

УДК – 616.62-003.7-08-053

Дифференцированный подход к лечению уратного нефролитиаза у больных различного возраста

В.Ю.Чичков, В.М.Мирошников

НПМК «Экологическая медицина», Астрахань, Россия
Астраханская медицинская академии, Астрахань, Россия

Географическое расположение и климатические условия Нижнего Поволжья, неудовлетворительная экологическая обстановка способствует росту заболеваемости мочеполовой системы у населения, проживающего в регионе. Увеличение частоты заболеваемости уратным нефролитиазом диктует необходимость поиска адекватного объема терапии по улучшению качества консервативного лечения этой патологии.

Изучение особенностей симптомокомплекса уратного нефролитиаза в разных возрастных группах (25-30; 40-45; 60-70 лет) позволило научно обосновать и разработать практические рекомендации по рациональному и эффективному лечению данного вида мочекаменной болезни у пациентов с учетом их возраста.

Мочекаменная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний почек у человека, встречающимся повсеместно. Однако, в некоторых регионах она носит эндемический характер, связанный с географическими и климатическими условиями, особенностями питания и частотой желудочно-кишечной патологии, характером водоснабжения и качества питьевой воды.

В последнее время все чаще появляются указания на роль экологических антропогенных факторов в возникновении уролитиаза. При этом в некоторых регионах отмечается тенденция к увеличению его частоты. Нижнее Поволжье является зоной, эндемичной для мочекаменной болезни. Жаркий резко-континентальный климат с высокой инсоляцией, дегидратация в летний период, довольно высокая заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями, сопровождающимися нарушением кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного баланса, неудовлетворительная система водоснабжения, напряженная экологическая ситуация, рассматриваемая специалистами, как катастрофическая – все это является внешним фактором, способствующим развитию нефролитиаза в Астраханском крае.

Необходимо подчеркнуть, что химический состав камня зависит как от пола, так и возраста больных [1, 5]. В частности, по литературным данным

«кислые» камни (ураты и оксалаты) чаще встречаются у мужчин, а «щелочные» – у женщин. Оксалаты обычно характерны для возраста 36-45 лет, а ураты для 56-65 лет. Следует заметить, что в огромном количестве работ по эпидемиологии нефролитиаза встречаются существенные различия как в цифрах по его распространенности, так и по возрастной и половой частоте, химическому составу и соотношению его отдельных компонентов [2, 3, 6, 10]. Это также свидетельствует о региональных особенностях мочекаменной болезни и о влиянии внешних факторов на ее развитие.

Уратурия выявляется у 25 % больных почечнокаменной болезнью [5, 9]. Ее возникновение связано с нарушением пуринового обмена, сопровождающимся избыточным образованием мочевой кислоты и развитием вследствие этого гиперурикемии, а также со снижением реабсорбции мочевой кислоты в почечных канальцах [1,11]. Развитие уратурии и гиперурикемии особенно усиливается при воспалительном процессе в почках, когда возрастает распад нуклеотидов. Поэтому хронический пиелонефрит является особенно частой причиной мочекислотного диатеза, который, в свою очередь, нередко обуславливает развитие уратного нефролитиаза.

Последние исследования, проведенные в урологической клинике Астраханской медакадемии [7], показали, что частота заболеваемости пиелонефритом в Астраханской области более чем в 2 раза выше общереспубликанской. Было установлено, что она гораздо выше в южных районах области, где население пользуется речной водой, получающей промышленные и сельскохозяйственные стоки, богатые солями тяжелых металлов. Это существенно сказывается на клинических особенностях течения пиелонефрита, заключающихся в частом появлении гематурии, не характерной для типичной картины этого заболевания. С этих позиций интерес представляет изучение химического состава почечных камней, встречающихся в настоящее время у больных в этих районах. Наблюдения показывают, что среди больных мочекаменной болезнью в Астраханской области около 2/3 пациентов страдают уратным нефролитиазом.

Клинико-морфологические особенности уратного нефролитиаза позволяют большую часть пациентов лечить консервативно, так как мочекислые камни при определении правильной терапии предрасположены к растворению и самостоятельному отхождению [2, 3, 6, 10]. В частности, по имеющимся данным [9] консервативное лечение уратного нефролитиаза принимается у 89% больных и только 11 % пациентов оперируются.

