

ВЫБОР МЕТОДА ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В.Е. Антонова, А.П. Данилков, А.Г. Наумов, В.А. Кропин

НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

Лечение острого деструктивного пиелонефрита представляет определенные сложности, связанные с наличием выраженной эндогенной интоксикации, поэтому помимо традиционной терапии при остром деструктивном пиелонефрите в настоящее время широко применяются эфферентные методы детоксикации.

Целью нашего исследования является определение показаний к применению в раннем послеоперационном периоде плазмафереза и непрямого электрохимического окисления крови методом внутривенного введения гипохлорита натрия и оценка эффективности проводимого лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 30 больных острым деструктивным пиелонефритом, находившихся на лечении в 47 ГКУБ №47 в 2006 году. Всем пациентам выполнены санирующие операции. Плазмаферез проводился пациентам с тяжелым течением заболевания, выраженной интоксикацией, подтвержденной высоким уровнем перекисного окисления липидов (ПОЛ) по данным биохемилюминисцентного анализа, в т. ч. и смешенного генеза (азотемической и воспалительной), бактериотоксическим шоком, полиорганной недостаточностью. Лечение с

применением плазмафереза проводилось у 11 больных.

Гипохлорит натрия в периоде применялся с целью детоксикации у пациентов в состоянии средней степени тяжести, чаще с первичным пиелонефритом, а также у пациентов с нестабильной гемодинамикой и выраженной гипопротеемией, которым, несмотря на тяжесть состояния, проведение плазмафереза было противопоказано. Активность свободнорадикальных процессов у пациентов средней степени тяжести значительно ниже, чем у пациентов в тяжелом состоянии, потребовавшем проведения плазмафереза. Лечение с применением НЭХО крови было осуществлено у 19 больных.

Результаты. После проведения сеанса плазмафереза отмечалось достоверное снижение образования продуктов ПОЛ с $13,43 \pm 0,46$ до $8,75 \pm 0,32$, т.е. на 34,8% ($p < 0,05$), что сопровождалось снижением температуры тела, уровня лейкоцитов крови, лейкоцитарного индекса интоксикации. Однако у 4 пациентов (37%) отмечалось после кратковременного снижения сразу после процедуры нарастание продуктов ПОЛ сыворотки крови на первые сутки после начала эфферентного лечения, что связано, по нашему мнению, с

улучшением реологии и микроциркуляции в пораженных органах и выходом большого количества токсинов в кровь. Этим пациентам потребовалось проведение повторного сеанса плазмафереза. Соотношение про- и антиоксидантных систем сыворотки крови после курсового лечения методом плазмафереза (на седьмые сутки послеоперационного периода) нормализовалось у всех пациентов (ПОЛ – $10,07 \pm 0,42$; АОЗ – $0,287 \pm 0,020$).

После первого сеанса НЭХО отмечалось некоторое увеличение активных форм кислорода (с $9,61 \pm 0,28$ до $11,29 \pm 0,64$), что связано с освобождением атомарного кислорода при внутривенном введении гипохлорита натрия. Однако АОЗ сыворотки крови после введения гипохлорита натрия возрас- тала, что приводило к нормализации соотношения про- и антиоксидантных систем после курсового лечения гипохлоритом натрия (ПОЛ – $10,62 \pm 0,44$; АОЗ – $0,264 \pm 0,032$).

Заключение. Таким образом, применение БХЛ-анализа при лечении деструктивных форм пиелонефрита дает возможность выбрать оптимальную тактику лечения и повысить эффективность проводимой терапии эфферентными методами.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, УРЕТЕРИТА, ЦИСТИТА У КРЫС

А.П. Данилков, В.И. Кирпатовский, Ю.В. Кудрявцев,

В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков, Л.Н. Лавринова

НИИ урологии Росздрава

Цель. Изучить влияние парентерального введения 0,06% раствора гипохлорита натрия на течение воспалительного процесса в почках и мочевых путях в эксперименте.

