

*Мурзалиев А.Д.*

**БӨГӨЛГӨН УРОПАТИЯДАГЫ ЭКСТРАКОРПОРАЦИЯЛЫК  
ФАРМАКАЛОГИЯЛЫК ДААРЫЛОО**

*Мурзалиев А.Д.*

**ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ  
УРОПАТИЯХ**

*A.D. Murzaliyev*

**EXTRACORPOREAL PHARMACOTHERAPY WITH OBSTRUCTIVE UROPATHY**

УДК: 617.586.02.616.379-008

*Бүгүнкү күнү медицинанын өсүшүнө карабай инфекциялык күчөөдө антибиотиктер негизги ыкма болууда. Заар тааш оорусун даарылоодо антибиотикти кандын кичине көлөмү менен кую ыкмасы колдонулду, ошондо контролдук топко караганда жакшы натыйжа алынды.*

***Негизги сөздөр:** заар тааш оорусу, пиелонефрит, антибиотикалык даарылоо.*

*Несмотря на развитие медицины на сегодняшний день основным методом лечения инфекционных осложнений остаются антибиотики. При мочекаменной болезни использован, метод введения антибиотиков с малыми объемами крови, где получены положительные результаты по сравнению с контрольной группой.*

***Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, пиелонефрит, антибиотикотерапия.*

*Despite the development of medicine today the main method of treatment of infectious complications remains antibiotics. Urolithiasis used, the method of administration with small volumes of blood, where positive results compared to the control group*

***Key words:** urolithiasis, pyelonephritis, antibiotic therapy*

**Введение.** Одним из способов создания высоких концентраций антибиотиков в крови является введение его малыми объемами. Метод низко токсичен, так как вводится половина суточной дозы препарата. Часто причиной тяжелых эндотоксикозов является мочекаменная болезнь (МКБ), которая относится к числу распространенных заболеваний, приводящих к длительной и временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности. Последние годы отмечается рост заболеваемости и увеличение числа больных с осложненными формами. (Л.А. Досаева и соавт. 2004; Жолдошбеков Е.Ж. 2013)

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено за 141 больными, которые были госпитализированы с мочекаменной болезнью. Из них мужчин было 75 (53,2%), а женщин 66 (46,8%).

Основной возрастной пик госпитализаций приходилась на 51–60 лет (88 больных).

Проведен анализ клинической картины, который не всегда зависела от размера камня и его локализации, а имела значение степень нарушения оттока мочи. У всех больных на первый план выступал болевой синдром, повышение температуры тела, нарастал лейкоцитоз. Стаз мочи и присоединившаяся инфекция приводили к развитию острого пиелонефрита. Озноб, повышение температуры тела наблюдалась у большинства поступивших. Тошнота и рвота отмечались у 43 (30,5%) пациентов, что служило признаком интоксикации.

Комплексное обследование (компьютерная томография, УЗИ, экскреторная урография, биохимические анализы крови, анализы мочи) больных с МКБ позволяло точно определить локализацию, размеры, конфигурацию камня, дилатацию чашечно-лоханочной системы, функциональное состояние почек, стадию восстановительного процесса, степень тяжести воспалительного процесса.

**Результаты и обсуждение.** Изучая клинические проявления мы составили семиотику больных с МКБ осложненным острым пиелонефритом, Из 141 больных с осложненной МКБ у 104 была односторонняя, а у 37 - двухсторонняя локализация конкрементов. У 36 пациентов выявлены гидронефротические изменения со стороны почек вследствие длительного нарушения пассажа мочи.

У 2 (1,4%) пациентов была МКБ единственной почки. Следует отметить, что им обоим ранее произведена нефрэктомия по поводу МКБ, осложненной гидронефрозом. Это были наиболее тяжелые больные среди всех поступивших с МКБ.

При анализе локализации конкрементов было установлено, что камень мочеточника выявлен у 56 (39,7%) и мочевого пузыря у 6 (4,2%).

**Таблица 1. Семиотика больных с МКБ, осложненным острым пиелонефритом (n-141)**

Семиотика	Всего больных	
	абс. число	%
Боль в поясничной области	141	100,0
Боль в подвздошной области	74	52,5
Боль в области живота	47	33,3
Тошнота	32	22,7
Рвота	11	7,8
Повышение температуры	121	85,8
Дизурия	107	75,8
Гематурия	112	79,4
Ознобы	89	63,1
Положительный симптом поколачивания по XII ребру	141	100,0

У 17 (12,0%) пациентов обнаружены коралловидные камни, которые имели сложную форму строения, во всех случаях были осложнены гидронефрозом, нефросклерозом, пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью.

