

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНОЙ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.И. Барабаш, П.И. Мотин, В.В. Федченков, С.С. Ходенков

Кафедра урологии и оперативной нефрологии
Государственная клиническая больница № 29
Госпитальная пл., 2, 111020 Москва, Россия

В исследование было включено 179 пациентов с конкрементами дистального отдела мочеточников, разделенных на 4 группы: группа I, получавшая помимо традиционной терапии препарат Тамсулозин, группа II, которой в дополнение к традиционной терапии и препарату Тамсулозин назначались сеансы низкоинтенсивной лазерной терапии, группа III, в которой в дополнение к традиционной терапии назначались сеансы НИЛТ, и группа IV, получавшая только традиционную терапию. В группе II процент самостоятельного отхождения конкрементов составил 90,7%. В группе I самостоятельно отошли конкременты у 83,4%. В группе III процент самостоятельного отхождения составил 78,8%, в группе IV — 75,5%.

Мочекаменная болезнь — одно из распространенных урологических заболеваний, встречается не менее чем у 3% населения и занимает третье место по распространенности среди урологических заболеваний, уступая по частоте только инфекциям мочевых путей и патологии предстательной железы [1]. В России мочекаменной болезнью, по данным некоторых авторов, страдает от 3% до 6% населения [2]. В странах Европы и Северной Америки уролитиазом страдает 8%-15% населения [3; 4]. Доказана эндемичность регионов России не только по частоте, но и по виду образуемых мочевых камней (так, в Южных регионах доминируют камни из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе — оксалаты). Больные мочекаменной болезнью составляют 30–40% всего контингента урологических стационаров. У большинства пациентов МКБ выявляется в наиболее трудоспособном возрасте 30–50 лет.

Особый интерес для урологов представляет проблема лечения больных мочекаменной болезнью с локализацией конкремента в дистальном отделе мочеточника. Предлагаемые ранее схемы консервативного лечения данной категории пациентов направлены на купирование боли путем фармакологического воздействия на причину окклюзии конкремента: снятие спазма стенки мочеточника в месте локализации конкремента, ее отека, что, в свою очередь, способствует восстановлению оттока мочи из заблокированной почки и устранению болевого синдрома.

Экспериментально и клинически доказано нахождение $\alpha 1$ -адренорецепторов в гладкой мускулатуре предстательной железы, простатической части уретры, мочевом пузыре и в стенке интрамурального отдела мочеточника человека [6–8]. При этом доказано, что плотность $\alpha 1$ -адренорецепторов в мышцах гладкой мускулатуры

мочеточника значительно выше, чем других адренорецепторов. Недавно проведенными исследованиями было выяснено, что преобладающим подтипом $\alpha 1$ -адренорецепторов в нижнем отделе мочеточника является $\alpha 1D$ -подтип, а в порядке экспрессии рецепторы располагаются следующим образом: $\alpha 1D > \alpha 1A > \alpha 1B$ (50%, 30% и 20% соответственно) [9]. Кроме того, $\alpha 1$ -адренорецепторы значительно снижают тонус базальной мембраны миоцитов, частоту перистальтики и сокращение мочеточника, в том числе, и в интрамуральном отделе. Все вышесказанное обусловило использование препарата Тамсулозин 0,4 мг при вышеуказанной локализации конкрементов.

Низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ) получила наибольшее распространение среди методов физического воздействия благодаря потенцированию действия лекарственных препаратов и высокой терапевтической эффективности: обезболивание, улучшение трофики тканей, выраженный противоотечный эффект, отсутствие риска осложнений. В нашем исследовании использовался аппарат квантовой терапии РИКТА 04/4. Терапия проводилась двумя полями, на проекцию нижней трети мочеточника, с частотой следования импульсов 1000 Гц, время экспозиции 10 мин, общее количество сеансов определялось индивидуально и не превышало 10. Курс квантовой терапии начинался после определения локализации конкремента данными рентгенологического исследования.

В ходе исследования были обследованы 179 пациентов, находившихся на стационарном лечении, в период с декабря 2003 г. по апрель 2007 г., в урологической клинике Российского университета дружбы народов, на базе городской клинической больницы № 29 г. Москвы.

Всем больным проводился необходимый комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя: сбор анамнеза, осмотр больного, лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи), рентгенологическое (обзорная и внутривенная урография) и ультразвуковое обследование.

