

Нефролитиаз у больных подагрой и показания к назначению цитратных смесей

Ф.М. Кудеева, В.Г. Барскова

ГУ институт ревматологии РАМН, Москва

Поражение почек при нарушении пуринового обмена может быть представлено несколькими вариантами, а также (и чаще всего) их естественным сочетанием. Уже не вызывает сомнения существование собственно уратной нефропатии. В частности, повреждающее действие гиперурикемии (ГУ) на почки доказано в эксперименте, поэтому даже при «бессимптомной» ГУ, т. е. в отсутствие подагрического артрита, не исключается возможность развития нефропатии, связанной с избытком уратов и проявляющейся в быстром развитии гипертрофии клубочка [1, 2]. Издавна известно специфическое для подагры поражение почек, когда, помимо нефротоксического действия ГУ, происходит отложение кристаллов моноурата натрия (МУН) и развитие вялотекущего воспаления в почечной ткани.

Наконец, нельзя не сказать о таком частом поражении почек, как уролитиаз, выявляющийся, по данным различных авторов, в 20–70% случаев (в зависимости от методов диагностики). Так, по нашим данным, клинически выраженный уролитиаз с наличием почечной колики выявляется лишь у 5–7% больных [3]. Применение УЗИ почек повышает количество таких больных до 70%. Так или иначе, уролитиаз при подагре выявляется в сотни раз чаще, чем у больных без подагры, и зачастую (в 40% наблюдений) предшествует суставным проявлениям болезни [4].

Для формирования конкремента необходима основа — белково-мукополисахаридная матрица камня, вырабатываемая почкой. Причиной ее образования могут являться обменные нарушения в дистальных отделах нефрона, выделение малорастворимых соединений (в частности, кетоформа мочевой кислоты — МК — при пуриновом кризе), расстройств почечной гемодинамики.

Задержка такой матрицы под влиянием расстройств уродинамики делает ее своеобразным ядром кристаллизации, способствуя образованию микролита, а затем — постепенно увеличивающегося конкремента.

По минеральному составу большинство конкрементов смешанные, однако, как правило, какой-либо из видов солей преобладает. С этим тесно связана реакция мочи в период кристаллизации. Так, для оксалатов характерна кислая моча, для уратов — резко кислая, для фосфатов — резко щелочная. Наиболее медленно формируются оксалатные камни, быстрее — уратные.

В силу функциональных особенностей системы мочевыводящих путей, по которым непрерывно и быстро течет моча, образующийся песок и свободные мелкие конкременты не задерживаются в чашечно-лоханочной системе и самостоятельно отходят с мочой. Исключение составляют так называемые бляшки Рандала — конкременты, фиксирован-

ные к почечному сосочку, которые долго могут задерживаться в почечных чашках, не проявляясь ни клинически, ни лабораторно. Единственным их признаком могут служить мелкие гиперэхогенные участки в чашках, порой без акустической «дорожки» при УЗИ [5].

По нашим данным, частота нефролитиаза, выявляемого при УЗИ, у пациентов, находившихся на стационарном лечении в Институте ревматологии РАМН, была достаточно высокой — 68,7%. При этом у трети из них УЗИ-признаками были указанные выше мелкие гиперэхогенные участки в чашках без акустической «дорожки» [3].

Практически у всех больных подагрой выявляются факторы, способствующие образованию почечных конкрементов: алиментарный фактор, хроническая гиперурикемия, гиперурикозурия, особенно в начале болезни, постоянно низкий в связи с этим рН мочи, нарушения внутрипочечного кровообращения, артериальная гипертензия, почечная недостаточность, обструктивные процессы нижних мочевых путей у пожилых мужчин, обуславливающие замедление уродинамики.

Проблема консервативного лечения нефролитиаза остается актуальной, несмотря на существование малоинвазивных методов удаления конкрементов почек.

Для растворения уратных и уратно-оксалатных мочевых камней применяют цитратные смеси, которые способствуют защелачиванию мочи и рассасыванию камней. Это имеет значение как у больных, принимающих урикозурики, способствующие уролитиазу, так и у больных, получающих аллопуринол, у которых необходима профилактика ксантинового нефролитиаза.

В настоящее время единственной доступной цитратной смесью в России, оказывающей нефролитолитическое действие, является **блемарен**. Механизм действия блемарена основан на нейтрализации кислой реакции мочи и поддержании нейтральной реакции мочи, в результате чего значительно повышается растворимость солей МК и увеличивается экскреция калия. Если значение рН мочи длительно поддерживается в пределах 6,2–7,0, происходит растворение мочекислых камней и предупреждение их образования. Кроме того, прием препарата препятствует формированию мочекислооксалатных и кальцийоксалатных камней, улучшая растворимость в моче кальция оксалата. Побочные эффекты при приеме блемарена развиваются редко и в случае начальной стадии почечной недостаточности коррекции дозы препарата не требуется. Таким образом, применение блемарена у больных подагрой полностью оправдано как при наличии нефролитиаза, так и для профилактики камнеобразования при гиперурикемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stavric B., Johnson W.J., Grist H.C. Uric acid nephropathy: An experimental model. Proc Soc Exp Med 1969; 130: P. 512–6.
2. Балкаров И.М. Терапевтические аспекты уратной нефропатии. Практикующий врач 1996;

2: 31–5.
3. Кудеева Ф.М. Функциональное состояние почек при подагре. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: 2006; 23 с.
4. Wyngaarden J.B., Kelley W.N., eds. Gout and

Hyperuricemia. London: Grune & Stratton 1976; 233–52.

5. Борисов В.В., Дзеранов Н.К. Консервативная литокINETическая терапия камней почек и мочеточников. М.: Оверлей 2006; 56: ил.