

Тамсулозин (Аденорм) при лечении больных с камнями нижней трети мочеточника

Россихин В.В., Хощенко Ю.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Белгородский институт усовершенствования врачей

Мочекаменная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний по частоте распространения, обращению за медицинской помощью и госпитализации в урологический стационар в экстренном порядке [7–10]. Уролитиазом страдают 8–15% населения Европы и Северной Америки [11, 12]. В странах СНГ мочекаменной болезнью, по данным некоторых авторов [7], страдают от 3 до 6% населения.

Широкое повсеместное внедрение в клиническую практику новых минимально инвазивных вмешательств (дистанционная, экстракорпоральная нефро- и уретеролитотрипсия) несколько изменило подход к исторически сложившемуся лечению мочекаменной болезни, увеличив при этом стоимость лечения по сравнению с консервативной терапией [11–13]. Особый интерес для клиницистов представляет проблема лечения больных мочекаменной болезнью с локализацией конкрементов в дистальном отделе мочеточников, который обладает наиболее мощным мышечным слоем и своеобразными топографическими взаимоотношениями [5].

Предлагаемые схемы консервативного лечения данной категории пациентов направлены на купирование боли и фармакологическое воздействие на причину окклюзии конкремента: снятие спазма стенки мочеточника [3, 14], ее отека, что, в свою очередь, способствует литокинезу [20].

Воздействие на гладкую мускулатуру мочеточника очень важно для быстрого изгнания камня, однако традиционная терапия с использованием производных изохинолина (но-шпа, дротаверин) имеет мультисистемные эффекты. По этой причине уменьшение частоты сокращений гладкой мускулатуры в верхних отделах мочеточника провоцирует развитие уростаза и увеличивает срок отхождения конкремента [3]. С другой стороны, низкая селективность воздействия влечет за собой необходимость увеличения дозировок и не всегда приводит к адекватному устранению спазма мускулатуры стенки в нижнем отделе мочеточника [15].

Среди относительно новых лекарственных средств, применяемых как для купирования почечной колики, так и для литокинеза, следует выделить селективные альфа-адренолитики [13–15, 17].

В 2007 году J. Keliogg Parsons из Калифорнийского Университета (г. Сан Диего, США), проанализировавший данные 11 исследований, включавших в общей сложности 911 пациентов отметил: «Пациенты, страдающие от мочевых камней, находящихся в уретере, и принимающие селективные альфа-блокаторы, имеют более высокую вероятность непосредственного прохождения камней, в отличие от больных, не получающих данные препараты».

Результаты метаанализа показали, что пациенты, получившие альфа-блокатор тамсулозин плюс консервативную терапию, имели на 44% большую вероятность отхождения камней, в сравнении с одной консервативной терапией. При этом альфа-блокаторы помогают удалению мочевых камней, предположительно, посредством расслабления гладких мышц мочеточников [16]. К подобному выводу пришли урологи РФ [1], хотя их сообщение вызвало бурную дискуссию [4].

Цель исследования — изучить возможность оптимизации литокинетической терапии при конкрементах, локализующихся в нижней трети мочеточника, альфа1-адренолитиком тамсулозином (Аденорм).

Результаты и их обсуждение

Для исследования были выбраны 98 пациентов в возрасте от 26 до 57 лет с камнями нижней трети мочеточника (на уровне и ниже перекреста мочеточников с подвздошными сосудами). Женщин было 55 (57%), мужчин — 43 (43%).

Основную группу составили 52 пациента, из них — женщин 33, мужчин 19. Контрольную группу — 46 пациентов, в т.ч. — 28 женщин и 18 мужчин.

У 66 больных камни мочеточников были рентгенпозитивны, у 32 — рентгеннегативны. У всех пациентов УЗИ и экскреторная урография фиксировала разной степени уретеропиелозктазию.

В основной группе ни один из пациентов не подвергнулся эндоскопическому лечению, 5-ти больным проводилось оперативное лечение (троим — пиелолитотомия, двоим — уретеролитотомия). Размеры камней (от 0,7 см до 1 см) и состояние уродинамики указывали на вероятность их самостоятельного отхождения более 60% [6]. Перед назначением терапии пациентам проводилось УЗИ с регистрацией выброса мочи из соответствующего устья, что в определенной степени верифицировало состоятельность уродинамики, ибо нередко информация экскреторной урографии (проведенной после приступа почечной колики) не соответствует биохимическим и физиологическим показателям через 3–7 дней [4].

