

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИТРОИМИДАЗОЛОВ**

*А.В. Аркатов, А.В. Книгавко, Т.И. Ермоленко*

*Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии*

*им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина*

Мочекаменная болезнь (МКБ), а также ее наиболее частое клиническое проявление – приступ почечной колики – до сих пор остаются актуальной проблемой современной урологии. Широкое использование консервантов, полуфабрикатов, стабилизаторов и разрыхлителей, а также значительное потребление мучных продуктов усиливает выделение отрицательных частиц и кислых продуктов, снижают Ph мочи и нарушают экскреторно-секреторную функцию почек. Это, в свою очередь, изменяет физико-химический состав мочи и повышает ее литогенность. Повышенному камнеобразованию среди городских жителей способствует также широкое употребление разливной и бутылированных вод из меловых источников – минеральных вод, добытых на глубине более 500 метров, между пластами меловых отложений (вода «721» и др.). Ионный состав, в первую очередь содержание солей кальция и магния, данных вод иной, чем поверхностных, к которым эволюционно адаптирована выделительная система человека, поэтому их потребление приводит к повышенному выделению данных солей (чаще в виде оксалатов) с мочой с дальнейшим образованием микролитов и конкрементов в почках.

Согласно данным УЗИ, проведенным пациентам с различной урологической и экстраурологической патологией в ХОКЦУиН им. В.И. Шаповала, более 46% обследованных имели микролиты или камни почек. Отмечено также, что с возрастом частота встречаемости микролитов выше и достигает 70% пациентов различного профиля в возрасте старше 60 лет. Наиболее ярким проявлением МКБ и основной причиной госпитализации больных с МКБ в урологический стационар является приступ почечной колики, обусловленный наличием конкремента в мочеточнике [1]. Согласно мнению ряда авторов [2, 3], медикаментозному лечению (нисходящему литолитическому) камней мочеточника подлежат камни менее 1 см в диаметре. Однако наличие в клинике ХОКЦУиН им. В.И. Шаповала контактного и ударноволнового экстракорпорального литотриптора позволяет дифференцированно подходить к тактике лечения. Медикаментозное лечение применяется у пациентов с камнями до 7 мм в диаметре – большие конкременты подлежат дроблению методами контактной и ударноволновой литотрипсии. Стандартная медикаментозная терапия подразумевает назначение спазмолитиков (ношпа, платифиллин, папаверин, спазмобрю), обезболивающих средств (кетонал, ренальган, диклофенак), инфузионной (реосорбилакт, глюкоза 5%) и антибактериальной (ципрофлоксацин или

## II. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

норфлоксацин) терапии, использование альфа-адреноблокаторов (доксазозин), фитопрепаратов и физиотерапии (диодинамические токи на зоны проекции конкремента). Зачастую пациентам назначались препараты нитроимидазольного ряда (метрогил, мератин) для профилактики анаэробной инфекции или ее лечения при развитии воспалительных осложнений. Было отмечено, что нитроимидазолы имеют длительный спазмолитический эффект и ускоряют изгнание конкремента.

Целью данной работы было оценить эффективность использования нитроимидазольных препаратов при камнях мочеточника.

В ходе исследования была оценена эффективность медикаментозной терапии у 107 пациентов с камнями мочеточника диаметром до 7 мм.

Пациенты были разделены на три группы:

– 1-я – контрольная (42 чел.), эти пациенты получали стандартную терапию (изложена выше);

– 2-я (34 чел.) в дополнение к стандартной терапии эти больные получали инфузионные растворы метронидазола (метрогил) – 100 мл 0,5% 1 р/д внутривенно капельно;

– 3-я (31 чел.) в дополнение к стандартной терапии получали инфузионный раствор орнидазола (мератин) – 100 мл 0,5% 1 р/д внутривенно капельно.

Результаты исследования приведены в таблице.

### Клинические показатели и эффективность лечения в группах

Клинический показатель	Группы		
	1-я (контрольная)	2-я (стандарт + метрогил)	3-я (стандарт + мератин)
Средний размер конкремента, мм	4,7+0,15*	4,6+0,12*	4,8+0,14*
Число пациентов	42	34	31
Количество воспалительных осложнений	6	3	-
Необходимость оперативного вмешательства	9	4	1
Отхождение конкремента	32 (76,2 %)	31 (91,1%)	30 (96,8%)
Купирование болевого синдрома	32 (76,2 %)	31 (76,2 %)	31 (100%)
Длительность нахождения в стационаре, дни	8,2+0,22*	6,9+0,19*	6,3+0,17*

Примечание: \* $p < 0,05$ .

Средний размер конкрементов в группах был приблизительно одинаков, что позволяет достоверно оценивать показатели эффективности лечения.

Из представленной таблицы видно, что применение нитроимидазолов (метрогила и мератина) позволяет существенно снизить частоту воспалительных осложнений. Использование нитроимидазолов позволяет добиваться более высокого процента отхождения конкрементов. Отмечено также более частое купирование болевого синдрома, вплоть до 100% у больных, принимающих инфузионный мератин (необходимость оперативного лечения одного пациента из этой группы связана с длительным стоянием конкремента и образованием рубцовых изменений мочеочника, делающих практически невозможным самостоятельное отхождение конкремента, несмотря на удовлетворительное самочувствие больного).

Немаловажным фактором, подчеркивающим эффективность терапии с использованием нитроимидазолов, является сокращение сроков лечения в группе с использованием метрогила и в группе с использованием мератина.

Важной особенностью мератина, отличающей его от метрогила, является отсутствие антабусной реакции на алкоголь, что позволяет применять его со спиртосодержащими фитопрепаратами (уролесан, канефрон).

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Применение инфузионных форм нитроимидазолов в комплексной медикаментозной терапии камней мочеочника является обоснованным, за счет длительного спазмолитического действия последних и антимикробной активности в отношении анаэробной инфекции.

2. Использование нитроимидазолов позволяет добиваться увеличения частоты самостоятельного отхождения конкрементов, снижает количество воспалительных осложнений, сокращает сроки отхождения камней и время пребывания больного в стационаре.

3. Мератин по сравнению с метрогилом обладает более сильным и продолжительным спазмолитическим действием, спектр антибактериальной активности мератина также шире, чем у метрогила.

4. Дополнительное преимущество использования мератина в возможности одновременного назначения спиртосодержащих фитопрепаратов.

Таким образом, по результатам исследования можно рекомендовать инфузионный раствор мератин в комплексной терапии камней мочеочника.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск, 2001. – Т. 3. – С. 15-63.
2. Лопаткин Н.А. Урология. – М., 2000. – С. 312-315.
3. Люлько А.В. Неотложная урология и нефрология. – Киев, 1996. – С. 7-14.