

Мурзалиев А.Д.¹, Жолдошбеков Е.Ж.²

¹Чуйская объединенная областная больница,

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Резюме. Под наблюдением находилась 503 больных с различными урологическими заболеваниями, которые были разделены по степени тяжести эндогенной интоксикации. На основании полученных результатов детоксикационной терапии составлен алгоритм ведения данной категории больных.

Ключевые слова. Уропатия, эндотоксикоз, детоксикация, алгоритм.

ЭНДОТОКСИКОЗДОГУ ДЕТОКСИКАЦИЯЛЫК ДААРЫЛООНУ СИСТЕМАТИЗАЦИЯЛОО

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Е.Ж.

Чүй бириккен областык ооруканасы, И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы Корутунду. 503 урологиялык бейтаптка изилдөө жүргүзүлгөн жана алар эндогендик жабыркоосунун негизинде даражаларга бөлүнгөн. Детоксикациялык дарылоонун негизинде мындай бейтаптарды алып барганга алгоритм түзүлгөн. *Негизги сөздөр.* Уропатия, эндогендик жабыркоо, детоксикациялоо, алгоритм.

ORDERING OF DETOXIFICATION THERAPY IN ENDOTOXEMIA

Murzaliyev AD, Joldoshbek E.Zh.

Chui regional united hospital, Kyrgyz State Medical Academy

Resume. We observed 503 patients with various urological diseases, which were divided according to severity of endogenous intoxication. Based on these results detoxification composed algorithm of this category of patients.

Key words. Uropathy, endotoxemia, detoxification, the algorithm.

Ведение. Синдром эндогенной интоксикации—это сложный патологический комплекс, включающий глубокие нарушения гомеостаза, метаболические, иммунологические отклонения. К симптомам основного заболевания присоединяются признаки патологии со стороны различных органов и систем. При гнойно-воспалительных заболеваниях из-за преобладания катаболических процессов обмена образуется большое количество межклеточных и конечных токсических продуктов, обуславливающих декомпенсацию гуморальных регуляторных систем. При этом накапливаются в токсических концентрациях протеолитические ферменты, кинины и другие вазоактивные пептиды, анафилатоксины, медиаторы воспаления, микробные экзо-и эндотоксины. В условиях эндогенной интоксикации происходит расстройство всех видов обмена, детоксицирующие системы не в состоянии «справиться» с выведением токсических продуктов [1; 2]

Повышение эффективности проводимой терапии при почечной недостаточности, которое во многом предопределяется ее ранней диагностикой и своевременным подключением почечно-заместительной терапии, является одной из важных проблем современной клинической нефрологии и реанима-

тологии [3].

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 доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), с мочекаменной болезнью (МКБ) 28% (141) и с первичным пиелонефритом 13% (66 больных).

Проводили общеклинические исследования: общий анализ крови и мочи, почечные и печеночные тесты, свертываемость крови, сахар крови, ЭКГ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, цистография, УЗИ почек, мочевого пузыря, а также печени и органов малого таза с целью выявления сопутствующих заболеваний. Для определения степени тяжести эндотоксикоза определяли массу средних молекул (МСМ), перекисное окисление липидов (ПОЛ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

После обследования было установлено, что у 87 (17,9%) больных имелась легкая степень, у 256 (50,1%) средняя и у 160 (32,0%) эндотоксикоза.

Занимаясь вопросами определения степени тяжести эндотоксикоза и методами его ликвидации, мы обратили внимание на то

обстоятельство, что большинство урологических больных, в последние годы поступают с большой давностью заболевания, что безусловно, влияет на своевременную диагностику и выбор метода и объема лечения. Было отмечено, что нередко заболевание прогрессирует довольно быстро и клинические проявления отстают от морфологических изменений в почке, в результате чего производится запоздалая операция. Нельзя также исключить влияние на показатели эндогенной интоксикации тяжесть оперативного вмешательства, которое предпринимается при МКБ и ДГПЖ.

