

УДК 616.62-003.7

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ УРОЛИТИАЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А. А. Шевырин*, кандидат медицинских наук,
А. И. Стрельников, доктор медицинских наук,
Т. А. Калачева,
Д. А. Ступина

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, консервативное лечение, литокинетическая и литолитическая терапия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: moon-insomnia@mail.ru.

Цель исследования – оценить эффективность проводимой в амбулаторных условиях консервативной терапии мочекаменной болезни для ее коррекции и улучшения результатов лечения больных с уролитиазом.

Проведен ретроспективный анализ результатов консервативной (литокинетической и литолитической) терапии у пациентов с мочекаменной болезнью, а также данных лабораторных и инструментальных дополнительных методов обследования пациентов с уролитиазом на амбулаторном этапе. Сведения были получены методом выкопировки из медицинских карт амбулаторных больных (ф. № 025/У-87), обращавшихся за медицинской помощью в поликлинику ОБУЗ ОКБ г. Иваново. Общий объем исследования составил 76 пациентов с мочекаменной болезнью (30 мужчин и 46 женщин), средний возраст – $54,3 \pm 1,85$ года.

Пациентам назначалась консервативная литокинетическая и литолитическая терапия. Длительность лечения подбиралась индивидуально в зависимости от размеров, количества, локализации и состава камней. По итогам терапии пациенты обращались повторно на амбулаторный прием для контрольного обследования, в результате которого определялась дальнейшая тактика.

Для оценки эффективности консервативной терапии уролитиаза проводился ретроспективный анализ результатов амбулаторного лечения пациентов с мочекаменной болезнью в отдаленные

катамнестические сроки (до 5 лет). В связи с этим время наблюдения пациентов в ходе получения специфической консервативной терапии колебалось от 6 месяцев до 5,5 года. Средний период наблюдения составил 1,7 года.

Средний размер мочевых камней, выявленных на этапе диагностики в проекции мочевых путей у пациентов с уролитиазом, составил $3,4 \pm 0,2$ мм. Достоверно чаще ($p < 0,01$) конкременты локализовались в проекции чашечно-лоханочной системы почек – в 40,4% случаев. Конкременты в верхней и средней третях выявлялись в 21,9 и 24,7% соответственно ($p < 0,01$), в нижней трети – в 11,6% ($p < 0,05$). Наиболее редкой локализацией являлся уровень мочевого пузыря – 1,4% случаев ($p < 0,05$). Нередкой ситуацией являлся вариант множественного уролитиаза – в 32,6%. Чаще процесс камнеобразования был односторонним (78,5%), в 21,5% наблюдений мочекаменная болезнь поражала обе почки.

В зависимости от размеров, локализации и химического состава конкрементов назначались различные схемы лечения. Практически у всех пациентов (96,1%) в комплекс консервативного лечения входила фитотерапия и общие мероприятия (рекомендации по коррекции образа жизни, условий труда и отдыха, соблюдение диеты).

Наиболее распространенной схемой консервативного лечения мочекаменной болезни в амбулаторных условиях, по данным исследования, является назначение цистона и фитолитина в

A. A. Shevyrin, A. I. Strelnikov, T. A. Kalachyova, D. A. Stupina

THE PECULIARITIES OF UROLITHIASIS CONSERVATIVE THERAPY IN OUT-PATIENT DEPARTMENT

Key words: urolithiasis, conservative treatment, lithokinetic and litholytic therapy.

сочетании с фитотерапией либо без нее (в 94,7 и 80,3% соответственно). Он применялся при локализации мелких и средних по размерам конкрементов преимущественно в полостях почки и верхней трети мочеточника с целью литолитического и литокинетического эффекта.

С целью купирования болевого синдрома при мочекаменной болезни и для стимулирования миграции конкрементов пациентам, помимо базовой терапии, назначался уролесан. Данный препарат использовался в 31,6% назначений при локализации микролитов в нижней и средней третях мочеточника. В 22,4% случаев применялась монотерапия препаратом «Пролит» – для изгнания и ферментирования уже сформированных небольших камней различной локализации, а также для профилактики последующего камнеобразования.

При уратном варианте камнеобразования использовалась литолитическая терапия цитратными смесями (блемарен) – у 10,5 % пациентов. В 7,9% наблюдений в комплекс медикаментозной терапии был включен ксидифон для предупреждения кристаллообразования и нормализации кальциевого обмена.

Помимо вышеперечисленных препаратов в схему лечения пациентов с уролитиазом входили средства, оказывающие стимулирующее действие на верхние мочевые пути (спазмолитики, альфа-адреноблокаторы, минеральные воды).

В результате ретроспективного анализа получены следующие данные об эффективности способов терапии уролитиаза. За пятилетний период лишь у 30% больных отмечалось полное растворение или отхождение с мочой конкрементов без дальнейшей тенденции к рецидивированию уролитиаза. В 17% наблюдений выявлена положительная динамика, заключающаяся в уменьшении размеров камней по данным УЗИ и рентгенологического исследования. Однако полного излечения за изучаемый период в данной подгруппе пациентов добиться не удалось, что потребовало продолжения консервативной терапии мочекаменной болезни. В среднем размеры камней в результате литолитической терапии сократились на 23,5% (с $3,4 \pm 0,2$ до

$2,6 \pm 0,2$ см). Положительный результат законченного лечения пациента в амбулаторных условиях (выздоровление или улучшение) наблюдался в 47% наблюдений.

У 32% больных по данным дополнительных инструментальных методов исследования в контрольные сроки размеры и локализация конкрементов остались неизменными, что свидетельствует о неверно подобранной схеме литолитической и литокинетической терапии. В 21% наблюдений имело место или увеличение камня в размерах (14% пациентов), или/и образование новых микролитов (7% больных), что в ряде случаев привело к госпитализации больных в урологическое отделение для разрушения конкрементов (дистанционная или контактная литотрипсия) в стационарных условиях.

Таким образом, в результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Эффективность применения методов консервативной терапии уролитиаза достаточно низкая: лишь у 47% пациентов отмечались положительные результаты, заключающиеся в отхождении, растворении или уменьшении размеров конкрементов.
2. Выбор и составление конкретной схемы консервативного лечения мочекаменной болезни должны базироваться не только на результатах стандартного клинического и лабораторно-инструментального обследования (с учетом размеров, локализации, количества камней и их химического состава), но и на данных изучения обменных процессов в крови и моче, причин, условий и характера соле- и камнеобразования в мочевой системе.

Данное исследование вынуждает констатировать тот факт, что назначение консервативной терапии мочекаменной болезни эмпирическим путем, с использованием стандартных унифицированных схем лечения, без учета индивидуальных условий камнеобразования и дополнительных современных методов исследования, позволяющих оценить обменные нарушения в мочевых путях и на системном уровне в целом, недопустимо и может привести к стимулированию патологического процесса формирования конкрементов.