Основными принципами консервативного лечения уролитиаза являются снятие болевого синдрома, создание возможностей растворения камня или его самостоятельного отхождения, предупреждение рецидивов и осложнений нефролитиаза, а также ликвидация мочевой инфекции [8, 12]. На наш

взгляд, при выборе объема консервативного лечения уратного нефролитиаза необходимо обязательно учитывать индивидуальные особенности пациента, в частности, его возраст [11, 12]. Поэтому целью нашей работы явилось повышение качества лечения больных уратным нефролитиазом путем определения объема терапии с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей организма пациента.

Нами изучена интенсивность болевого синдрома, а также показатели общеклинического анализа крови и мочи у пациентов с уратным нефролитиазом на момент обращения в стационар. Все пациенты произвольно были разделены на три группы: I – 25-30 лет, II – 40-45 лет и III – 60-70 лет. В каждую группу входило по 30 человек. Соотношение мужчин и женщин в каждой группе было примерно одинаково. Время обращения в стационар не превышало 12 часов с момента заболевания. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по субъективным ощущениям больных и их жалобам. Общеклиническое исследование крови и мочи проводилось в момент обращения по общепринятым методикам.

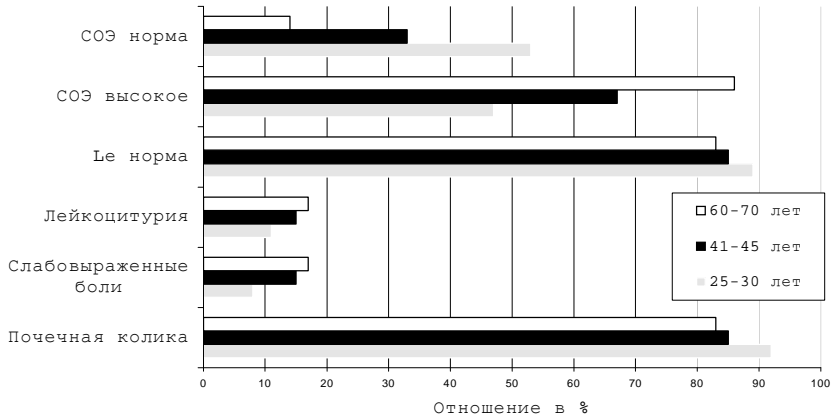
Анализ полученных результатов у больных с уратным нефролитиазом свидетельствует о том, что интенсивность болевого синдрома может быть различной в зависимости от наличия конкремента, или слепка уратных солей на фоне уратурии, их размеров, локализации и имеющихся изменений в мочевой системе, а также возраста. Выраженные боли с характерной иррадиацией, тошнотой или рвотой (почечная колика) на стороне обтурации мочеточника чаще регистрировались у пациентов более молодого возраста (I – II группа). В то же время, лейкоцитурия и повышение СОЭ (выше 10 мм/ч) чаще наблюдались при меньшей интенсивности болевого синдрома у лиц в более старшем возрасте (III группа). В этой группе больных, как правило, констатировалась гематурия разной интенсивности и умеренный лейкоцитоз при нормальных показателях красной крови. На высоте болевого синдрома у всех пациентов наблюдалась нормальная или субфебрильная температура тела. Дальнейшее наблюдение и обследование больных I и II групп позволило объяснить умеренный лейкоцитоз и субфебрилитет не проявлением вторичной мочевой инфекции, а реакцией организма на характерный симптомокомплекс уратного нефролитиаза. В то же время, у больных III возрастной группы значительно чаще отмечалась лейкоцитурия

и повышение СОЭ на фоне умеренного болевого синдрома, которые были проявлением выявляемого позже вторичного инфицирования мочевых путей.

Такие особенности клинической картины уратного нефролитиаза, очевидно, связаны с возрастным развитием у человека процессов атрофии и инволюции в периферических отделах нервной системы, которые ведут к снижению болевой чувствительности у стариков [4]. Как правило, у большинства пожилых людей имеются сопутствующие изменения в паренхиматозных органах (печени, почек, поджелудочной железы), нередко проявляющиеся клинически сахарным диабетом, гепатохолециститом, панкреатитом и другими заболеваниями, ведущими к развитию тубулопатий (уратурия, оксалурия). Кроме этого, в процессе старения в организме происходит глубокая анатомо-функциональная возрастная перестройка со стороны всех органов и систем, в том числе и почек. Эти изменения в значительной степени уменьшают компенсаторные способности организма, возможность приспособляемости к изменениям внешней среды и сопротивляемости различным заболеваниям. Поэтому, даже незначительное воздействие на организм пожилого человека из вне, которое у молодых людей часто остается без каких-либо проявлений, у стариков может привести к глубоким расстройствам здоровья [13].

