



Лечение камней нижней трети мочеточника – все еще остаются вопросы?

Практически половину всех больных, обращающихся за урологической помощью, составляют пациенты с уролитиазом. Лечение этого заболевания требует серьезных знаний о современных методах диагностики и удаления камней. Эти и другие проблемы обсуждались ведущими российскими урологами в ходе круглого стола «Лечение камней нижней трети мочеточника – все еще остаются вопросы?», организованном компанией «Эгис» в рамках Пленума Российского общества урологов в Кисловодске.

В начале заседания профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.З. ВИНАРОВ предложил разобрать некоторые типичные клинические случаи и выслушать мнения профессоров о том, как бы они поступили в тех или иных обстоятельствах. Он привел следующий пример: больная Э., 29 лет, жалобы на резь, жжение при мочеиспускании, частое мочеиспускание малыми порциями. За неделю до госпитализации был приступ острой боли в пояснице справа, который прошел самостоятельно. За три дня до обращения в стационар у пациентки был приступ боли в правой паховой области с присоеди-



Профессор А.З. Винаров

ем дизурии, температура тела не повышалась. Один из первых выводов, к которому пришли участники круглого стола, заключался в необходимости применения наиболее постоянного и точного метода диагностики мочекаменной болезни в целом и камней мочеточника в частности – компьютерной томографии, которая позволяет не только выявить, есть ли камень, но и точно определить его плотность. В данном клиническом случае на компьютерной томографии был обнаружен камень нижней трети правого мочеточника 6 × 7 мм, плотность 900, расширения мочевых путей нет. Профессора сошлись во мнении, что пациентке следует назначить терапию альфа-адреноблокаторами. Действительно, больная получала тамсулозин (Тулозин) по 0,4 мг в сутки. Камень вышел через 5 дней. Вопросы рационального выбора терапии при мочекаменной болезни, преимуществ и недостатков существующих методов лечения участники продолжили обсуждать в своих выступлениях.

Тамсулозин и другие альфа-адреноблокаторы

В.В. ДУТОВ (д.м.н., профессор кафедры урологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) подчеркнул, что выбор лечебной тактики при обнаружении конкрементов в мочеточнике зависит от размера, локализации, объема, состава камня, уровня и длительности обструкции, а также от того, есть ли у пациента инфекция мочевой системы, и других факторов. Современные подходы к лечению камней мочеточника включают: наблюдение и медикаментозную терапию; дистанционную литотрипсию (ДЛТ); контактную



Круглый стол компании «Эгис»



Профессор В.В. Дутов

уретеролитотрипсию (КУЛТ); открытые и лапароскопические вмешательства.

Медикаментозная экспульсивная терапия – терапевтическое воздействие, применяемое на протяжении наблюдательного периода, а также после проведения дистанционной литотрипсии, уретеролитотрипсии и уретеролитотомии для отхождения камней и их фрагментов. Профессор Дутов подробно остановился на новых возможностях и перспективах применения альфа-адреноблокаторов. Как известно, максимальное количество альфа-адренорецепторов находится в нижней трети мочеточника. Альфа-блокаторы выступают в качестве антагонистов альфа-1-адренорецепторов, и их применение ведет к релаксации гладкой мускулатуры мочеточника, что

Применение альфа-адреноблокаторов дает новые возможности и перспективы. Как известно, максимальное количество альфа-адренорецепторов находится в нижней трети мочеточника. Альфа-блокаторы выступают в качестве антагонистов альфа-1-адренорецепторов, и их применение ведет к релаксации гладкой мускулатуры мочеточника, что способствует отхождению камней.

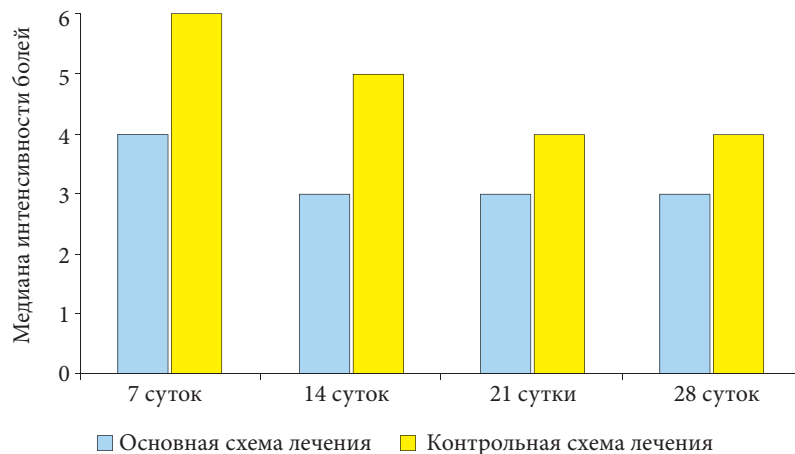


Рис. 1. Сравнительная оценка интенсивности боли на фоне применения двух схем лечения

