

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Э.Ж.

УРОЛОГИЯЛЫК ЖАКТАН ООРУГА КАБЫЛГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ДЕТОКСИКАЦИЯЛАП ДААРЫЛОО

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Э.Ж.

ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ

Murzaliev A.D., Zholdoshbekov E.Zh.

DETOXIFICATION THERAPY IN PATIENTS WITH URINARY
TRACT INFECTION

УДК:616/98.11

Урологиялык бейтаптардын эндогендик интоксикациясы бул актуалдуу маселе. 503 бейтапка көзөмөл жүргүзүлүп алар оорунун даражасы боюнча бөлүнүштү. Дарылоодо плазмаферез, веналык жана жергиликтүү озон дарылоосу колдонулду. Ошондо жакшы жыйынтык чыкты.

Негизги сөздөр: интоксикация, дарылоо, плазмаферез, озон дарылоосу.

Вопросы ведения урологических больных с выраженной эндогенной интоксикацией остается актуальной проблемой. Наблюдение проведено за 503 пациентами, которые были разделены по степени тяжести эндотоксикоза. В лечении использовалась плазмаферез с внутривенной и местной озонотерапией. При этом получены положительные результаты.

Ключевые слова. интоксикация, лечение, плазмаферез, озонотерапия.

Maintenance issues of urological patients with severe endogenous intoxication remains an important issue. Surveillance conducted in 503 patients who were divided on the severity of endotoxemia. In the treatment used plasmapheresis with intravenous and local ozone therapy. Thus obtained positive results.

Key words: intoxication, treatment, plasmapheresis, ozone therapy

Введение. Проблема гнойных осложнений урологических заболеваний с выраженной эндогенной интоксикацией, острой и хронической почечной недостаточностью являются одной из наиболее актуальных проблем современной урологии так как, протекая в условиях нарушенной уродинамики, они сопровождаются развитием осложнений, к числу которых относятся: интоксикация, уросепсис, септический шок, а летальность доходит до 50-60% [1].

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 503 больных с различными урологическими заболеваниями с инфекционно-воспалительными осложнениями. Из них 59% (296) больных были госпитализированы с ДГПЖ, с мочекаменной болезнью 28% (141) и первичным пиелонефритом составили 13% (66 больных).

Подавляющее большинство были мужчины: 386 пациентов (76,7%), а 117 (23,3%) были женщины. Большинство больных были в возрасте старше 50 лет (378 - 75,1%). Основной пик возраста у мужчин

приходился на 61-70 лет - 153 пациента (56,6%), а у женщин - на 51-60 лет (20,5%). Такое распределение по возрасту, полу объясняется, тем, что 296 (59,0%) больных госпитализированы с аденомой предстательной железы. Это были мужчины и большинство старше 50 лет, в то время как больные острым пиелонефритом и МКБ были чаще женщины и в более молодом возрасте.

Кроме общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, почечные и печеночные тесты, свертываемость крови, сахар крови, ЭКГ) нами использованы рентгенологические исследования (обзорная рентгенография, экскреторная урография – по показаниям, цистография), УЗИ почек, мочевого пузыря, а также печени и органов малого таза с целью выявления сопутствующих заболеваний.

Особое внимание нами обращено на выявление степени тяжести эндотоксикоза с определением уровня критериев эндотоксикоза. Мы остановились на массе средних молекул, перекисном окислении липидов, лейкоцитарном индексе интоксикации.

При любом урологическом заболевании, осложненном воспалительным процессом, первым и главным этапом являлось восстановление проходимости мочевых путей, а затем осуществлялась детоксикационная, противовоспалительная терапия и лечение сопутствующих заболеваний.

Для оценки эффективности использованных методов лечения были выделены две группы: контрольная группа, больные которой получали традиционное лечение, принятое в урологическом отделении. Это восстановление проходимости мочевых путей, назначение антибиотиков, не менее двух внутримышечно или внутривенно, инфузионная внутривенная терапия, объем которой определялся с учетом состояния больных и характера сопутствующих заболеваний. Вторую группу при каждой патологии составляли больные, которые помимо традиционного лечения получали плазмаферез, озонированные физиологические растворы хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл внутривенно и с концентрацией озона 8-10 мкг/мл местно (орошение мочевого пузыря, операционной раны). Степень тяжести определяли по критериям эндотоксикоза (Таблица 1).

При легкой степени эндотоксикоза использовали традиционную инфузионную терапию, антибиотики внутривенно или внутримышечно и после операции 1-2 сеанса плазмафереза. При средней степени тяжести эндотоксикоза, помимо традиционного лечения, до операции включали 1-2 сеанса плазмафереза, после операции – 2-3 сеанса и внутривенно вводили после операции озонированные растворы в количестве 400-600 мл с концентрацией озона 3-4 мкг/мл на протяжении 5-6 дней, в зависимости от динамики течения заболевания.

При тяжелой степени эндотоксикоза до операции выполняли 2-3 сеанса плазмафереза, после операции – 3-4, а иногда и более, в зависимости от состояния больных, использовали озонированные растворы местно и внутривенно.

Нужно отметить, что изложенные подходы к лечению больных с различной степенью тяжести эндотоксикоза – это общие принципы, а в каждом отдельном случае выбор и объем терапии избирался строго индивидуально с учетом характера болезни, возраста больных, наличия сопутствующих заболеваний и их тяжести.