У 44 (31,2%) больных выявлена хроническая почечная недостаточность. Из анамнеза больных выявлено, что практически МКБ они страдают от 3 до 12 лет с периодами обострения и ремиссии. Радикальных методов лечения не проводилось. Учитывая выраженный болевой синдром, в первую очередь назначали спазмолитики и спазмоанальгетики. Они способствовали улучшению отхождения конкрементов. Чаще использовали нош-пу, спазмалгон, платифиллин и т.д.

**Таблица 2. Локализация конкрементов при МКБ**

Локализация и характер осложнений	Количество больных	
	абс. число	%
Камень почки	24	17,0
Камень мочеточника	56	39,7
Камень мочевого пузыря	6	4,2
МКБ осложненная гидронефрозом	36	25,5
МКБ единственной почки	2	1,4
Коралловидный камень	17	12,0
Всего	141	100,0

Тактиральную и противовоспалительную терапию. Чаще использовали антибиотики цефалоспоринового ряда. Назначались они у больных при сохранении пассажа мочи. Это лечение получали 53 больных, они составили контрольную группу.

Учитывая тяжесть больных, интоксикацию у 88 пациентов использовали антибиотикотерапию с малыми объемами крови и внутривенную озонотерапию. Озонированный раствор вводили после операции в количестве 400-600 мл с концентрацией озона 3-4 мкг/мл на протяжении 5-6 дней, в зависимости от динамики течения заболевания.

Согласно литературным данным озонированные растворы обладают бактерицидным, иммуномодулирующим, дезинтоксикационным, антиоксидантным действием. Работами Р. Асылбашева (2005) доказано, что оптимальной концентрацией озона для внутривенного введения является 3-4 мкг/мл, а для местного - 8-10 мкг/мл.

Антибиотики с малыми объемами крови удерживают высокую концентрацию более длительное время. Это положение нашло отражение в работах ряда исследователей (Д.А. Швецов 1996).

Из антибиотиков использовали цефалоспорины II-III поколения, так как большинство возбудителей были чувствительны к этому препарату. Мы остановились на этом методе введения антибиотиков, так как ряд исследователей утверждают, что при таком введении терапевтическая концентрация антибиотиков сохраняется на протяжении суток, поэтому однократного введения достаточно.

После стабилизации общего состояния больных, выполняли оперативное лечение, при котором соблюдался органосохраняющий принцип.

При рассмотрении клинических показателей было отмечено, что больные контрольной группы более длительное время находились на стационарном лечении. Исчезновение болевого синдрома, нормализация температуры тела и содержание лейкоцитов наступало на 3-4 сутки позже в сравнении с основной группой, а послеоперационные осложнения составили 11,5%.

**Таблица 3. Основные клинические показатели больных осложненной МКБ основной группы**

Показатели	M±t
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,2±0,37
Улучшение общего состояния, сутки	3,8±0,13
Нормализация температуры тела, сутки	4,6±0,17
Нормализация лейкоцитов в крови, сутки	4,7±0,19
Послеоперационные осложнения, %	7,9%
Проведено койкодней	12,7±0,97

При анализе клинических показателей больных основной группы с осложненной МКБ болевого синдрома исчезал на 3-4 сутки, нормализация количества лейкоцитов наступала на 5-6 сутки и нормализация температуры - на 4-5 сутки.

При использовании программированного лечения с включением озонированных растворов и антибиотиков с малыми дозами крови ведет к быстрому ликвидации эндотоксикоза и коррекции

нарушенных функций по сравнению с контрольной группой больных.

**Литература.**

1. Асылбашев Р.Б. Программированное лечение гнойных ран Автореф. дисс. На соиск.уч.степ. к.м.н. -Бишкек. 2005.-21 с.
2. Досаева Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни [Текст] / Л.А. Досаева, С.Н. Шатохина, Е.М. Шилов // Клин. мед. - 2004. - № 1. - С. 21-27.
3. Жолдошбеков Е.Ж. Совершенствование диагностики, лечения и профилактики гнойных осложнений синдрома диабетической стопы. -Бишкек.-Автореф.дисс. на соиск. уч. степени.д.м.н. -Бишкек.-2013. -24 с.
4. Швецов Д.А. Направленный транспорт антибиотиков в лечении острых неспецифических воспалительных заболеваний легких и плевры: Автореф. дисс. канд. мед. наук.-Караганда. 1996.-22 с.

**Рецензент: д.м.н., профессор Канаев Р.А.**

---