С целью стимуляции литокинеза назначались тамсулозин 0,4 мг (препарат Аденорм, ОАО «Киевский витаминный завод»; ежедневно 1 раз в сутки до отхождения камня), ректальные свечи с диклофенаком натрия (на ночь), пища, богатая клетчаткой, а также обильное питье минеральной воды (Ордана+, Миргородская, Березовская, Кришталева), с дозировкой, обеспечивающей выделение 2–2,5 литров мочи. При появлении боли в области соответствующей половине поясницы и животе рекомендовался прием уролесана и горячая грелка (местно) либо ванны. Лечение проводилось в амбулаторных условиях. Назначение литокинетической терапии проводилось с учетом индивидуальных биоритмов по Агаджаняну-Котельнику с учетом их восходящих фаз [2].

Таблица

Сроки отхождения камней из мочеточника

Дни отхождения конкремента	Пациенты, получавшие в комплексной терапии Аденорм® (n=52)		Пациенты, получавшие традиционную терапию (n=46)	
	Количество человек	%	Количество человек	%
2-5-ый	5	10	2	4
6-10-ый	29	56	2	4
11-16-ый	6	11	8	18
Нет отхождения конкремента	12	23	34	74

Контрольную группу составили 46 пациентов стационара, получавших традиционные спазмолитики и спазмоанальгетики (но-шпа, баралгин), а также противоотечные препараты (диклофенак). Перед выпиской из стационара всем пациентам проводилось контрольное ультразвуковое исследование и по показаниям рентгенологическое. Критериями оценки эффективности проводимого лечения являлись частота самостоятельного отхождения конкрементов и сроки их отхождения.

В основной группе камни мочеточника отошли самостоятельно в сроки 2–5 дней — у 5 больных, 6–10 дней — у 29 человек, 11–16 дней — у 6-ти пациентов (табл.). Таким образом, при назначении Аденорма отхождение камней из мочеточника отмечено у 77% пациентов (40 человек), причем у большинства из них конкременты отошли в сроке 6–10 дней. При использовании традиционной терапии отхождение наблюдалось у 26% (12 человек).

У 4 пациентов (8%) основной группы отмечалась почечная колика (у двоих — однократная и еще у двоих — двукратная), купированная назначением спазмоанальгетиков (баралгин, спазган), ректальных свечей Диклоберл. Двоим больным ввиду выраженности болевого синдрома вводился промедол.

Приступы почечной колики в контрольной группе наблюдались у 11 больных (24%).

У 12 больных основной группы камни не отошли, но у пяти из них отмечался литокинез — камни спустились из юкставезикального в интрамуральный отдел мочеточника. Однако, в этой группе у 4 человек отмечено обострение пиелонефрита, что вызвало необходимость прервать консервативную литокинетическую терапию и провести разгрузочную катетеризацию почечной лоханки.

Препарат Аденорм характеризовался удовлетворительной переносимостью. Этот факт объясняется его низкой токсичностью и высокой селективностью к альфа₁-адренорецепторам. Только у одного пациента из основной группы была отмечена плохая переносимость препарата, проявившаяся в возникновении гастро-интестинального синдрома, связанного с обострением гастродуоденита, что выразилось эпизодами вздутия живота и тошноты после приема препарата. Ни у одного из пациентов не отмечалось гипотензивных реакций.

Заключение

Таким образом, приведенные результаты исследования по оценке терапевтической эффективности препарата Аденорм в комплексном лечении больных с локализацией конкрементов в дистальном отделе мочеточников показали его высокую эффективность. Частота самостоятельного отхождения конкрементов из мочеточников на фоне приема Аденорма составила 77%, тогда как у пациентов, получавших традиционную терапию, — 26%. При этом следует отметить, что на фоне приема Аденорма происходит самостоятельное отхождение конкрементов в среднем на 9–10 день, тогда как на фоне обычной спазмолитической и обезболивающей терапии — на 11–16-й.