способствует отхождению камней. Предполагаемый механизм действия альфа-1-адреноблокаторов:

- уменьшение частоты перистальтических сокращений;
- снижение базального давления;
- снижение перистальтического давления;
- увеличение болюсного объема мочи;
- увеличение градиента давления вокруг камня.

Уже проведено немало исследований, которые показали, что альфа-блокаторы эффективны как в монотерапии, так и в комбинации с глюкокортикоидами. В клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено исследование препарата из группы альфа-блокаторов Тулозина (тамсулозин). Цель исследования заключалась в оценке эффективности и безопасности применения альфа-блокаторов в комплексном лечении пациентов с камнями мочеточника. Пациенты были рандомизированы в две группы: основную (n = 60) и контрольную (n = 58). Основная группа кроме стандартной терапии и водной нагрузки получала тамсулозин (400 мкг 1 раз в сутки), контрольная группа – только стандартную терапию и водную нагрузку. Срок наблюдения за больными составил 28 суток. У пациентов из основной группы по сравнению с контрольной оказалась выше вероятность и меньше сроки отхождения камней. Частота развития воспалительных осложнений на фоне лечения была сопоставима в обеих группах. Интенсивность боли измерялась еженедельно, отмечено, что пациенты основной группы испытывали болевые ощущения в меньшей степени (рис. 1).

Профессор Дутов сообщил, что у пациентов основной группы (получавших Тулозин) вероятность миграции камней в дистальный отдел оказалась выше, чем в контрольной группе, что свидетельствует о снижении вероятности осложнений, которые часто вызывают камни верхней трети мочеточника.



Достоинства и недостатки ДЛТ и КУЛТ

Далее речь на круглом столе шла о преимуществах и недостатках методов дистанционной и контактной литотрипсии. Участники подчеркивали, что предпочтение того или иного метода зависит от самых разных факторов: от положения камня, наличия необходимого оборудования и опыта врачей и, кроме всего прочего, от платежеспособности пациента (поскольку дистанционная литотрипсия в российских условиях в 4 раза дешевле контактной). По мнению профессора кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Н.К. ДЗЕРАНОВА, внедрение технологии ДЛТ способствовало увеличению количества больных с камнями в мочеточниках. Суть технологии заключается в том, чтобы разбить камни на части и тем самым повысить вероятность их спонтанного отхождения. Однако врачи часто ограничиваются простым дроблением камней. Между тем этап отхождения конкрементов в лечении мочекаменной болезни является не менее ответственным, чем сама операция.

Н.К. Дзеранов разделяет мнение, что камни до 6–7 мм в 80% случаев могут отходить спонтанно. Он подчеркнул опасность, связанную с дроблением камней: примерно в 4% случаев при дроблении камней в нижней части мочеточника отмечается атака пиелонефрита, связанная с перемещением фрагментов камня в почку вследствие сократительной активности мочеточников. Профессор Дзеранов отметил, что длительное стояние камня в мочеточнике больного недопустимо, поскольку ведет к разнообразным осложнениям, включая пиелонеф-

Действие препаратов, применяемых для выведения конкрементов, заключается в расслаблении гладкой мускулатуры мочеточника с помощью блокады кальциевых каналов или альфа-1-адренорецепторов. Препаратами выбора являются альфа-блокаторы, из которых чаще других применяется тамсулозин (Тулозин). Литокинетическая терапия альфа-блокаторами также способствует отхождению камней из проксимального отдела мочевых путей.



Профессор Н.К. Дзеранов

рит и нарушение функции почек, кроме того, пациент испытывает сильную боль. Хирургическое вмешательство при длительном стоянии камня становится менее эффективным и успешным.