Материалы и методы. Острый пи-

елонефрит, уретерит, цистит моделировали у 60 белых беспородных крыс-самок массой 200-250 грамм. Животных инфицировали госпитальными штаммами кишечной и синегнойной палочки. Через 3 дня

у всех крыс развивался гнойный воспалительный процесс в почках и мочевых путях. Начиная с четвертых суток эксперимента животным контрольной группы внутрибрюшинно вводили 1 мл физиологического рас-

творя в течение 10 дней, а в исследуемых группах аналогично вводили 1 мл 0,06%-ного раствора гипохлорита натрия. Степень бактериальной обсемененности почек и динамику морфологических признаков воспаления в почках, мочеточниках и мочевом пузыре контролировали на 3-е, 7-е и 10-е сутки парентерального введения физиологического раствора и гипохлорита натрия.

Результаты. Через сутки внутрибрюшинных инъекций в контрольной группе животных при гистологическом исследовании в почках обнаружили выраженное гнойное воспаление вплоть до мозгового вещества, гной в собирательных трубочках. В мочеточниках и мочевом пузыре также имело место гнойное воспаление. У животных исследуемых групп в те же сроки наблюдали серозный пиелонефрит с единичными лейкоцитами в интерстициальной ткани, резкое

полнокровие подслизистого слоя, серозный уретерит, серозный цистит. На третьи сутки после начала внутрибрюшинных инъекций у животных контрольной группы сохранялись признаки выраженного гнойного воспаления в почках и мочевых путях, отмечалась мезенхимальная реакция. В исследуемых группах гистологическая картина свидетельствовала о наличии минимальных признаков воспаления. К 10 суткам в почках и мочевых путях животных контрольной группы при гистологическом исследовании определяли признаки гнойного воспаления с мезенхимальной реакцией, в то время как у животных исследуемых групп в почках и мочевых путях каких-либо выраженных морфологических изменений обнаружено не было. Значения средней величины степени бактериальной обсемененности почек не выявили достоверного различия между кон-

трольной и исследуемыми группами по этому показателю в разные сроки эксперимента.

Заключение. Парентеральное введение 0,06% раствора гипохлорита натрия приводило к значительному снижению выраженности воспалительной реакции в почках, мочеточниках и мочевом пузыре при инфицировании как кишечной палочкой, так и при синегнойной инфекции. Эффективность гипохлорита натрия прослеживалась на ранних и поздних стадиях воспаления. При завершении воспалительного процесса в почках и мочевых путях у крыс в исследуемых группах не обнаружили тканевого морфологического ущерба по сравнению с контролем. Положительное влияние парентерального введения гипохлорита натрия на течение воспалительного процесса в почках и мочевых путях не связано с его бактерицидными свойствами.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

А.П. Данилков, А.Ю. Павлов, Н.К. Дзеранов, В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков

НИИ урологии Росздрава

Цель. Повышение эффективности комплексного лечения хронического бактериального интерстициального нефрита у детей с мочекаменной болезнью при проведении операции ударно-волновой дистанционной литотрипсии.

Материалы и методы. Изучали истории болезней 12 детей, страдающих мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Возраст пациентов – от 1 года до 12 лет. Во всех случаях определили высокий титр инфицирования мочи не менее 10^5 КОЕ/мл. При посеве мочи получили кишечную палочку, синегнойную палочку, энтеробактерии. В предоперационном периоде проводили антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры и надвенное облучение крови лазе-

ром (ОКЛ) в течение 2-3 дней по 5-15 минут ежедневно. Мощность лазерного излучения равнялась 1 мВт, длина волны – 636 нм. Облучение крови лазером улучшало реологические свойства крови, микроциркуляцию, повышало биодоступность антибиотиков, стимулировало клеточный и гуморальный иммунитет. В день операции ОКЛ не проводили.

Результаты. В результате проведения комбинированной предоперационной подготовки больных обострение хронического пиелонефрита после сеансов дистанционной литотрипсии наблюдали у 2 пациентов из 12, что составило 17%. ОКЛ и антибактериальную терапию продолжали при обострении воспалительного процесса 3-4 дня до нормализации температуры тела и

показателей лейкоцитарной формулы крови.