Все вышеизложенное позволяет сделать заключение о патогенетически обоснованном и целесообразном назначении препарата Аденорм у данной категории пациентов.

Литература

1. Авдошин В.П., Андрюхин М.И., Барабаиш М.И., Таскинен Ю.И., Ольшанская Е.В., Мотин П.И., Хайдар М. Клиническое и фармакоэкономическое обоснование применения тамсулозина при лечении больных с камнями нижней трети мочеточника. — *Урология*. — 2005. — №4. — С. 36–39.
2. Агаджанян НА, Горшков М.М., Котельник Л.А., Шевченко Ю.В. Ваша работоспособность сегодня. — М.: Наука. — 1990. — 224 с.
3. Акиншевич И.Ю., Поспелов С.В. Застосування альфа₁-адреноблокаторів для лікування сечокам'яної хвороби. — *Урологія*. — 2002. — №4. — С. 43–47.
4. Акиншевич И.Ю. Альфа-адреноблокаторы как литокинегетики: мифы и реальность. — *Урология*. — №4, — 2006. — С. 55–57.
5. Андреева В.О., Сегал А.А. и др. Анатомия мочеполовой системы. — С-Пб.: Аврора. — 2002. — 184 с.
6. Россихин В.В. Информационно-поисковая система диагностики, прогнозирования и лечения уретеролитиаза (камни мочеточников). Автореферат на соиск. учен. степени канд. мед. наук. — Киев. — 1980. — 19 с.
7. Тиктинский О.П., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. — СПб, — 2000.
8. Miller O.F., Kane C.J. Time to stone passage for observed ureteral calculi: a guide for patient education. — *J. Urol. (Baltimore)*. — 1999. — Vol.162. — P. 688.
9. Ueno A., Kawamura I, Ogawa A., Iakayasy H. Relation of spontaneous passage of ureteral calculi to size. *Urology*. — 1977. — №10. — P. 544.
10. Kinder R.B., Osborn D.E., Flynn J.T., Smart J.G. Ureteroscopy and ureteric calculi; how useful? *Br. J. Urol.* — 1987. — Vol. 60. — P. 506.
11. Whithfield H.N. The management of ureteric stones. Part III therapy. *Br. J. Urol. Int.* — 1999. — Vol. 84. — P. 916.
12. Sander W.B., Bajor G. Beta-blocking ageni facilitating the spontaneous passage of ureteral stones. *Int. Urol. Nephrol.* — 1990, — Vol. 22. — P. 33.

Полный перечень литературы — в редакции.

Росихин В. В., Хощенко Ю.А.

Тамсулозин (Аденорм) при лікуванні хворих з каменями нижньої третини сечоводу

У дослідженні вивчена можливість оптимізації літокінетичної терапії при конкрементах, що локалізуються в нижній третині сечоводу, альфа1-адренолітиком тамсулозином (Аденорм). Результати дослідження за участі 98 пацієнтів з оцінки терапевтичної ефективності препарату Аденорм в комплексному лікуванні хворих з локалізацією конкрементів в дистальному відділі сечоводів показали його високу ефективність. Частота самостійного відходження конкрементів з сечоводів на фоні прийому Аденорму склала 77% в середньому на 9–10-й день, у пацієнтів, які отримували традиційну терапію, — 26% на 11–16-й день. Прийом Аденорму у цієї категорії пацієнтів патогенетично обґрунтований і доцільний.

Ключові слова: конкременти сечоводу, альфа-адренолітики, тамсулозин, Аденорм.

Rossikhin V., Khoschenko Y.

Tamsulosin (Adenorm) in treatment of patients with distal ureteral calculus

The study explored the possibility of lithokinetic therapy optimization in calculus localized in the lower third of the ureter with alfa1-adrenergic blocking agent tamsulosin (Adenorm). The study involving 98 patients to assess the therapeutic efficacy of Adenorm in treatment of patients with calculus localized in the distal ureter showed its high efficiency. Frequency of self-discharge of ureteral calculus on the Adenorm intake was 77% on average on the 9–10th day, in patients receiving traditional therapy — 26% on 11–16th day. Adenorm administration in this category of patients is pathogenetically grounded and reasonable.

Key words: ureteral calculus, alfa-adrenergic blocking agents, tamsulosin, Adenorm.