Мы остановились на этих методах лечения, так как плазмаферез оказывает мощное детоксикационное действие, озонированные растворы обладают бактерицидным, иммуномодулирующим, дезинтоксикационным, антиоксидантным действием.

Таблица 1

Критерии степени тяжести эндогенной интоксикации

Критерии	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	Стабильное	не стабильное
Центральное венозное давление	норма	менее 40 мм или выше 100 мм вод.ст.	Отрицательное или более 200 мм вод.ст.
Длительность заболевания при механической желтухе	до 3 суток	до 10 суток	более 10 суток
Токсическая энцефалопатия	Общая слабость, раздражительность	Бессонница, сонливость, чувство страха	Затор-моженность, ступор

Диурез	Достаточный	Достаточный со стимуляцией	Олигоурия
Функция кишечника	Есть	Есть при стимуляции	Есть временно
Биохимические показатели			
Общий билирубин, мкмоль/л	до 50	от 5- до 150	от 150 и выше
Креатинин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
Макеры эндотоксикоза			
ЛИИ	до 4	от 4 до 6	выше 6
МСМ (усл. ед.)	до 0,299	от 0,330 до 0,450	0,450-0,500 и выше
ПОЛ интенсивность медленной вспышки, квант/с 4Пи	до 7,5	от 7,5 до 4	5-4 и ниже
ПОЛ интенсивность быстрой вспышки, квант/с 4Пи	до 17,0	от 17 до 20	выше 20

Работами Р. Асылбашева (2005) доказано, что оптимальной концентрацией озона для внутривенного введения является 3-4 мкг/мл, а для местного – 8-10 мкг/мл.

Однако, эта разработанная и используемая нами программа дополнялась в зависимости от характера болезни, сопутствующих заболеваний и переносимости используемых мер лечения, возраста больных.

Кроме оценки эффективности лечения отдельных заболеваний в контрольной и основной группах мы оценивали результаты в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза.

Из 296 больных с ДГПЖ оперировано 254 чел. Им выполнялась в основном чрез пузырная аденомэктомия, реже – трансуретральная резекция. Комплекс лечения в основной группе осуществлялся в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза.

Результаты и обсуждения. Используя программное лечение больных с ДГПЖ, мы отметили более благоприятное течение у больных основной группы. Здесь быстрее улучшалось общее состояние больных, функциональное состояние почек, иммунологические показатели и эндотоксикоза, уменьшались сроки стационарного лечения. Применение плазмафереза в сочетании с озонированными растворами, а при тяжелой степени эндотоксикоза – антибиотиков с малыми объемами крови позволили снизить частоту осложнений с 8,3 до 3,6 %.

Вторую группу составили больные с первичным пиелонефритом (66 чел.). Из них оперировано было 10 больных. При пиелонефрите более тяжелую группу составили больные, у которых использовано

программированное лечение (44 чел.), а контрольную – 22. Из 66 больных 56 получали медикаментозное лечение, а 10 – комплексное: операция + медикаментозное лечение. Необходимо отметить, что использование разработанного нами подхода к выбору объема лечения позволило выявить преимущества программированного лечения. Осложнения в контрольной группе имели место у 4,5%, в основной – у 1,5%.

И третью группу составили больные с МКБ, осложненной гнойно-воспалительным процессом – это чаще всего пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность и здесь контрольную группу составили 73 больных и основную – 68. Все больные оперированы, так как имело место нарушение пассажа мочи. И здесь сохранялся тот же подход к выбору объема и метода лечения. Используя этот подход, осложнения удалось снизить с 11,5% до 7,9%.

Наиболее тяжелую группу составили больные с тяжелой степенью эндотоксикоза, их было 128, из них 41 составили контрольную и 87 – основную группу. У этих больных были выраженные нарушения функции почек, резко угнетены показатели гуморального и клеточного иммунитета, что требовало более длительного стационарного лечения. Применение традиционного лечения улучшало показатели, но сопровождалось возникновением осложнений, в то время как программированное лечение улучшало функциональное состояние почек, снижа-

ло показатели эндотоксикоза и улучшало показатели клеточного и гуморального иммунитета, удалось снизить частоту осложнений с 12,7% до 5,9%.

Вывод. Наблюдая за течением заболевания у больных с урологической патологией, осложненной воспалительным процессом, нам удалось отметить, что ПФ и озонированные растворы обладают однонаправленным действием, потенцируя влияние, при тяжелом эндотоксикозе влияло на все звенья эндотоксикоза осложнений урологических заболеваний, что нашло подтверждение в результатах лечения больных с тяжелой степенью эндотоксикоза.

Полученные результаты исследований к моменту выписки больных из стационара показали, что в результате проведенного лечения еще не все показатели достигали нормы, поэтому эти больные нуждались в наблюдении и продолжении лечения в условиях поликлиники.

Литература.

1. Савченко Р.Г. Прогностическое значение динамики показателей белкового метаболизма до и после ультрафильтрации и гемодиализа у больных с синдромом эндогенной интоксикации [Текст] / Р.Г. Савченко, П.А. Прокаев // Методы эфферентной и квантовой терапии в клинической практике. – Ижевск, 1995. – С. 154-155.
2. Асылбашев Р.Б. Оптимизация методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей // Автореф. Дисс.насоиск.уч.степени к.м.н. 2005 с.24

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.