Заключение. Таким образом, применение облучения крови лазером и антибактериальной терапии в течение 3-4 дней у детей с мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом с высокой степенью инфицирования мочи перед дистанционной литотрипсией камней почек и мочеточников позволяет снизить процент осложнений до 17%. Активизация воспалительного процесса возникала при обструкции мочевых путей фрагментами конкрементов, что требовало восстановления адекватного пассажа мочи. Теоретически обостренным является увеличение времени подготовки детей к ДЛТ с использованием ОКЛ до 7-10 дней.

КОРРЕЛЯЦИЯ МИКРОФЛОРЫ МОЧЕВЫХ И ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

К.И. Забиров, В.А. Максимов, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков В.С. Мечик, А.М. Исмаилов

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Одним из наиболее частых заболеваний мочевых путей у женщин является хронический рецидивирующий цистит, этиологическими агентами которого в значительном числе наблюдений являются представители вагинального микроценоза.

Целью исследования явилось изучение состава мочевых и половых путей женщин с хроническим рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. Обследованы 43 женщины в возрасте от 17 до 67 лет, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом «хронический рецидивирующий цистит» с длительностью заболевания от 1 года до 12 лет.

Результаты и обсуждение. Частота рецидивирования хронического цистита у обследованных женщин составляла от 1 эпизода в 6-8 месяцев до 1 эпизода в месяц.

У 27 (62,7%) пациенток рецидивы хронического цистита характеризовались болью в нижней части живота, дизурией, у 3 (6,9%) пациенток – макрогематурией и повышением температуры тела до субфебрильных значений. При микробиологическом исследовании мочи и клинического материала уретры, влагалища и цервикального канала у 10 (23,3%) пациенток констатирована идентичность видового состава микрофлоры материала мочевых и половых органов. Преимущественно выявлены условно-патогенные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae spp.* в сочетании с представителями семейства *Mycoplasmataceae (U.urealyticum, M.hominis)*. У 2 (4,7%) пациенток выявлены грибы рода *Candida albicans* в титре 10^4 - 10^5 КОЕ/мл в материале уретры и влагалища, у 4 – *Gardnerella vaginalis*.

Анализ результатов дополнительного обследования показал, что у 16 (37,2%) пациенток имелись хронические воспалительные заболевания половых органов (вагинит, цервицит, сальпингит, сальпингоофорит), у 7 (16,3%) – гормонозависимые заболевания (миома матки, поликистоз яичников), у 4 (9,3%) – бактериальный вагиноз.

Выводы. В результате проведенного исследования установлена высокая частота (62,8%) заболеваний органов половой системы и совпадения микрофлоры мочевых и половых путей (23,3%) у женщин с рецидивирующим течением цистита. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного обследования женщин с воспалительными урогенитальными заболеваниями.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ (НЭХО) КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В ГКУБ № 47

И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова

Городская клиническая урологическая больница № 47, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

С целью повышения эффективности использования коечного фонда и рентабельности оказания медицинской помощи при лечении острого пиелонефрита методом НЭХО крови в 2005-2006 годах в ГКУБ № 47 было проведено исследование. При обработке данных учитывалось количество коек в ГКУБ № 47 (300), необходимые средства для содержания коечного фонда в месяц (597200 руб.), финансирование на каждого пролеченного в месяц (3848 руб.), сумма дохода учреждения в зависимости от количества пациентов, а также сумма необходимых затрат по каждой из альтернатив лечения. Для сравнения в расчетах учитывались стоимость

курсового лечения антибиотиками (цефазолином и миранемом) и НЭХО острого пиелонефрита. Рассчитывалась стоимость применения антибиотиков (цефазолина и миранема) и НЭХО в день, за курс лечения, стоимость расходного материала с учетом годового бюджета рабочего времени персонала. Определялась трудоемкость услуги в условных единицах труда, оплата за весь курс лечения и некоторые другие показатели.