Несмотря на то, что ранние операции имеют преимущество перед экстренными, мы придерживались тактики активного оперативного вмешательства, особенно если речь идет об окклюзионном пиелонефрите. В подгруппе с легкой степенью тяжести эндотоксикоза установлено, что здесь преобладали пациенты с острым пиелонефритом. Со средней и тяжелой степенью эндотоксикоза были пациенты с окклюзионным пиелонефритом с гидронефрозом и с ХПН. Таким больным необходима предоперационная подготовка, продолжительность которой зависит от тяжести состояния больных, но в большинстве случаев она была кратковременной и включала, как правило мероприятия, направленные на коррекцию основных показателей. Основными принципами эффективности при проведении лечения мы считали удаление токсинов из тканевых депо, т.е. стремились добиться хотя бы незначительного снижения МСМ, ПОЛ, ЛИИ и почечных тестов.

При этом метод интракорпоральной детоксикации в сочетании с форсированным диурезом не всегда приемлемы, т.к. при этом если имеется окклюзионный пиелонефрит состояние почек только ухудшается. У таких больных в качестве предоперационной подготовки использовали 1-2 сеанса обменного дискретного плазмафереза (ПФ). Однако эффективность ПФ непродолжительна, так как не устранена причина. Поэтому после проведения сеанса сразу же на следующий день брали больного на операцию, что обеспечивало более гладкое течение послеоперационного периода, но и после операции больные

нуждались в проведении адекватной детоксикационной терапии. Положительный эффект получили и при назначении озонированных растворов. Для внутривенного введения использовали физиологический раствор (400 мл) с концентрацией озона 3-4 мкл/мл, а для орошения раны или полости мочевого пузыря 8-10 мкг/мл.

Основываясь на определении степени тяжести эндотоксикоза и трактовке патологических процессов, протекающих в организме, мы составили следующую схему детоксикационной терапии.

При легкой степени тяжести эндотоксикоза организм хорошо справляется с выпавшей нагрузкой и к традиционному лечению целесообразно добавить лишь те препараты и методы, которые направлены на улучшение непосредственно функции почек.

Средняя степень тяжести эндотоксикоза характеризуется тем, что ее детоксицирующие органы работают в напряженном режиме, и организм, хотя и плохо, но справляется с нагрузкой. В данной ситуации возможно использование методов хирургической детоксикации, в частности ПФ, как предоперационной подготовке, так и после операции. Всего 2-3 сеанса.

При тяжелой степени тяжести эндотоксикоза происходит декомпенсация основных систем организма и в этой ситуации необходимо сочетать хирургические методы детоксикации с местной и общей озонотерапией. Количество сеансов ПФ достигает 4-6.

Учитывая положительное влияние детоксикационной терапии при интоксикации, мы проанализировали конечные результаты лечения больных, получивших традиционное лечение, и больных, которым использовались хирургические методы детоксикации и отметили существенные различия в исходах лечения и в сроках пребывания в стационаре, что имеет немаловажное экономическое значение, так как увеличение срока лечения ведет к повышению материальных затрат.

Как видно из рисунка 1, больной после полного обследования, после определения характера болезни и ее осложнения идет на консервативное или оперативное лечение. Метод и объем лечения должен определяться в зависимости от степени тяжести эндотоксикоза.

