

Мурзалиев А.Д.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

A.D.Murzaliev

PLASMAPHERESIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

УДК: 616.6-0023-06-07-08

Проведено наблюдение и лечение 296 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Пациенты были разделены на контрольную и основные группы. Больным основной группы получали сеансы плазмафереза. При этом установлено более раннее улучшение общего состояния больных, сокращения предоперационной подготовки и послеоперационного периода.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, плазмаферез, операция.

Observation and treatment of 269 patients with benign prostatic hyperplasia were conducted. Patients were divided into principal and control groups. Principal group patients received plasmapheresis session. While the earlier improvement in the general condition of patients, reduction of preoperative preparation and postoperative were found.

Key words: benign prostatic hyperplasia, plasmapheresis, operation.

Ведение. В практике известны разные виды эфферентной терапии: гемосорбция; плазмаферез; плазма фильтрация; плазмацитоферез; плазмасорбция; гемофильтрация или ультрафильтрация; экстракорпоральное подключение донорской селезенки (ЭКПДС); аппарат «искусственная почка» и др.

Одним из дешевых и простых методов из них является лечебный плазмаферез, который широко внедрился в различные отрасли медицины: гематологию, эндокринологию, ревматологию, хирургию, урологию [1].

Учитывая эффективность применения ПФ нами использован этот метод в лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, так как частота интраоперационных осложнений при острой задержке мочи на 1,8 раза выше, послеоперационных - в 1,6 раз, летальность - в 3,3 раза [2].

По данным Pickard R. и соавт. (1998), пациенты подвергнутые ТУР в срок, менее 30 дней от возникновения ОЗМ, имели повышенный риск смерти в 26,6 раза, в пределах 30 дней – 4,4 раза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 296 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Следует отметить, что в структуре больных с ДГПЖ преобладали лица в возрасте старше 70 лет (145 больных 48,9%), а от 60 до 70 лет 127 больных (43%), однако и до 60 лет поступили 24 больных (8,1%).

Наиболее часто у больных обнаруживали коронарную болезнь сердца, которая практически среди сопутствующих заболеваний занимает - 38,7%. На

втором месте гипертоническая болезнь (23,2%). Сопутствующие заболевания выявлены у 272 пациентов (54,0%).

В момент поступления практически у всех имелись признаки интоксикации. Это температура, озноб, слабость, боли в области поражения, высокий лейкоцитоз и т.д.

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.

Больным, госпитализированным с явлениями ОЗМ, сразу же выполнены: у 18 (38,3%) удалось катетеризировать мочевой пузырь и оставить катетер на 1-2 суток, у 7 (14,9%) из-за тяжести состояния выполнена пункционная эпицистостомия, а затем удалась катетеризация на 1-2 суток, у 22 (46,8%) произведена оперативная эпицистостомия как первый этап (табл. 3.4).

Таблица 1.

Характер проведенного лечения у больных с ОЗМ

Характер вмешательства	Количество больных	
	абс. число	%
Катетеризация мочевого пузыря	18	38,3
Пункционная эпицистостоми	7	14,9
Оперативная эпицистостомия	22	46,8
Всего	47	100,0

Операции назначали после стихания острых воспалительных явлений, улучшения общего состояния и компенсации сопутствующих заболеваний. Из 296 поступивших 20 пациентов после улучшения состояния от операции воздержались, а у 22 была произведена эпицистостомия в связи с тяжелым состоянием, а затем вторым этапом аденомэктомия.

Таблица 2

Характер оперативного вмешательства у больных с ДГПЖ

Характер операции	Кол-во больных	
	абс. число	%
Трансуретральная резекция	23	9,1
Чрезпузырная аденомэктомия с 2-х сторонней вазорезекцией	231	90,9
Всего	254	100,0

У 23 (7,7%) больных произведена транс-

ретральная резекция, а у 231 (78,4%) чрезпузырная аденоэктомия.

Традиционное лечение получали 132 больных. По проявлению основного заболевания, давности и возрастному составу обе группы были равнозначны.

Следует отметить, что у 164 больных (55,4%), кроме традиционной терапии к лечению подключали обменный дискретный плазмаферез.