Впервые проведенные маркетинговые исследования медицинской услуги НЭХО крови подтверждают экономическую обоснованность метода и необходимость его дальнейшего внед-

рения в практику. Из анализа расчетов следует, что при использовании метода НЭХО расходы окупаются полностью даже при частичном заполнении клиники. Данный метод лечения позволяет обосновать выбор НЭХО как наиболее экономичный, эффективный, доступный и с хорошей переносимостью. Об этом свидетельствует клинический опыт применения метода лечения в отделении гравитационной хирургии крови ГКУБ № 47, а также сокращение показателей койко-дня пребывания в стационаре. Невостребованную часть средств коечного фонда ГКУБ № 47 может переводить в доход учреждения и на развитие ЛПУ.

МАРКЕТИНГОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОХЛОРИТОМ НАТРИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА МЕТОДОМ МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ

И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова

Городская клиническая урологическая больница № 47, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Пиелонефрит – достаточно распространенное заболевание, которым чаще страдают люди молодого возраста, что имеет важное социальное значение. Консервативное лечение с применением антибактериальных препаратов далеко не всегда эффективно и имеет достаточно много побочных действий. Не редко курс терапии антибиотиками превышает среднемесячный доход пациента, что сейчас особенно актуально для большей части населения. В настоящее время для лечения острого пиелонефрита все большей популярностью пользуется применение непрямого электрохимического окисления крови (НЭХ). Этот метод лечения обладает бактерицидным действием, быстро купирует интоксикацию, снижает

активность воспаления, стимулирует иммунитет, а также имеет целый ряд других положительных эффектов. Он удобен в применении, безопасен и, что немаловажно, требует минимальных материальных затрат.

Целью исследования был маркетинг медицинской услуги НЭХО крови при лечении больных острым пиелонефритом в ГКУБ № 47. Для сравнительного анализа медицинской услуги метода НЭХО крови использовались антибиотики меропенем и цефазолин (один из самых дорогих и дешевых препаратов соответственно). Проведены расчеты стоимости медицинской услуги с применением этих лекарственных препаратов методом минимизации затрат, с учетом пос-

тоянных (питание, обследование, диагностика и др.) и переменных затрат (лечение в зависимости от диагноза). По результатам исследования установлено, что лечение пиелонефрита методом НЭХО дешевле, чем цефазолином в 3,2 раза, а меропенемом – в 45,8 раза. Таким образом, курс лечения НЭХО составил 224,44 рубля, цефазолином – 722,63 рубля и миранемом – 10278,87 рублей.

Клиническая эффективность и обоснование применения гипохлорита натрия не вызывают сомнения и представлены в методических рекомендациях № 99/20, «Показания к НЭХО крови 0,06%-ным раствором гипохлорита натрия при остром пиелонефрите», МЗ РФ НИИ урологии, 2000 год.

МЕТАФАЛАКТИКА КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ МОЧЕВЫМИ КОНКРЕМЕНТАМИ

О.В. Константинова, Н.К. Дзеранов, Л.Н. Лавринова, Т.А. Бойко, Т.А. Конькова

НИИ урологии Росздрава, Москва

Медикаментозная коррекция нарушений обмена литогенных веществ у пациентов с уролитиазом является важным патогенетическим звеном в профилактике роста и рецидивов образований мочевых камней. Однако существует категория больных, у которых наряду с мочекаменной болезнью диагностируют инфекционно-воспалительный процесс в почках.

Целью настоящей работы было определение возможностей профилактики роста конкрементов у больных с инфицированными мочевыми камнями.

Под динамическим амбулаторным контролем в течение 1,5-3 лет находилось 12 пациентов в возрасте

от 25 до 66 лет с фосфатными камнями. При микробиологическом исследовании мочи у всех больных обнаружена уреазопродуцирующая микрофлора. Каждому больному назначали строго индивидуально – согласно данным посева мочи, антибиотикограммы, биодоступности и эффективности препаратов – антибактериальное лечение, а также лекарственные средства, воздействующие на обмен камнеобразующих веществ.

