

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Е.Ж.

ОЗОН ДААРЫЛООСУ УРОЛОГИЯДА

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Е.Ж.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ

A.D. Murzaliyev, E.Zh. Zholdoshbekov

OZONE THERAPY IN UROLOGY

УДК: 617.586.02.616.379-009

Өткүр пиелонефрит менен ооруган 66 бейтаптын эндотоксикациялык маркерлери дарылоонун негизинде өзгөрүүсү изилденген. Озон дарылоосун алгандардын иммунологиялык жана клиникалык көрсөткүчтөрү батыраак жакшы болгону аныкталды.

Негизги сөздөр: пиелонефрит, эндотоксемия озон даарылоосу.

Определена маркеры эндотоксикоза для контроля эффективности проводимых методов лечения у 66 больных с острым пиелонефритом. При этом получены положительные результаты у больных получавших внутривенную озонотерапию.

Ключевые слова: пиелонефрит, эндотоксикоз, озонотерапия.

Defined markers of endotoxemia for monitoring the effectiveness of detoxification therapy in 66 patients with acute pyelonephritis. At the same positive results in the study group that received intravenous ozone therapy.

Key words: pyelonephritis, endotoxemia, ozone therapy

Введение. В течение многих десятилетий общепризнанным методом лечения гнойного пиелонефрита являлось открытое оперативное вмешательство, которое заключалось в нефростомии, ревизии почки, декапсуляции, рассечении и иссечении карбункулов, вскрытии и дренировании абсцессов, малоинвазивные методы на основе дифференцированного подхода и выполнения нефрэктомии в 20-40% случаев (Л.А. Синякова, 2002; О.Б. Лоран и соавт. 2008).

При возникновении гнойно-воспалительных осложнений всегда имеет место эндотоксикоз, существенно влияющий на исход заболевания, поэтому как только установлена патология, необходимо оценить степень тяжести эндотоксикоза и с его учетом выполнять лечение. Выход в кровь больных острым деструктивным пиелонефритом токсинов из почечной ткани может служить одной из основных составляющих в усилении экзотоксикоза в крови больных. В условиях эндогенной интоксикации происходит расстройство всех видов обмена, детоксицирующие системы не в состоянии «справиться» с выведением токсических продуктов (И.Н. Лейдерман, 1999; В.М. Синохин и соавт., 2002; Р.А. Валиев, 2005).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 66 пациентов, которые были госпитализированы и получали лечение по поводу острого пиелонефрита. Наряду с общеклиническими методами проведено исследование и маркеров эндотоксикоза (МСМ, ПОЛ, ЛИИ)

У 66 (46,8%) пациентов диагностирован первичный пиелонефрит, из них у 19 (13,4%) выявлен нефроптоз 2-3 степени.

Острый двухсторонний пиелонефрит установлен у 19 (13,4%). В большинстве случаев острый пиелонефрит протекал как тяжелое острое инфекционное заболевание, сопровождающееся выраженной интоксикацией.

Практически у всех больных клинически на первый план выступал интоксикационный синдром, при этом больные жаловались на высокую температуру, озноб, общую слабость, обильный пот, боли во всем теле, боли в поясничной области, тошноту, рвоту, недомогание. В общем анализе крови имел место высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ и ЛИИ.

В общем анализе мочи отмечалась протеинурия, микрогематурия (свежие эритроциты), единичные цилиндры, пиурия и бактериурия. Сразу же порции мочи были отправлены на бактериологический посев для определения вида микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

При УЗИ оценивали размеры и подвижность почек, размеры паренхимы, наличие и степень дилатации чашечно-лоханочной системы. Для дифференциальной диагностики использовали обзорную рентгенограмму и экскреторную урографию.

Результаты и обсуждения. В септическом состоянии госпитализированы 10 (15,1%) больных т.к. у них преобладали симптомы уросепсиса. У 3-х из них (4,5%) выявлена гепатоспленомегалия. Это были больные с абсцессами почки, карбункулом почки и пиелонефрозом. Для уточнения диагноза уросепсиса у этих пациентов неоднократно исследовали кровь на стерильность. Однако выделить микрофлору не всегда удавалось, но учитывая клинику заболевания лечение проводили как больным с уросепсисом. В результате обследования выявлена была патология, которая дана в таблице 1.

Таблица 1. Острый первичный пиелонефрит и заболевания, осложненные пиелонефритом (n-66)

Патология	Количество больных	
	абс. число	%
Острый пиелонефрит	37	56,1
Острый пиелонефрит беременных	4	6,1
Острый пиелонефрит единственной почки	2	3,0
Нефроптоз, осложненный пиелонефритом	13	19,7
Пионефроз	3	4,5
Карбункул почек	5	7,6
Абсцесс почек	2	3,0
Всего	66	100,0

При поступлении сразу же у больных с выраженной интоксикацией проводили введение реополиглюкина, гемодеза. Переливали солевые растворы, 5-10% растворы глюкозы с аскорбиновой кислотой, свежемороженную плазму, белковые препараты, 2,4% раствор эуфилина и фуросемид. Общий объем инфузии составлял 2,5-3 литров в сутки. Из противовоспалительных средств в первые 8-9 дней назначали ингибиторы протеолиза - аминокaproную кислоту по 100 мл в сутки или контрикал ежедневно по 10-20 тыс. ед. внутривенно капельно на 200-500 мл. изотонического раствора хлорида натрия. Из жаропонижающих средств назначали салицилаты, нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, анальгин, амидопирин и т.д.), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил). При изучении маркеров эндотоксикоза получили следующую картину (Табл. 2)