Все больные были разделены на четыре группы:

Группа I, получавшая помимо традиционной терапии препарат Тамсулозин в дозе 0,4 мг x 1 р/д;

Группа II, которой в дополнение к традиционной терапии и препарату Тамсулозин назначались сеансы НИЛТ;

Группа III, которой в дополнение к традиционной терапии назначались сеансы НИЛТ;

Группа IV, получавшая только традиционную терапию.

Все 179 пациентов, включенных в исследование, были распределены по полу и возрасту.

Распределение пациентов представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возраст, годы	I группа (36 чел.)				II группа (43 чел.)			
	муж.	жен.	общ.	%	муж.	жен.	общ.	%
20-29	6	1	7	19,4	5	4	9	20,8
30-39	4	0	4	11,9	4	2	6	13,9
40-49	4	4	8	22,1	5	2	7	16,2
50-59	4	5	9	24,9	0	2	12	27,7
60-69	3	5	8	22,1	1	5	6	13,9
70-79	0	0	0	0	1	2	3	6,9

Продолжение табл. 1

Возраст, годы	III группа (47 чел.)				IV группа (53 чел.)			
	муж.	жен.	общ.	%	муж.	жен.	общ.	%
20-29	5	4	9	19,2	4	3	7	13,1
30-39	7	5	12	25,6	8	4	12	22,5
40-49	5	2	7	14,9	7	9	16	30
50-59	5	7	12	25,6	6	2	8	15
60-69	5	1	5	10,7	5	4	9	16,9
70-79	1	0	1	2,1	2	0	2	3,7

Как свидетельствуют приведенные данные, все четыре исследуемые группы существенно не различаются по возрасту и полу. Так же видно, что наибольшее количество пациентов (144 из 179) приходится на так называемый наиболее трудоспособный возраст (20-60 лет).

У всех пациентов выявлены конкременты дистального отдела мочеточников различных размеров — от 0,2 см до 1,5 см.

Распределение пациентов по величине конкрементов представлено в табл. 2.

Таблица 2

Размеры конкрементов, см	I группа (36 чел.)		II группа (43 чел.)		III группа (47 чел.)		IV группа (53 чел.)	
	всего	%	всего	%	всего	%	всего	%
0,1-0,3	3	8,3	3	6,9	5	10,6	7	13,2
0,4-0,5	14	38,8	21	48,8	22	46,8	28	52,9
Более 0,6	19	52,6	19	44,1	20	42,6	18	34,0

Исходя из данных, отраженных в табл. 2, видно, что наиболее часто в нашем исследовании встречались пациенты с конкрементами, размеры которых превышали 0,4-0,5 см.

Результаты проведенного исследования показали, что в группе II, которая помимо традиционной терапии получала Тамсулозин и НИЛИ, частота самопроизвольного отхождения конкрементов составила 90,7% (39 пациентов из 43), не отошли конкременты у 9,3% (4 пациента). Трое из этих пациентов в дальнейшем были направлены на сеанс ДЛТ, одному пациенту, в связи с безуспешной попыткой литотрипсии, выполнена операция — уретеролитотомия. В группе I, получавшей традиционное лечение в совокупности с терапией Тамсулозином, результаты были несколько хуже чем в группе II: конкременты отошли у 83,4% (30 пациентов из 36), не отошли конкременты у 16,6% (6 больных), пятерым из которых в дальнейшем были выполнены сеансы ДЛТ, а одному больному — оперативное лечение, урете-

ролнитомия. В группе III пациенты получали традиционную терапию и НИЛИ, результаты показали 78,8% самопроизвольного отхождения конкрементов (37 больных из 47), конкременты не отошли у 21,2% (10 пациентов), эти больные так же были прооперированы в трех случаях, семерым выполнен сеанс ДЛТ, после чего больные избавились от конкрементов. В последней IV группе самопроизвольно, на фоне только традиционной терапии, отошли конкременты у 75,5% (40 больных из 53), а 24,5% больных (13 человек) подверглись в трех случаях оперативному лечению и десятирм проведены сеансы ДЛТ с положительным эффектом.

Данные о сроках и частоте отхождения конкрементов в зависимости от их размера отражены в приведенных ниже рис. 1, рис. 2, рис. 3.