Профессор Дзеранов сообщил, что недавно закончена большая работа по сравнению медико-экономической эффективности дистанционной и контактной уретеролитотрипсии. Согласно результатам, контактный метод превосходит дистанционный по эффективности удаления камней. Кроме того, при использовании дистанционного метода фактически требуется больше повторных процедур. Однако нельзя забывать о том, что при неудачной КУЛТ камень может мигрировать в почку. В целом эти два метода следует признавать взаимно дополняющими друг друга и обеспечивающими комплексное лечение мочеточников. Трансуретральная эндохирургия в 19,2% случаев позволяет ликвидировать обструктивные осложнения ДЛТ, в то же время ДЛТ в 20,3% случаев дополняет КУЛТ.

С первых дней выявления камня лечение должно быть комплексным с применением медикаментозных препаратов для купирования колики, препаратов литокинетического действия, ангиопротекторов и антиагрегантов, физиотерапевтических методов, бальнеологического минералогического лечения. Профессор Дзеранов указал на значительный опыт применения альфа-блокаторов в лечении мочекаменной болезни. Первые опыты их использования датируются 1970 г., в 1986 г. было установлено, что отхождение камней на фоне альфа-адреноблокаторов происходит значительно быстрее, в два раза сокращаются сроки лечения пациентов. После длительных фармакологи-



Круглый стол компании «Эгис»



Профессор А.Г. Мартов

ческих исследований доказано влияние адренергических и холинергических препаратов на все параметры функций ВМП. При стимуляции альфа-адренорецепторов происходит усиление сократительной активности ВМП, тонуса их стенки, следовательно, усиление и учащение их сокращений, а при стимуляции бета-адренорецепторов достигается обратный эффект.

Профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО А.Г. МАРТОВ в своем докладе остановился на современной контактной уретеролитотрипсии – хорошо известном малоинвазивном способе оперативного лечения камней в нижней трети мочеточника. Эффективность лечения камней нижней трети мочеточника с помощью контактной литотрипсии составляет, по данным профессора Мартова, 90–94%. Показаниями к проведению контактной литотрипсии могут быть противопоказания к ДЛТ, осложнения и неудачи ДЛТ, смещение камня в лоханку для ДЛТ, лечение «каменных дорожек», камни мочеточника размером более 1,5 см, длительно стоящие «на месте» камни мочеточника (> 8 недель), камни почки размером < 2 см.

Использование нового поколения инструментов (фиброоптических ригидных миниуретероскопов, современных экстракторов, видеоинструментов) повысило успешность применения этого метода. Особенно важным новшеством стало использование в уретеролитотрипсии Ho:YAG-лазера. Как отметил профессор Мартов, «существует огромная вариабельность применения этого инструмента для лечения камней мочеточника. Вы можете работать, измельчая камень в пыль, вы можете дробить его на крупные фрагменты, все зависит от выбора мощности и частоты». Нельзя забывать о возможности

Таблица 1. Сравнение ДЛТ и КУЛТ в лечении камней нижней трети мочеточников (по результатам метаанализа)

Показатель	ДЛТ	КУЛТ	Критерий Фишера, р
Среднее время операции	42,6	38,9	> 0,05
Частота отсутствия камней, %	87	96	< 0,01
Частота повторных операций, %	13,7	1,3	< 0,01
Частота дополнительных манипуляций, %	12,8	1,4	< 0,01
Частота осложнений, %	0	4,2	< 0,01
Коэффициент эффективности, %	68,7	92,1	< 0,01

развития интра- и послеоперационных осложнений, правда, вероятность их возникновения невелика. Профессор Мартов представил результаты собственного анализа сравнительных достоинств контактной и дистанционной литотрипсии на основании литературных источников. В большинстве исследований КУЛТ признается более эффективным методом, чем ДЛТ (табл. 1).

Такие результаты объясняются тем, что внедрение ригидных миниуретероскопов и лазерной уретеролитотрипсии привело к значительному снижению частоты осложнений КУЛТ, при КУЛТ ниже лучевая нагрузка на пациента. Однако проведение КУЛТ обычно требует наркоза, а ДЛТ можно выполнять, используя седативные препараты. ДЛТ также эффективна и имеет мало осложнений. Много зависит от размера камней, технического оснащения стационара, опыта врачей. Профессор Мартов также отметил, что после применения КУЛТ или ДЛТ, если в мочеточнике остаются фрагменты камней, рекомендуется назначать альфа-блокаторы, такие как тамсулозин (Тулозин).

