

Мурзалиев А.Д.

**УРУК БЕЗИНИН ГИПЕРПАЗИЯСЫ БАР ООРУЛАРДЫ АЛЫП БАРУУНУН
ТААСИРДҮҮЛҮГҮ**

Мурзалиев А.Д.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

A.D. Murzaliyev

**THE EFFECTIVENESS OF THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BENIGN
PROSTATIC HYPERPLASIA**

УДК: 616.61-002.3:612.017

Эндотоксикоз – бул татаал гомеостаздык, иммунологиялык, метаболикалык, гемостазиологиялык өзгөрүүлөрдү өзүнө камтыган бирикме. Макалада урук безинин гиперплазиясы бар 296 оорукчандын даарылаган жыйынтыгы келтирилген. Эндотоксикоздун даражасына жараша детоксикациялык даарылоо жүргүзүлүдү, ошондо контролдук топко караганда жакшы жыйынтыктар байкалды.

Негизги сөздөр: *Урук безинин гиперплазиясы, эндотоксикоз, детоксикациялоо.*

Эндотоксикоз – это сложный патологический комплекс, включающий глубокие нарушения гомеостаза, метаболические, иммунологические и гемостазиологические отклонения. В статье изложены результаты лечения 296 больных с ДГПЖ. Проведена детоксикационная терапия по степени тяжести эндотоксикоза, при этом получены положительные результаты по сравнению с показателями контрольной группы.

Ключевые слова. *Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эндотоксикоз, детоксикация*

Endotoxemia - is a pathological complex, including deep homeostasis, metabolic, immunological and hemostatic abnormalities. The article presents the results of treatment of 296 patients with benign prostatic hyperplasia. Detoxification therapy conducted by severity of endotoxemia, with positive results in comparison with the control group.

Key words. *Benign prostatic hyperplasia, endotoxemia, detoxification*

Ведение. Эндотоксикоз – это сложный патологический комплекс, включающий глубокие нарушения гомеостаза, метаболические, иммунологические и гемостазиологические отклонения. К симптомам основного заболевания присоединяются признаки патологии со стороны различных органов и систем. При этом накапливаются в токсических концентрациях протеолитические ферменты, кинины и другие вазоактивные пептиды, анафилатоксины, медиаторы воспаления, микробные экзо-и эндотоксины (С.А.Голованов и соавт., 2001; Р.А. Валиев, А.М.Шарипов, 2005).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 296 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Первая стадия доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) имела место у 12 (4,1%), вторая - у 162 (54,7%) и третья - у 122 (41,2%) пациентов.

Нами проведен анализ и верификация осложнений у больных ДГПЖ, при этом выяснено, что 47 (15,8%) госпитализированы с острой задержкой мочи (ОЗМ), 49 (16,6%) - с хронической почечной недостаточностью (ХПН), пиелонефритом - 155 (52,3%) и с явлениями цистита - 32 (10,8%).

В основной группе (164 больных) легкая степень тяжести эндотоксикоза имела место у 28, средняя степень – у 90 и тяжелая – у 46 пациентов. Традиционное лечение получали 132 больных, из которых у 20 была легкая степень эндотоксикоза, у 71 – средней тяжести и у 41 – тяжелая. По проявлению основного заболевания, давности и возрастному составу обе группы были равнозначны.

Сразу после поступления и обследования больных в стационаре назначалась противовоспалительная, антибактериальная терапия. Согласно выраженности воспалительного процесса больные получали один или два вида антибиотиков широкого спектра действия, а после получения результатов посева меняли согласно чувствительности микрофлоры.

Следует отметить, что у 164 больных (55,4%), кроме традиционной терапии к лечению подключали обменный дискретный плазмаферез. Плазмаферез применялся нами как до, так и в после операционном периоде в комплексе с другими медикаментозными средствами в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза.

При легкой степени тяжести ограничивались инфузионной традиционной терапией и после операции для предотвращения прогрессирования почечной недостаточности выполняли 2-3 сеанса плазмафереза.

При средней степени тяжести до операции – 1-2 сеанса плазмафереза и после операции – 2-3 сеанса, внутривенно назначали озонированные растворы с концентрацией озона 3-4 мкг/мл по 400,0 внутривенно, а орошение мочевого пузыря после операции озонированными растворами с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

При тяжелой степени эндотоксикоза до операции – 2-3 сеанса плазмафереза, после операции – 4-5 сеанса в сочетании с местной и общей озонотерапией на протяжении 7-10 дней в зависимости от состояния больного.

Операции назначали после стихания острых воспалительных явлений, улучшения общего состояния и компенсации сопутствующих заболеваний (таблица 1).

Таблица 1. Характер оперативного вмешательства у больных с ДГПЖ

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

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.

Результаты и обсуждения. Мы проанализировали изменения общего состояния, сроки нормализации температуры тела, лейкоцитоза и показателей эндотоксикоза с момента начала интенсивной консервативной терапии (таблица 2).

Таблица 2. Показатели эндотоксикоза у больных основной группы

Показатели	Сроки обследования		Практически здоровые M3±m3	P – степень достоверности
	при поступлении M1±m1	при выписке M2±m2		
ЛИИ	3,7±0,03	1,0±0,03	0,9±0,01	M1-M3<0,001 M2-M3>0,05
МСМ, усл. ед.	0,480±0,002	0,240±0,001	0,239±0,001	M1-M3<0,01 M2-M3>0,05
ПОЛ: интенсивность быстрой вспышки, квант/с 4Пи	17,4±0,14	12,0±0,11	12,4±0,12	M1-M3<0,001 M2-M3>0,05
интенсивность медленной вспышки, квант/с 4Пи	6,10±0,22	9,1±0,72	8,3±0,23	M1-M3<0,05 M2-M3>0,05

При поступлении показатель ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) был существенно повышен, также отмечено повышение массы средних молекул и ПОЛ (перекисное окисление липидов), но к моменту выписки из стационара показатели эндотоксикоза пришли к норме.

Анализ показателей эндотоксикоза контрольной группы показал, что и при выполнении традиционного лечения больных ДГПЖ наблюдается положи-

тельная динамика, но к моменту выписки они не достигают нормы.

При рассмотрении основных клинических показателей отмечены значительные положительные сдвиги в основной группе, существенно быстрее улучшалось общее состояние, больные были более активны, улучшался аппетит, нормализовалась функция желудочно-кишечного тракта.

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 койкодней	14,2±0,11	17,4±0,21	<0,05

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.

Вывод. У больных с ДГПЖ довольно часто имели место тяжелые сопутствующие заболевания, что существенно влияло на сроки оперативного лечения и исход заболевания. Использование разработанной программы лечения с учетом степени тяжести эндотоксикоза улучшало течение заболевания и его исход. Показатели эндотоксикоза и почечных тестов под влиянием комплексного метода лечения улучшались значительно быстрее в сравнении с больными, получавшими традиционное лечение.

Литература

1. Валиев Р.А., Шарипов А.М. 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. Диагностическое значение показателей ферментурии, перекисного окисления липидов и экскреции среднемoleкулярных токсинов при хроническом пиелонефрите [Текст] / [С.А. Голованов, Э.К. Яненко, Л.А. Ходырева и др.] // Урология. – 2001. - №6. - С. 3-6.

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