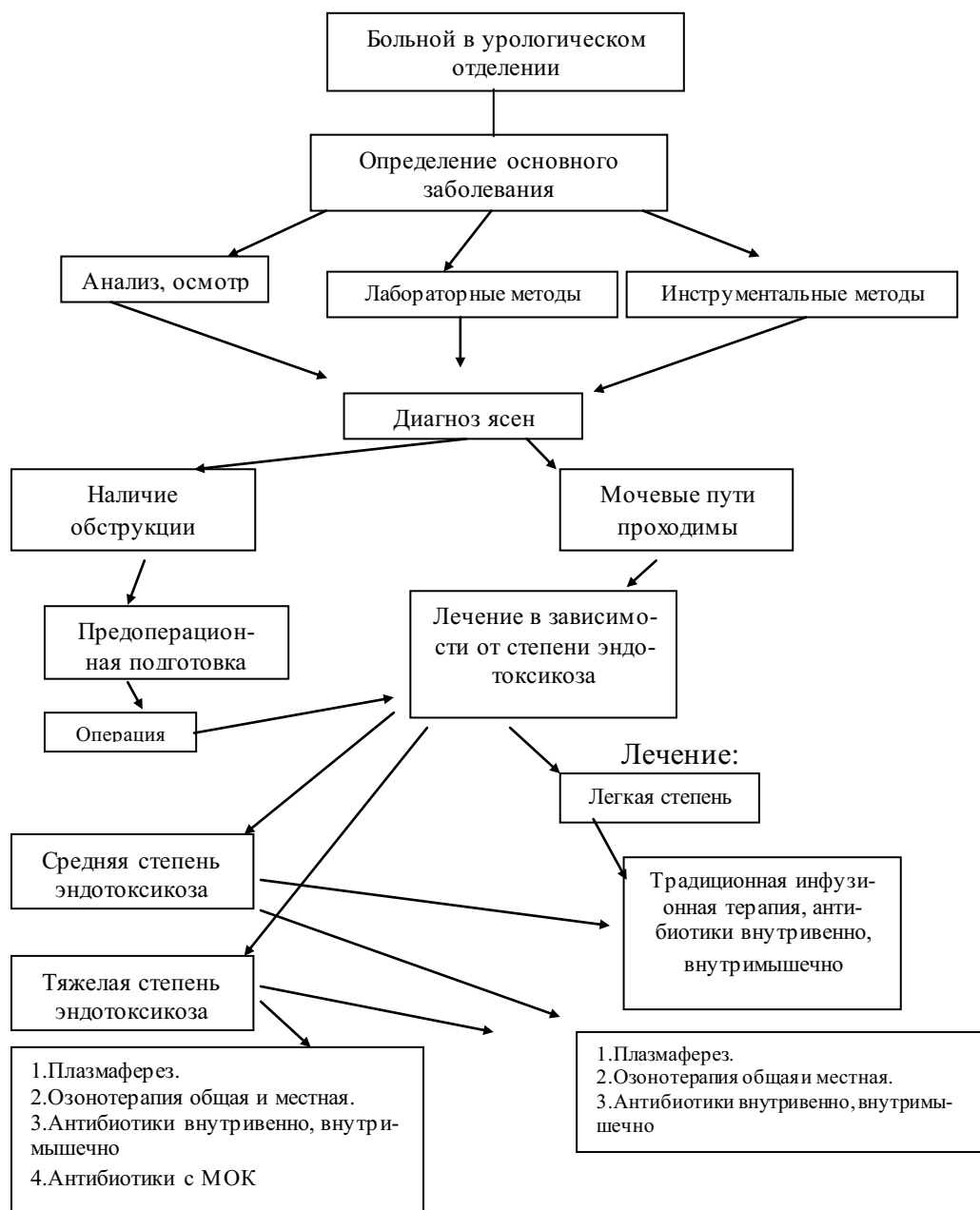


Рис.1. – Алгоритм ведения больных с осложненными урологическими заболеваниями

Вывод.

Несмотря на использование комплекса лечения (консервативного, оперативного) к моменту выписки далеко не у всех показатели достигают нормальных величин, поэтому после выписки больные должны находиться под наблюдением ГСВ и уролога по месту жительства и в зависимости от состояния получать лечение амбулаторно. Больным с МКБ проводить метафилактику МКБ, контрольное обследование, а пациентам с ДГПЖ и пиелонефритом также показано наблюдение и лечение с учетом выявленных нарушений почек.

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. Синюхин 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. Синюхин, Л.А. Ходырева, Н.В. Чирун. - М., 2002. - Т. 3. – С. 135-138.
3. Зверев Д.В. // Анестезиология и реаниматология [Текст] / Д.В. Зверев, А.Л. Музуров, А.С. Долецкий. – 2002. № 1. – С. 32-35.