Анализ результатов лечения пациентов с кальций-фосфатным уролитиазом показал, что у всех больных был достигнут частичный метаболический эффект. По данным ультразвукового исследования почек, осу-

ществляемого не реже 1 раза в полгода, отмечен рост конкрементов в 100% случаев. Несмотря на регулярную терапию, направленную на снижение активности пиелонефрита, стойкой длительной ремиссии, по данным бактериологического и общего клинического анализа мочи, не выявлено.

На основании полученных результатов можно сделать предварительное заключение. Предотвращение роста инфицированных фосфатных конкрементов в настоящее время малоэффективно и, вероятно, в ряде случаев, целесообразно удаление камней с последующим проведением комплексной профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ЦИСТОСТОМОЙ

Н.А. Лопаткин, А.Ю. Альбицкая, Э.К. Яненко, Ю.Н. Ткаченко

НИИ урологии Росздрава, Москва

Основной причиной развития осложнений у больных с цистостомическим дренажом является инфекция нижних мочевых путей. У больных аденомой простаты она присутствует у 80% пациентов (Быков И.М., Скоробогатов В.М. (1976) Anikwe (1977); Осипов В.П. (1983); Кучук Я.И., Лямин Б.А. (1991); Минаков, Мкртчян (1993); Шабад и соавт., (1995); С.Д. Дорофеев и соавт. (2000), а при возникновении ОЗМ производимая во многих случаях катетеризация мочевого пузыря служит причиной ее обострения. Цистостома, позволяя восстановить отток из мочевого пузыря, в то же время является дополнительным источником инфекции и кроме того механическим фактором травмы слизистой мочевого пузыря. При этом опорожнение мочевого пузыря зачастую происходит самотеком – пассивно.

Цель. Улучшение результатов лечения воспалительных изменений мочевого пузыря у больных с цистостомическим дренажом, предотвращение развития осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 85 больных с аденомой предстательной железы и цистостомой, находящихся на лечении в НИИ урологии и ГКУБ №47. На дооперационном этапе 50 пациентам (основная группа) выполнялась тренировка основных функций мочевого пузыря на фоне проводимой комплексной антибактериальной терапии, в сочетании с альфа-адреноблокаторами и, при необходимости, эфферентными

методами лечения. В контрольную группу вошли пациенты, которым тренировка мочевого пузыря не производилась. 18 пациентов основной группы поступили в стационар с эпицистостомой, установленной в сроки от 1 до 3 месяцев, в других учреждениях, ранее проводилась комплексная противовоспалительная терапия без тренировки мочевого пузыря. У 8 из них уже имелись признаки малого мочевого пузыря, емкость которого составляла 80-120 мл. Для определения функционального состояния нижних мочевых путей пациентам выполнялись цистометрия и урофлоуметрия по цистостомическому дренажу в сочетании со стандартным обследованием больных с аденомой предстательной железы. Тренировку мочевого пузыря начинали со 2-го дня после троакарной цистостомии, пережимая отводящую дренажную трубку до позыва к мочеиспусканию с последующим опорожнением мочевого пузыря. Противопоказанием к тренировке мочевого пузыря явились следующие осложнения: атоничный мочевой пузырь, острый пиелонефрит, выраженный пузырно-лоханочный рефлюкс, макрогематурия и сохраняющаяся после цистостомии дилатация верхних мочевых путей.

Результаты. Антибактериальная терапия, проводимая согласно посеву мочи, в сочетании с тренировкой мочевого пузыря имела более выраженный эффект у пациентов основной группы в сравнении с контрольной, кроме того 8

пациентам, с выявленными ранее признаками малого мочевого пузыря, после проведенного лечения удалось увеличить емкость последнего до 250-300 мл. Отмечено снижение количества лейкоцитов и титра бактериурии у 43 (86%) больных основной группы. При выполнении радикальной операции – ТУР или чреспузырной аденомэктомии производилась биопсия стенки мочевого пузыря с последующим гистологическим исследованием, причем пациенты основной группы отличались менее выраженными воспалительными изменениями слизистой и отсутствием признаков атонии стенки мочевого пузыря.