Опыт европейских коллег

Профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Н.А. ГРИГОРЬЕВ рассказал об обновленной версии рекомендаций Европейской ассоциации урологов по мочекаменной болезни (2011), согласно которым лечение камней нижней трети мочеточника включает несколько составляющих: купирование боли, наблюдение и консервативную терапию, оперативную терапию (ДУВЛ, уретероскопию, открытую или лапароскопическую операцию).

Первым этапом лечения при почечной колике становится купирование боли. Результаты клинических исследований убедительно доказывают, что нестероидные противовоспалительные препараты



Профессор Н.А. Григорьев

являются эффективными обезболивающими. Ежедневный прием альфа-блокаторов снижает вероятность повторной колики. Если обезболивание не может быть достигнуто лекарственными средствами, то следует выполнить дренирование с использованием мочеточникового стента или чрескожной нефростомии либо удалить конкремент. Что касается наблюдения за пациентами с камнями мочеточника, то, по мнению рабочей группы, в настоящее время получено недостаточно данных о частоте самостоятельного отхождения конкрементов в зависимости от их размера. По европейским данным, 68% камней меньше 5 мм и 47% камней от 5 до 10 мм отходят самостоятельно в течение 31–40 дней. Именно поэтому, если у больного впервые диагностирован конкремент в мочеточнике < 10 мм и отсутствуют показания к активному удалению, можно ограничиться наблюдением за пациентом и регулярным обследованием. Во время наблюдения таким пациентам можно назначать соответствующую лекарственную терапию для облегчения отхождения камней.

«В последнее время появляется все больше данных, подтверждающих, что литокинетическая терапия способствует самостоятельному отхождению конкрементов мочеточника и фрагментов конкрементов после ДУВЛ, а также уменьшению боли», – подчеркнул профессор Григорьев. Действие препаратов, применяемых для выведения конкрементов, заключается в расслаблении гладкой мускулатуры мочеточника с помощью блокады кальциевых каналов или альфа-1-адренорецепторов. Препаратами выбора являются альфа-блокаторы, из которых чаще других применяется тамсулозин (Туло-

зин). Монаотерапия кортикостероидами неэффективна, но в сочетании с альфа-блокаторами они могут способствовать более быстрому отхождению камней. Литокинетическая терапия альфа-блокаторами также способствует отхождению камней из проксимального отдела мочевых путей.

В рекомендациях приведены показания для активного удаления конкрементов. Это постоянная боль (несмотря на адекватное обезболивание), стойкая обструкция, нарушение функции почек. В рекомендациях отмечено, что частота полного избавления от камней при уретеролитотрипсии выше, чем при ДЛТ. Тем не менее КУЛТ сопряжена с более высоким риском развития осложнений, однако в последние годы уровень осложнений после уретроскопии значительно снизился. Большинство урологов после уретроскопии пациентам с повышенным риском развития осложнений устанавливают J-образный стент. Недавно опубликованные результаты свидетельствуют о том, что альфа-блокаторы, такие как тамсулозин, уменьшают неприятную симптоматику, связанную со стентированием мочеточника, таким образом улучшая его переносимость. В целом решение о методе удаления камня, согласно европейским рекомендациям, врач принимает в зависимости от размера камня. Что касается удаления конкрементов с помощью лапароскопической и открытой операций, то их назначают в особых случаях и их не следует сравнивать между собой или с ДЛТ и КУЛТ.

В заключение профессор Григорьев подчеркнул, что в клинических рекомендациях представлены наиболее достоверные данные, однако при выборе тактики лечения в каждом конкретном случае рекомендации не смогут заменить клинический опыт, а могут лишь помочь скорректировать выбор, сделанный с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента.

Итоги круглого стола

Подвел итог дискуссии профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. Сеченова А.З. ВИНАРОВ. Он отметил, что на круглом столе обсуждались разные вопросы, по некоторым удалось прийти к общему мнению, по другим согласие не было достигнуто. Возникла дискуссия, какой величины камни могут отходить самостоятельно, а в каких случаях необходима дистанционная или контактная литотрипсия и какой метод предпочтительней. Согласно общему мнению, особое место в литокинетической терапии занимает терапия альфа-блокаторами, в том числе применение тамсулозина (Тулозина), доказавшего свою эффективность в выведении камней нижней трети мочеточника. 🌐

Подготовил И. Смирнов