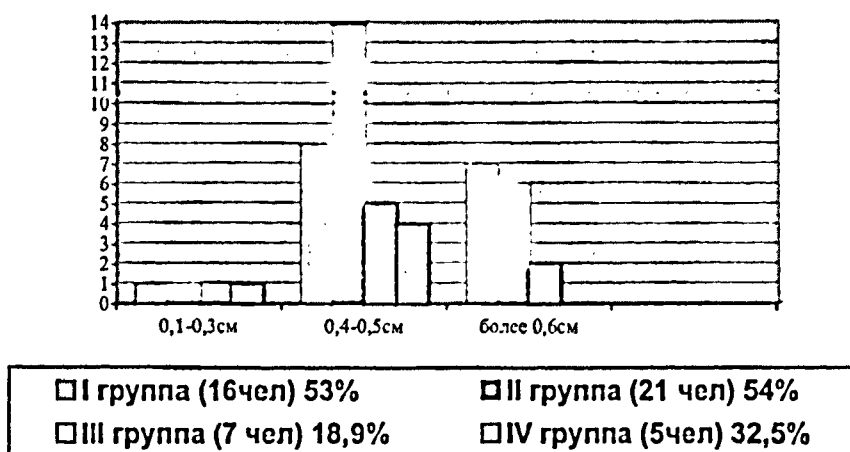


Рис. 1. Частота самостоятельного отхождения конкрементов из дистального отдела мочеточников через 1-3 суток от начала лечения

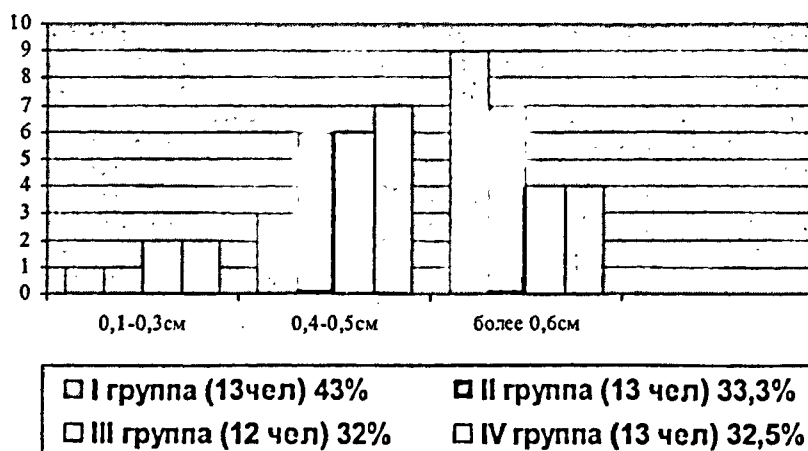


Рис. 2. Частота самостоятельного отхождения конкрементов из дистального отдела мочеточников через 4-6 суток от начала лечения

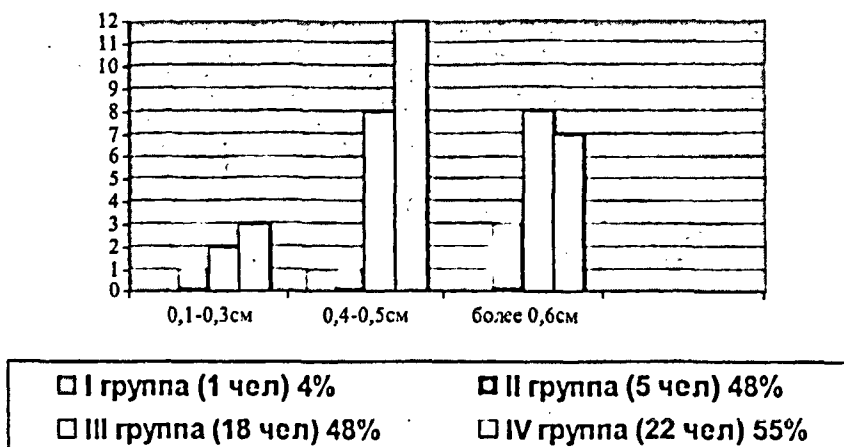


Рис. 3. Частота самостоятельного отхождения конкрементов из дистального отдела мочеточников более 7 суток от начала лечения

Таким образом, в группе II отмечалось наиболее быстрое отхождение конкрементов. Из 39 пациентов, у которых отошли конкременты, у 21 (54%) сроки отхождения составили 1-3 дня, что вдвое меньше установленных стандартов лечения, а у 13 (33,3%) пациентов сроки отхождения конкрементов составили 6 суток. Сроки лечения лишь у 5 (12,8%) больных превысили 7 суток, что явилось превышением медико-экономических стандартов.

