилактики и лечения заболеваний мочевыделительной системы. Закономерно, что в рамках съезда Ассоциации урологов Украины освещались различные аспекты ведения больных МКБ. Особый акцент был сделан на профилактике повторного нефролитиаза.

Эту тему в ходе секционного заседания «Актуальные вопросы урологии» осветил научный сотрудник Института урологии НАМН Украины, заведующий кафедрой урологии НМАПО им. П.Л. Шулика, доктор медицинских наук, профессор Валерий Семенович Дзюрак.

— В связи с широкой распространенностью, особенностями развития и течения МКБ остается одной из актуальных проблем современной медицины. В последние десятилетия отмечена тенденция к повышению частоты этого заболевания, связанная с увеличением влияния ряда неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека. Сегодня МКБ — одно из наиболее распространенных урологических заболеваний — встречается не менее чем у 1-3% взрослого населения, причем наиболее часто у лиц в возрасте 20-50 лет. В структуре заболеваемости урологической патологией такие больные составляют 25%. В настоящее время при установлении диагноза МКБ врачи все еще ограничиваются описанием локализации камня и не указывают конкретный вид нефролитиаза. В таком случае даже после удаления конкремента одним из современных методов лечение нельзя назвать полноценным и эффективным. Удаление конкремента — только часть задачи, ведь необходима грамотная профилактика последующего камнеобразования.

МКБ, по сути, представляет собой процесс формирования патологического биоминерала в органах мочевыделительной системы, имеющих резервуарное строение, и не прекращается после удаления камня. Поданным U. Blackman(1985), частота рецидива МКБ после удаления конкремента составляет 50-60%. Правильный выбор профилактической терапии для конкретного пациента возможен только в том случае, когда известен тип нефролитиаза, которому соответствует определенное нарушение обменных процессов.

Как известно, существует несколько типов нефролитиаза, из которых наиболее распространены мочеислый {встречается в 29,7% случаев), фосфорнокислый (22,4%), а также щавелевокислый (42,2%); на другие виды нефролитиаза приходится не более 5,7% (В.С. Дзюрак, 2010). При каждом типе нефролитиаза существуют свои факторы, способствующие камнеобразованию, что обуславливает различие в подходах к терапии и профилактике.

Возникновению гипероксалурии способствует дефицит витамина В₆, повышенный уровень витамина С, повышенное поступление с пищей щавелевой кислоты и ее предшественников. Причинами гиперфосфатурии могут служить канальцевый ацидоз, дефицит витамина D, гиперфункция щитовидной и паращитовидной желез, особенности питания. Что касается гиперкальциурии (Са >5 ммоль/сут), выделяют симптоматическую, возникающую при патологических состояниях (например, остеомиелите, туберкулезе, акромегалии, гиподинамии, травмах костей), а также идиопатическую.

тическую форму, сопровождающуюся повышением всасываемости Са и его секреции почками. В целом для формирования почечного камня необходимо одновременное наличие трех факторов: — перехода белка мочи из состояния золя в состояние геля (органический компонент выступает в роли «затравки» при камнеобразовании); — изменения показателя концентрации водородных ионов (рН) мочи (при разных видах нефролитиаза показатели рН отличаются); — перенасыщения мочи камнеобразующими субстанциями (уратами, оксалатами, фосфатами, Са, Mg).

Процесс формирования мочевого камня проходит в несколько этапов. Так, действие перечисленных факторов провоцирует каменный криз, метаагрегацию кристаллов, формирование микролита, впоследствии приводящее к камнеобразованию. Однако в случае адекватного медикаментозного воздействия даже на этапе образования микролита возможно обратное развитие. Важно подчеркнуть, что агрегация камнеобразующих кристаллов время от времени происходит у каждого человека, однако далеко не всегда она приводит к развитию МКБ.

Знание механизмов камнеобразования открывает возможности для грамотной профилактики и терапии. Сегодня эффективное консервативное лечение возможно только при мочекистном нефролитиазе с использованием препаратов, содержащих соли лимонной кислоты (в частности, препарата Блемарен). Консервативная терапия Блемареном воздействует на кислотно-основной баланс мочи, способствует поддержанию рН в пределах 6,2-6,8. Это создает оптимальные условия для растворения кристаллов мочевой кислоты. Длительное применение данного препарата приводит к растворению мочекистлых камней, а также предотвращает их образование в дальнейшем. Кроме того, применение Блемарена оправдано при наличии мочекисто-кальций-оксалатных камней.

Препарат Блемарен, подтвердивший свою безопасность и эффективность в ряде исследований, широко применяется в профилактике МКБ. Препарат эффективен в лечении мочекистлого нефролитиаза, а также применяется с целью метафилактики МКБ после удаления конкремента на этапе лечения.

В то же время нельзя забывать о воздействии на третий фактор камнеобразования — насыщенность мочи камнеобразующими субстанциями. Для этого применяются диуретики, а также ингибиторы кристаллизации мочи, такие как цитраты.

В заключение необходимо подчеркнуть, что определение типа нефролитиаза — важный аспект диагностики, который незаслуженно игнорируется практикующими урологами. При этом определение состава камня не представляет особых сложностей и может осуществляться исходя из формы и структуры конкремента. Лечение и профилактику МКБ необходимо проводить под наблюдением врача с непрерывным контролем рН мочи.

Подготовила **Катерина Котенка**