У тяжелых больных по показаниям проводили катетеризацию подключичной или кубитальной вены. Оптимальной скоростью забора крови было 80–100 мл/мин., что позволяло в течение 2-х часов удалить от 600 до 1200 мл крови. Объем забора крови также зависел от общего состояния пациента и показателей крови. У больных с явлениями гипергидратации и артериальной гипертензии с наличием недостаточности по малому или большому кругу (22 чел.) кровообращения, первую процедуру проводили без плазмозамещения, т.е. после удаления 500-600 мл крови, плазмозамещение не проводили, а форменные элементы разбавляли физиологическим раствором хлорида натрия и вводили по 15-20 капель в минуту.

Другой немаловажной проблемой было восполнение или плазмозамещение, т.к. основной контингент больных составляли пациенты пожилого и старческого возраста с разными сопутствующими заболеваниями, которые обуславливали дефицит общего белка крови, иммуноглобулинов. Удаление большого количества плазмы сопровождалось бы прогрессированием воспалительного процесса. Белковые препараты, плазму вводили после последующих сеансов, т.к. на первых сеансах объем забора крови составил 500-600 мл. У больных с ХПН на первый план выступало изменение реологии крови, т.е. отмечалось повышение свертываемости и вязкости крови, а белковый метаболизм у них часто находился в пределах нормы. Поэтому у этих больных особое внимание обращали на реологию крови. Плазмозамещение проводили путем введения реополиглокина.

Результаты и обсуждения. Следует отметить, что среднее количество проведения сеансов ПФ составляло 3-4 с интервалом в 3-4 суток. Однако у больных с выраженной интоксикацией требовалось более частое проведение сеансов и увеличение их количества для получения стойкого клинического эффекта, в связи с чем сроки между сеансами сокращались до 1 суток.

Факт увеличения количества сеансов плазмафереза зависел от тяжести состояния больного. Так, если для получения стойкого клинического эффекта больного требовалось проведение 3-х сеансов на одного больного, то у больных с тяжелой степенью эндотоксикоза с пиелонефритом - до 6-7 сеансов. Данное обстоятельство мы связываем не только с уровнем интоксикации, но и со значительным ухудшением гуморального и клеточного звеньев иммунитета у этих пациентов.

Кроме того, сопутствующие заболевания, тяжелый общий соматический статус ограничивали объем удаляемой плазмы за один сеанс. Замещение после сеансов плазмафереза проводилось кровозамещающими препаратами, такими как реополиглокин, свежезамороженная плазма. Мы проследили за клиническим течением заболевания в основной и контрольной группах и при этом отметили, что осложнения в контрольной группе составило 8,3 % (у 11 больных), умерло 4 (3,0 %), а в основной осложнения имели место у 6 больных (3,6%), но они были менее тяжкие, не умерло ни одного больного. Сократились сроки предоперационной подготовки и сроки пребывания больных в стационаре.

Таблица 3
Основные клинические показатели
у больных с ДГПЖ основной и контрольной групп

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	P – степень достоверности
Улучшение общего состояния, сутки	3,2±0,31	4,5±0,17	<0,05
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,7±0,28	4,1±0,21	>0,05
Нормализация температуры, сутки	3,4±0,31	5,8±0,13	<0,01
Нормализация количества лейкоцитов, сутки	5,2±0,18	7,4±0,23	<0,05
Послеоперационные осложнения(%%)	3,6	8,3	<0,05
Проведено койко/дней	14,2±0,11	17,4±0,21	<0,05

При рассмотрении основных клинических показателей отмечены лучшие из них в основной группе, существенно быстрее улучшалось общее состояние, больные были более активны, улучшался аппетит, нормализовалась функция желудочно-кишечного тракта, а болевой синдром исчезал в одинаковые сроки после операции в обеих группах, но существенно быстрее нормализовалась температура и количество лейкоцитов у больных основной группы, сроки лечения в стационаре были достоверно короче в сравнении с контрольной группой.

Выводы: применение обменного дискретного плазмафереза позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре и времени предоперационной подготовки. Также снизилась количество послеоперационных осложнений и летальность.

Литература:

1. Неймарк А.И. Эфферентная и квантовая терапия в урологии [Текст] / А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк. - М.: Мед. Информ. Агентство, 2003.
2. Thomas K. Acute urinary retention: a review of the aetiology and management. Prostate Cancer Prostat. [Text] /K. Thomas, K. Chow, R. Kirby // Dis. – 2004. – Vol. 7, # 1. – P. 32-37.
3. Pickard R. The management of men with acute urinary retention. National Prostatectomy Audit Steering Group [Text] / R. Pickard, M. Emberton, D. Neal // Br. J. Urol. – 1998. Vol. 81, # 5. – P. 712-720.

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