В группе I конкременты отошли за 1-3 дня у 16 человек (53%) из 30 обследованных. А в установленные 6-дневные сроки вошли еще 13 человек (43%). В сроки более 7 суток самостоятельное отхождение конкремента отмечено у одного пациента (4%).

В группе III за первые 3 суток от начала лечения конкременты отошли у 7 больных (18,9%) из 37, за 6 дней пребывания в стационаре у 12 человек (32%). При этом 18 пациентов (48%) находились на лечении более 7 суток.

В IV группе 5 пациентов (12,5%) из 40 избавились от конкрементов за 3 суток, еще 13 (32,5%) закончили лечение за 6 дней и 22 человека (55%) находились в стационаре больше 7 суток.

Результаты исследования показали, что конкременты небольшого размера 0,1-0,3 см отходили примерно в одинаковые сроки во всех исследуемых группах. В то время как более крупные конкременты 0,4-0,5 см и более значительно чаще отходили в сроки до 6 суток, у группы II, получавшей в дополнение к традиционной терапии тамсулозин и низкоинтенсивное лазерное излучение.

Таким образом, проведенные исследования по оценке результатов консервативного лечения конкрементов дистального отдела мочеточников доказали патогенетическую обоснованность назначения комплексной терапии, сочетающей в себе традиционную терапию, низкоинтенсивное лазерное излучение и применение препарата Тамсулозин. При этом значительно сокращаются сроки пребывания пациента на стационарном лечении, что в свою очередь свидетельствует о выраженном лечебном эффекте данного комплексного подхода и что без сомнения имеет высокий экономический эффект от проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смит Д. и др. Урология по Дональду Смигу. — М.: Практика, 2005. — 819 с.
2. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. — СПб.: Медицина, 2000. — 376 с.
3. *Whithfield H.N.* The management of ureteric stones // *Br. J. Urol. Int.* — Part II; Therapy. — 1999. — № 84. — P. 916-917.
4. *Sander W.B., Bajor G.* Beta-blocking agent facilitating the spontaneous passage of ureteral stones // *Urol. Nephrol. Int.* — 1990. — P. 22-33.
5. *Cooper J.T., Stack G.M. and Cooper T.P.* Intencieve medical management of ureteral calculi // *Urology.* — 2000.
6. *Porpiglia F, Destefanis P, Fiori C, and Fontana D.* Effectiveness of nifedipine and defiasacort in the management of distal ureteral stones // *Urology.* — 2000.
7. *Borghi L., Meschi T., Amato F., Novarini A., Giannini A., Quarantelli C et al.* Nifedipine and methylprednisolone in facilitating ureteral stone passage: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *J. Urol. (Baltimore).* — 1994.
8. *Wilde M.I. and McTravish D.* Tamsulosin. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in the management of symptomatic benign prostatic hyperplasia // *Drugs.* — 1996. — P. 883-898.
9. *Sigala S., Dellabella M., Milanese G. et al.* Alpfa1 adrenoreceptor subtypes in men
10. Juxtavesical ureters: molecular and pharmacological characterization // *Eur. Urol. Suppl.* — 2004. — №3. — P. 465-468.

**COMPRISING OF CONSERVATIVE LITHOKINETIC-THERAPY
METHODS IN PATIENTS SUFFERING UROLITHIASIS**

M.I. Barabash, P.I. Motin, V.V. Fedchenkov, S.S. Khodenkov

Department of Urology and Operative Nephrology
PFUR Clinical Hospital № 29
Hospital sq., 2, 111020 Moscow, Russia

The results of our investigation demonstrated: frequency of stone excretion on urination in patients undergoing basic therapy was 75,5%, undergoing basic therapy and tamsulosin-therapy was 83,4%, undergoing basic therapy and laser-therapy was 78,8%, and undergoing basic therapy, tamsulosin-therapy, laser-therapy was 90,7%. The last combination has maximal therapeutic effect because of subsiding of main pathogenic processes.