

Мурзалиев А.Д.

ЭНДОТОКСИКОЗ ЗААР ТАШ ООРУСУНУН КҮЧӨШҮНҮН ЖҮЙЫНТЫГЫ

Мурзалиев А.Д.

ЭНДОТОКСИКОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

A.D. Murzaliyev

ENDOTOXEMIA AS A COMPLICATION OF UROLITHIASIS

УДК: 616.65:615.03

Бөйрөк таш оорусу менен 141 бейтапка көзөмөл жүргүзүлдү. Ооруну даарылоо жолдору менен бейтаптар эки топко бөлүндү. Негизги топкогу бейтаптарга плазма ферез жана озон менен даарылоо операцияга чейин жана операциядан кийин колдонулду. Ошондо баардык көрсөткүчтөр контролдук топко караганда тезиреек жаакшырары байкалды.

Негизги сөздөр: заар таш оорусу, даарылоо, озон менен даарылоо, плазмаферез.

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает второе место среди острых заболеваний приводящих к смерти урологических больных. Под наблюдением находились 141 больных с МКБ, которые были разделены на две группы. У больных основной группы использована сеансы плазмафереза. При этом показатели эндотоксикоза и основные клинические данные значительно опережали показателей контрольной группы.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, интоксикация, оперативное лечение, плазмаферез.

Urolithiasis (IBC) is the second largest acute diseases leading to death of urological patients. The study involved 141 patients with ICD, which were divided into two groups. In the study group used plasmapheresis sessions. At the same time indicators of endotoxemia and basic clinical data significantly ahead of the control group.

Key words: urolithiasis, intoxication, surgery, plasmapheresis.

Уролителиаз занимает второе место среди острых заболеваний приводящих к смерти урологических больных. Удельный вес среди всех госпитализированных больных составляет 30-60%, а амбулаторных - до 20-25%. В последние годы отмечается рост заболеваемости и увеличение числа больных с осложненными формами. (Э.К. Яненко и соавт. 2000; Л.А. Досаеваисоавт. 2004; S. Restainoet. al., 1993; A.Halabeet. al., 1994).

Материалиметоды. Под нашим наблюдением находились 141 больных с мочекаменной болезнью (МКБ) из них мужчины составили 53,2% (75 больных), а женщины - 46,8% (66 чел.). Мочекаменной болезнью также страдали и лица молодого возраста, но пик развития МКБ приходился на возраст 51-60 лет. (39 больных, 27,7%).

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 %).

У 17 (12,0%) пациентов обнаружены кораллоподобные камни. На экскреторной урограмме отмечалось четкое повторение чашечно-лоханочного рисунка конкрементом. Коралловидные камни, часто имеющие сложную форму строения, во всех случаях были осложнены гидронефрозом, нефросклерозом, пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью.

Учитывая тяжесть состояния больных с осложненной формой МКБ, детоксикационная терапия начиналась сразу при поступлении и продолжалась после операции, до наступления устойчивой компенсации функциональных показателей оперированной почки. Удаление дренажных трубочек проводили после проведенного обследования мочевыводящих путей рентгеноконтрастными веществами и восстановлением беспрепятственного пассажа мочи из почки или из мочевого пузыря.

Учитывая выраженный болевой синдром, в первую очередь назначали спазмолитики и спазмоаналгетики. Они способствовали улучшению отхождения конкрементов. Чаще использовали ношпу, спазмалгон, платифиллин, баралгин.

Назначали антибактериальную 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. В этой группе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза было 11 больных, со средней степенью – 28 и тяжелой – 14 пациентов.

Учитывая тяжесть больных, интоксикацию у 88 пациентов использовали традиционную терапию в сочетании с плазмаферезом и озонотерапией. В этой группе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза было 18 пациентов, со средней – 39 и тяжелой – 31 больной.

При выполнении плазмафереза (ПФ) в предоперационном периоде удаляли от 200 до 600,0 мл плазмы за сеанс. При анализе сеансов ПФ выяснено, что самое большое количество сеансов проведено у больных с коралловидным нефролитиазом и

гидронефротической трансформацией. Сеансы ПФ значительную роль играли у больных с нарушенным пассажем мочи, поэтому проведение интенсивной инфузии и антибиотикотерапия были резко ограничены. Плазмозамещение проводили реополиглюкином, инфезолом, озонированным раствором. После стабилизации общего состояния больных, выполняли оперативное лечение.

