

Профилактика и консервативное лечение мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь (МКБ) - обусловленное эндо-и/или экзогенными причинами нарушение обмена веществ, которое характеризуется образованием конкрементов в мочевой системе. МКБ является одной из наиболее часто встречающихся урологических патологий, уступая первенство лишь инфекциям мочевых путей и болезням предстательной железы. Частота случаев госпитализации с МКБ среди пациентов урологических стационаров достигает 40%. Высокая распространенность и частота заболевания, риск развития угрожающих жизни осложнений обуславливают актуальность проблемы и диктуют необходимость проведения эффективных профилактических мероприятий.

«Будущее принадлежит медицине профилактической» - эти слова великого русского ученого Н.И. Пирогова не теряют своей актуальности и в настоящее время. Образ жизни современного человека в значительной степени способствует широкому распространению «болезней цивилизации», обусловленных нарушениями метаболизма. Возможности современной медицины позволяют глубже понять причины и механизмы развития таких заболеваний с целью осуществления превентивных мер, среди которых важная роль отводится медикаментозной профилактике.

МКБ - мультифакториальное заболевание. Известную роль в его этиологии играют нарушения режима питания (потребление большого количества белка, натрия, оксала-тов, алкоголя, уменьшение потребления жидкости); гиподинамия, прием некоторых лекарственных препаратов (сульфаниламидов, триамтерена, индинавира и др.); эндокринопатии (гиперпаратиреоз, гипертиреоз, синдром Кушинга); заболевания внутренних органов (неопластические процессы, поликистоз, хроническая почечная недостаточность и т. д.); генетические нарушения (цистинурия, синдром Леша-Нихана). Немаловажное значение имеют факторы местного характера: инфекции мочевых путей, изменения рН мочи, анатомические особенности, приводящие к нарушению гемодинамики почек и мочевыделения.

Механизм литогенеза определяется комплексом физико-химических процессов, происходящих в организме. Нарушение или отсутствие механизмов ингибирования роста кристаллов сопровождается повышением уровня камнеобразующих веществ в сыворотке крови, а затем и в моче. Это приводит к образованию сначала микролитов, затем кристаллов и мочевых камней. Общепризнанной является минералогическая классификация камней, в рамках которой выделяют оксалатные, фосфатные, уратные, цистиновые (белковые) и смешанные камни.

Клинические проявления МКБ характеризуются высокой вариабельностью и зависят от размеров, формы, локализации и количества камней. Характерным проявлением МКБ является приступ почечной колики, сопровождающийся острой приступообразной болью в поясничной области, как правило, иррадиирующей в пах; гематурией, пиурией, самостоятельным отхождением камней. Болевой приступ может также сопровождаться болезненным мочеиспусканием, повышением температуры, метеоризмом.

Часто болезнь имеет скрытый характер и в меж-приступный период симптоматика отсутствует.

Осложнения МКБ (апостематозный нефрит, гидронефроз, пионефроз, острая анурия) представляют серьезную опасность для жизни больного и нередко требуют хирургического вмешательства.

Сегодня накоплено достаточно знаний о МКБ: установлены этиологические факторы образования конкрементов; успешно разрабатываются методы консервативного и хирургического лечения; значительно расширены представления о механизмах камнеобразования, что позволяет эффективно проводить профилактику данного заболевания.

Профилактика МКБ должна быть многокомпонентной и направленной на ликвидацию факторов, способствующих камнеобразованию. Учитывая тот факт, что примерно в 50% случаев главной причиной развития МКБ являются погрешности в питании, неправильный образ жизни, значимая роль отводится санитарно-просветительской работе. Общие рекомендации относительно диеты сводятся к необходимости приема достаточного количества жидкости, поддерживающего суточный объем мочи в пределах от 1,5 до 2,5 л.

У лиц, имеющих факторы риска развития МКБ, проводится целевая медикаментозная профилактика МКБ, т. е. коррекция нарушений белкового, мочекислого, кальциевого, щавелевокислого, цистинового обмена. Повышенного внимания требуют пациенты, которые принимают препараты, способствующие камнеобразованию. Профилактика для этой категории лиц заключается в УЗИ-мониторинге почек, увеличении потребления жидкости, приеме витаминов А, В₆, Е, исключении острой пищи из рациона.

Медикаментозная профилактика при МКБ направлена на создание условий, способствующих ингибированию роста конкрементов и их литолизу. Основные направления профилактики при уратных камнях сводятся к применению цитратных препаратов и гидрокарбоната кальция, пиридоксина гидрохлорида, ингибиторов ксантинооксиданты. При кальциево-оксалатных камнях показаны цитраты, ортофосфаты, препараты магния, витамины группы В и D. При кальциево-фосфатных камнях применяют борную, бензойную кислоты, метионин, гидроксид алюминия. При цистиновых камнях проводится ощелачивание мочи путем назначения цитратов или бикарбонатов.

Цитраты изменяют физико-химические параметры мочи, способствуя растворению уратных, оксалатных, смешанных магний-аммониево-фосфатных камней. Рекомендуется применять цитратные смеси для предоперационной подготовки при смешанных камнях, а также у пациентов с кальций-окса-латным уролитиазом при гипоцитратурии.

Блемарен (Esparma) представляет собой препарат, основными действующими веществами которого являются лимонная кислота, тринатрия цитрат и калия гидрокарбонат.

Блемарен выпускается в виде гранулированного порошка и шипучих таблеток в комплекте с индикаторной бумагой и контрольным календарем.

Механизм действия препарата заключается в повышении pH мочи, что способствует созданию благоприятных условий для прекращения роста и растворения мочекислых и смешанных камней. Кроме того, Блемарен снижает количество активного кальция в моче путем связывания его ионами цитрата.

Терапия цитратными смесями проводится в течение 1-6 мес, при этом растворение камней может происходить уже через 2-3 мес. Критериями эффективности лечения являются повышение pH мочи до 6,2-6,8 и литолиз конкрементов.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**