Обсуждение. В афункциональном мочевом пузыре инфекционный процесс протекает сложнее, плохо поддается лечению и служит причиной уменьшения его емкости. Одним из факторов, позволяющих избежать прогрессирования воспалительного процесса в мочевом пузыре, является его тренировка, т.е. восстановление его основных функций – накопительной и выделительной. В пассивном, афункциональном мочевом пузыре, нарушается как кровоснабжение, так и лимфоотток (Andersen, Bradley, 1976; Chute 1993; Ю.А. Пытель, 1994; О.Б. Лоран, 1996; А.В. Зайцев, 1999), что способствует поддержанию воспалительного процесса. Таким образом, тренировка мочевого пузыря является ведущим фактором в лечении воспалительного процесса и профилактики малого мочевого пузыря.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРХИНОЛОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В.А. Максимов, К.И. Забиров, В.Ю. Мусаков, Н.И. Борисенко, И.И. Трачук, Д.А. Чепуров

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Урогенитальные инфекции представлены различными заболеваниями, обусловленными преимущественно грамотрицательными и грамположительными микроорганизмами. Вопрос о значении генитальных микоплазм в их развитии является дискуссионным. Среди препаратов различных фармакологических групп, применяемых для лечения боль-

ных с урогенитальными инфекциями, важное место занимают фтор хинолоны, характеризующиеся широким спектром антибактериальной активности и высоким профилем безопасности.

Цель исследования: оценить клиническую и микробиологическую эффективность левофлоксацина в терапии урогенитальных инфекций.

Материалы и методы: клиничко-микробиологическое обследование и лечение проведено 42 больным ИМП в возрасте 20-50 лет, разделенным на две группы. I группу составили 22 женщины (10 – с хроническим циститом в стадии обострения и 12 – с хроническим не-обструктивным пиелонефритом в стадии обострения); II группу составили

~ Хронический цистит в стадии обострения
 1-2-3- дни однократно внутрь по 200 мг один раз в сутки.
 Курсовая доза – 600 мг

~ Хронический необструктивный пиелонефрит в стадии обострения
 ~ Хронический калькулезный простатит в стадии обострения
 ~ Острый эпидидимит
 ~ Острый эпидидимоорхит
 1-12 дни по 200 мг один раз в сутки

Рисунок. Алгоритм назначения левофлоксацина в составе комплексной терапии ИМП

20 мужчин (11 – больных хроническим калькулезным простатитом в стадии обострения, 6 – острым эпидидимитом, 3 – острым эпидидимоорхитом). В работе использовали клинические, микробиологические, молекулярно-биологические (ПЦР), инструментальные, ультразвукографические методы исследования. Алгоритм назначения левофлоксацина в составе комплексной терапии ИМП изображен на рисунке.

Результаты и обсуждение: анализ полученных данных позволил установить полиэтиологический характер воспалительного процесса у обследованных

больных ИМП, при этом у 16 (38,1%) пациентов одновременно выявлено 2-4 возбудителя заболевания в различных сочетаниях. Наряду с представителями семейства Enterobacteriaceae (преимущественно E.coli), обнаружены U.urealyticum – у 12 (28,5%) и грибы Candida albicans – у 5 (11,9%) пациентов. В результате комплексного лечения с использованием левофлоксацина у 90,9% больных I группы установлена клиническая и у 81,8% – микробиологическая эффективность терапии. Во II группе больных наиболее выраженная положительная динамика отмечена у пациентов с

эпидидимитом и эпидидимоорхитом – у всех констатировано клиничко-микробиологическое излечение. Из 11 больных простатитом клиническое излечение достигнуто у 9, улучшение – у 2 пациентов. Побочные явления при применении левофлоксацина имелись у 2 (4,8%) пациентов (головная боль, тошнота).