При проведении оперативного лечения, соблюдался органосохраняющий принцип, но у трёх пациентов был пионефроз III степени. Почка практически не функционировала, в связи с чем выполнена нефрэктомия.

ДЛТ проведено у 5 пациентов (3,5%), а уретеролитотомия у 56 (39,7%). Главной задачей оперативного лечения при МКБ было восстановление пассажа мочи и максимально сохранить функциональное состояние почки.

Нами проведен анализ показателей эндотоксикоза (табл. 1) у больных в разные сроки лечения. До лечения, т.е. в момент поступления основные показатели были выше нормы, а в процессе лечения шло их снижение. К моменту выписки они достигали нормы.

При исследовании МСМ и ПОЛ выяснено, что имелось повышение показателей в первые 3-4 сутки после операции и только к 5-7 суткам они снижались. Отмечено существенное снижение, но к моменту выписки МСМ не достигала нормы, а ПОЛ существенно снизилось и не отличалось от нормы. Это подтверждает положительное влияние ПФ, озонированных растворов в снижении эндотоксикоза.

Таблица 1. Динамика показателей эндотоксикоза у больных с МКБ у больных основной группы

Показатели	До операции M1±m1	После операции			Норма M5±m5
		3-4 сутки M2±m2	7-8 сутки M3±m3	при выписке M4±m4	
МСМ	0,350 ±0,003	0,374 ±0,005	0,384 ±0,002	0,341 ±0,003	0,239 ±0,001
P	M1-M5<0,01	M1-M3<0,001	M4-M5<0,001		
ПОЛ инт. быстрой вспышки	19,1 ±1,17	18,9 ±1,32	10,4 ±1,12	12,8 ±0,97	12,4 ±1,12
P	M1-M5<0,001	M1-M3>0,05	M4-M5>0,05		
ПОЛ ин.медл. вспышки	6,4 ±0,54	6,0 ±0,72	7,5 ±0,48	7,8 ±0,61	8,3 ±0,72
P	M1-M5<0,001	M1-M3<0,05	M4-M5>0,05		
ЛИИ	4,42 ±0,03	3,30 ±0,05	2,1 ±0,04	1,1 ±0,03	0,9 ±0,01
P	M1-M5<0,001	M1-M3<0,001	M4-M5>0,05		

В результате проведенных исследований нами были оценены основные клинические показатели (табл. 2).

Таблица 2. Сравнительный анализ основных клинических показателей у больных основной и контрольной группы с МКБ

Показатели	M±m	M±m
Исчезновение болевого синдрома	3,2±0,37	6,4±0,37
Улучшение состояния	3,8±0,51	5,1±0,13
Нормализация температуры тела, сутки	4,6±0,72	5,4±0,17
Нормализация лейкоцитов в крови, сутки	4,58±0,81	6,72±0,19
Послеоперационные осложнения, %%	7,9%	11,0%
Проведено койко/дней	12,7±0,77	18,5±0,97

При анализе клинических показателей больных основной группы с осложненной МКБ болевой синдром исчезал на 3-4 сутки, нормализация количества лейкоцитов наступала на 5-6 сутки и нормализация температуры – на 4-5 сутки. Осложнения выявлены у 7,9%. Среднее пребывание больных на койке составило 12,7±0,77.

В контрольной группепоказатели эндотоксикоза заметно отставали и больные более длительное время находились на стационарном лечении (18,5±0,97). Осложнения составили 11,0%.

Выводы. Выполненные нами исследования у больных с осложненной МКБ показали, что при МКБ наблюдаются проявления эндотоксикоза, которые выражались в повышении ЛИИ, МСМ и ПОЛ. При использовании ПФ ведет к ликвидации эндотоксикоза и коррекции нарушенных функций, что ведет к снижению послеоперационных осложнений и сокращению сроков стационарного лечения.

Литература.

1. 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.
2. Яненко Э.К., Дзеранов Н.К., Румянцев В.Б. и др. // Пленум правления Российского науч. о-ва урологов. – Киров, 2000. – С. 246-248. 61.
3. Restaino J. Nephrolithiasis, hypocitraturia, and a distal renal tubular acidification defect in type I glycogen storage disease [Text] / J.Restaino, B.S.Kaplan, C.Stanley // Journal of Pediatrics.- 1993.- Vol. 122, # 3. - P. 392 -396.
4. Halabe A. Uric acid nephrolithiasis [Text] / A. Halabe, O. Sperling // Mineral Electrolyte Metabolism. – 1994. - Vol.20, N 6. - P. 424-431.

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