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что на клиническое течение и лабораторные проявления уратного нефролитиаза существенное влияние оказывает возраст пациента (см. диаграмму), который необходимо учитывать при выборе объема консервативного лечения этого заболевания.

Клинико-лабораторные параметры у больных
уратным нефролитиазом в разных возрастных группах



Диаграмма

В связи с этим мы рекомендуем при уратном нефролитиазе в молодом и зрелом возрасте (до 45 лет) уделять большее внимание болевому синдрому и активно назначать препараты спазмолитического и обезболивающего действия, включая (по показаниям) наркотические препараты. В комплексе с адекватным обезболиванием следует назначать препараты, улучшающие микроциркуляцию в почке, способствующие выведению мочевой кислоты, отхождению уратных солей и мелких конкрементов (аллопуринол, цистенал, олиметин, цистон, мочегонные травы и т.д.), витаминотерапию. В более старших возрастных группах необходимо большое внимание уделять опасности развития вторичной инфекции и с первого дня назначать эффективное антибактериальное лечение. При этом рекомендуется сочетать антибиотики широкого спектра действия (цефалоспоринового ряда) с производными налидиксовой и оксолиниевой кислот и оксихинолина (грамурин, невигаграмон, нитроксалин и др.). Обязательно назначение мочегонных трав и обильного питья жидкости (2 – 2,5 л в день). Кроме этого, пациенту необходим прием препаратов, повышающих защитные силы организма и иммунитет. Также обязательно назначение препаратов, способствующих выведению мочевой кислоты, отхождению мелкого конкремента или солей.

Практическое применение данных рекомендаций позволит предотвратить развитие осложнений, вызванных длительным болевым синдромом при уратном нефролитиазе как в молодом, так и в пожилом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балашов В.И., Чичков В.Ю., Соколова Н.В. Дополнительный способ диагностики уратного нефролитиаза / Методические рекомендации. – Астрахань.: АГМА, 2001.
2. Вайнберг З.С. Камни почек. – М.: Медицина, 1971.
3. Джавад-Заде С.М. Современный взгляд на патогенез, течение и лечение мочекаменной болезни // Урология и нефрология, 1999. - № 5. – с. 10-15.
4. Кимбаровская Е.М. О причинах пониженной болевой чувствительности в старческом возрасте. – Труды X съезда хирургов УССР. – Киев, 1964. – с. 66-69.
5. Лопаткин Н.А. (ред.) Руководство по урологии. – М.: Медицина, 1998.
6. Мирошников В.М. Важнейшие проблемы урологии. – Астрахань.: АГМА, 2000.
7. Проскурин А.А. Экологические аспекты заболеваемости пиелонефритом в Астраханской области. Дисс.... канд. мед. наук. – Астрахань, 2002. – 127 с.
8. Пытель А.Я. (ред.) Руководство по клинической урологии. – М.: Медицина, 1969. – с. 423-437.
9. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Уратный нефролитиаз. – М.: Медицина, 1995. – с. 145.
10. Тиктинский О.Л. Уролитиаз. – Л.: Медицина, 1980.
11. Чичков В.Ю., Балашов В.И. Критерии определения групп риска и профилактика уратного нефролитиаза. – Астрахань.: АГМА, 2001.
12. Чичков В.Ю., Мирошников В.М. Дифференцированный подход к лечению уратного нефролитиаза в разных возрастных группах. – Удостоверение на рацпредложение № 48 от 30.03.01. – НПМК «Экологическая медицина». – Астрахань, 2001.
13. Чичков Ю.Ф. Резекция желудка у лиц пожилого и старческого возраста. Дисс.... канд. мед. наук. – М., 1969. – с. 16-17.

**DIFFERENTIATED APPROACH TO TREATMENT OF URATE
NEPHROLITHIASIS IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE**

V.Yu.Chichkov, V.M. Miroshnikov

The geographical location and climatic conditions of Low Volga, unsatisfactory ecological situation promote increase of morbidity of genitourinary system among the population in this region. The growth of disease frequency demands to search adequate therapy for improvement of conservative treatment in this pathology.

There were studied the features of symptomatic complex of urate nephrolithiasis in different age groups (25-30, 40-45, 60-70 years). The results allowed us to prove and develop the practical recommendations for rational and effective treatment of urolithiasis in patients taking into consideration the age group.