Выводы: частота выявления генитальных микоплазм (U.urealyticum) у больных ИМП составляет 28,6% наблюдений. Применение левофлоксацина в лечении больных ИМП продемонстрировало высокую эффективность и хорошую переносимость препарата.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

В.А. Максимов, К.И. Забиров, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков, И.С. Балыков, А.Д. Самхарадзе
 Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Хронический рецидивирующий цистит у женщин – актуальная проблема в урологии в связи с широким распространением заболевания, негативным влиянием на качество жизни больных. В последние годы отмечается возросший интерес исследователей к изучению роли генитальных микоплазм в генезе воспалительных заболеваний мочевыводящих органов.

Цель исследования: оценить частоту выделения генитальных микоплазм в сопоставлении с клинической картиной у женщин с хроническим рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 43 женщин в возрасте от 17 до 47 лет с диагнозом «хронический рецидивирующий цистит». В работе использовали клинические, микробиологические, уретроцитоскопические, ультразвукографические методы исследования.

Результаты и обсуждение: клиническая картина обследованных женщин характеризовалась дизурией у 21 (48,84%), вагинальными выделениями – у 18 (41,86%), болями в нижней части живота – у 12 (27,9%) пациенток. У 20

(46,51%) пациенток имелись указания на перенесенный сальпингоофорит, у 17 (39,53%) – нарушение менструальной функции, у 12 (27,9%) – бактериальный вагиноз, у 7 (16,28%) – эктопию шейки матки. Ранее проводилась антибактериальная терапия по поводу обнаружения U.urealyticum 6 (13,95%) пациенткам.

При ультразвукографическом исследовании ни в одном наблюдении изменения в верхних отделах мочевыводящей системы не выявлены. В то же время имелись ультразвуковые признаки миомы матки у 6 (2,58%), сальпингоофорита – у 14 (32,56%), кисты яичников – у 5 (11,63%), утолщения стенки мочевого пузыря – у 16 (37,21%) пациенток.

При микробиологическом исследовании мочи и клинического материала уретры, цервикального канала и влагалища у 30 пациенток были выявлены следующие микроорганизмы: U.urealyticum – у 8 (18,6%), в сочетании с грибами рода Candida albicans – у 11 (25,58%), M.hominis в сочетании с грибами рода Candida albicans – у 7 (16,28%), M.genitalium – у 1 (0,43%) пациентки. Кроме этого, у 11 (25,58%)

обследованных женщин выявлены E.coli, Staphylococcus spp., Streptococcus viridens в титре 104-106 КОЕ/мл.

При уретроцитоскопическом исследовании у 41 (95,35%) женщин выявлены признаки воспалительного процесса – гиперемия, отек слизистой оболочки уретры, мочевого пузыря, усиление сосудистого рисунка, псевдокапиллярные образования, более выраженные в области шейки мочевого пузыря. В результате проведенного лечения с использованием препаратов из группы фторхинолонов положительная динамика в течении цистита коррелировала с эрадикацией генитальных микоплазм (U.urealyticum, M.denitalium) у 6 из 9 пациенток.

Выводы: частота выделения генитальных микоплазм в составе микробных ассоциаций у обследованных женщин с хроническим рецидивирующим циститом составила 37,2% наблюдений, что свидетельствует об этиологическом значении представителей семейства Mucoplasmataceae в генезе воспалительного процесса и необходимости назначения лекарственных средств, обладающих широким спектром антимикробной активности.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВКИ И КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА

В. А. Максимов, К.И. Забиров, Н.В. Марчук, В.Ю. Мусаков, Д.А. Чепуров

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва.

Заболевание головки и крайней плоти полового члена являются актуальной проблемой урологии в виду их широкого распространения, возможности развития осложнений и негативного влияния на качество жизни больных.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры заболеваний головки и крайней плоти полового члена.