Таблица 2. Динамика показателей эндотоксикоза у больных с острым пиелонефритом (основная группа, n-44)

Показатели	Сутки от начала лечения			При выписке M4±m4	Норма M5±m5
	при поступлении M1±m1	2-3 сутки M2±m2	5-7 сутки M3±m3		
МСМ усл. ед.	0,290 ± 0,007	0,312 ± 0,006	0,248 ± 0,004	0,241 ± 0,003	0,239 ± 0,001
P	M1-M5<0,01	M1-M3>0,05	M4-M5<0,05		
ПОЛ инт. быстрой вспышки, квант/с 4Пи	18,4 ± 0,14	17,4 ± 0,27	15,5 ± 0,64	13,8 ± 0,13	12,4 ± 0,12
P	M1-M5<0,001	M1-M3 <0,05	M4-M5 >0,05		
ПОЛ инт. медленной вспышки, квант/с 4Пи	6,3 ± 0,12	6,9 ± 0,09	7,6 ± 0,27	7,8 ± 0,11	8,3 ± 0,72
P	M1-M5<	M1-M3 <0,05	M4-M5 >0,05		
ЛИИ	4,3 ± 0,02	3,7 ± 0,05	2,9 ± 0,04	1,5 ± 0,06	0,9 ± 0,01
P	M1-M5<0,001	M1-M3 <0,01	M4-M5<0,05		

С целью стабилизации проницаемости клеточных мембран и капилляров назначали рутин по 0,05 2-3 р. в день. Для улучшения микроциркуляции использовали пентоксифиллин (трентал).

При выборе антибиотикотерапии учитывали реакцию мочи, нефротоксичность препарата, особенности возбудителя.

При поступлении больных назначали антибиотики широкого спектра действия и эффективные при любой реакции мочи (левомифидин в сочетании с фурагином, ампицилин, цефомидин). При низкой эффективности и утяжеления больного антибиотики вводили внутривенно и внутримышечно: коррекцию антибиотикотерапии проводили после получения результатов бактериологического исследования мочи.

Этот объем лечения получали 22 больных с пиелонефритом – это традиционное лечение, а у 44 помимо традиционной терапии включали, местную (у оперированных) и общую 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. 10 больным проведены различные виды операций.

Масса средних молекул основной группы больных к 5-7 суткам приближается к норме и к моменту выписки достигала нормы. ПОЛ в процессе лечения, как показатель интенсивной, так и медленной вспышки к выписке достигало нормы, что существенно опережало показатели контрольной группы.

Таблица 3. Основные клинические показатели у больных с первичным пиелонефритом контрольной и основной группы

Показатели	M ±m (осн. группа)	M ±m (контр. группа)
Исчезновение болевого синдрома	3,4±0,92	4,1±0,97
Улучшение общего состояния	3,8±0,73	4,8±0,19
Нормализация температуры, в сутках	3,6±2,2	4,3±1,11
Нормализация лейкоцитов, в сутках	6,3±1,5	8,2±0,31
Послеоперационные осложнения (%)	1,5%	4,5%
Проведено койко-дней	10,4±1,4	14,5±1,12

Клиническое улучшение больных, в основной группе больных наблюдалось на 4-5 сутки. Это выражалось в снижении температуры тела, прекращении болей, улучшении общего самочувствия, а улучшение в показателях анализов крови и мочи наблюдались только на 5-6 сутки. В среднем пребывание больных в стационаре составило 10,4 ±1,4 койко-дня.

Выводы. У большинства больных с первичным пиелонефритом преобладают проявления синдрома системной воспалительной реакции (боль, высокая температура, тахикардия, лейкоцитоз)

Положительные клинические и биохимические показатели чаще наблюдались у больных основной группы, которая наряду с традиционной терапией получали внутривенную озонотерапию.

Литература.

1. Валиев Р.А. Диагностика эндогенной интоксикации у детей с острой и хронической почечной недостаточностью [Текст] / Р.А.Валиев, А.М.Шарипов // Урология. – 2005. - № 6. - С. 41-42.
2. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Метаболические основы [Текст] / И.Н. Лейдерман//Вестн. интенсив. тер.– 1999.- №2.– С. 23-26.
3. Лоран О.Б. Функциональное состояние почек у больных , перенесших гнойный пиелонефрит [Текст] / О.Б. Лоран, Л.А. Сиянова, Е.В. Берников //Урология. – 2008. - № 5. - С. 3-7.
4. Сиянова Л.А. Гнойный пиелонефрит: диагностика и особенности клинического течения [Текст] / Л.А. Сиянова // Урология. – 2002. - № 5. - С. 68-70.
5. Синухин В.Н. Цитокины в диагностике осложненных форм пиелонефрита / Под ред. Лопаткина Н.А. Интерпретация результатов лабораторных методов диагностики урологических заболеваний: Сборник научных трудов [Текст] / В.Н. Синухин, Л.А. Ходырева, Н.В. Чирун. - М., 2002. - Т. 3. – С. 135-138.

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