Материала и методы: изучение архивного материала ГКУБ № 47 Москвы – истории болезни больных заболеванием головки и крайней плоти полового члена за период с 1994 по 2004 г.г.

Результаты и обсуждение. За период с 1994 по 2004 г.г. на стационарном лечении в ГКУБ № 47 находился 641 мужчина в возрасте от 17 до 79 лет с диагнозом: фимоз – у 480, парафимоз – у 21, баланопостит – у 20, остроконечные кондиломы (по МКБ X – аногенитальные бородавки) – у 116, злокачественные новообразования головки полового члена – у 4 больных. Большинство

больных находились в возрасте 17-29 лет (60,4%); пациенты 30-44 лет и 45-59 лет составили 14,8% и 14,2% наблюдений соответственно. Проведенный анализ позволил выявить некоторые закономерности в возрастном составе в зависимости от диагноза заболевания: 35% больных баланопоститом находились в возрасте 60-74 лет. Среди больных остроконечными кондиломами большинство (80,1%) составляли лица, находившиеся в возрасте наибольшей сексуальной активности – 17-29 лет. Высокие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями полового члена в этой же возрастной группе согласуются с данными литературы о роли вирусов папилломы человека, в иницировании как остроконечных кондилом, так и неоплазий у лиц обоего пола.

Дополнительный анализ ретроспективного материала позволил установить связь фимоза с наличием баланопостита у 34,9% пациентов, длительность которого составляла

от 1 до 14 лет; при этом выявлена корреляция частоты рецидивов баланопостита с частотой развития фимоза. Анализ факторов, предрасполагающих к развитию баланопостита и дальнейшего рубцового сужения крайней плоти показал, что у 40,5% пациентов имелась удлиненная крайняя плоть, у 13,5% – сужение внутреннего листка крайней плоти.

Оценить этиологическую структуру возбудителей баланопостита в полном объеме не представилось возможным.

Выводы. Результаты проведенного ретроспективного анализа архивного материала позволили установить некоторые закономерности структуры заболеваемости головки и крайней плоти полового члена за длительный промежуток времени (1994-2004г.г.), что позволит определить направление организационных мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи стационарным больным.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГРАВИТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КРОВИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 47 В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.Г. Наумов, В.А. Максимов, А.П. Данилков

НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

По распоряжению главного врача больницы № 47 и при активном содействии отдела эфферентной терапии НИИ Урологии в 300 койном стационаре в конце 2000 года было сформировано отделение гравитационной хирургии крови (ГХК). В штатном расписании отделения числятся три врача, четыре медицинские сестры. Оно рассчитано на одновременное лечение 7

больных. В отделении ГХК есть все условия для проведения самого современного лечения: квантовой интравазальной терапии (лазерное и ультрафиолетовое облучение крови), лечения физиологическими окислителями (озонотерапией и непосредным электрохимическим окислением (НЭХО) крови), гемосорбцией и плазмаферезом. В отделении реанимации выделено отдельное

помещение для лечения гемодиализом и проведения суточной слабоботочной гемодиализации. Для осуществления динамического контроля за эффективностью лечения методами гемокоррекции, отделение ГХК оснащено биохимическим люминометром. Исследование у пациентов перекисного окисления и антиоксидантной защиты сыроворотки крови и мочи позволяет в

считанные минуты определять выраженность активности воспаления и произвести расчет необходимой им детоксикационной нагрузки.

Ежегодно в отделении получают лечение 10-15 % всех поступивших пациентов в стационар за год. В 2002 году 504 больных, в 2003 году 698, в 2004 году 724, в 2005 году 873 и в 2006 году 792. Всего за последние пять лет в отделении оказали помощь 3591 больному, которым было сделано 13844 сеансов эфферентной терапии.

По поводу воспалительных урологических заболеваний лечение получили 95-97 % всех больных (12896 сеансов эфферентной терапии). Из них у 75-82 % пациентов лечили острые и хронические инфекционные урологические заболевания и 12-16% проводили профилактику возможных обострений хронических воспалительных заболеваний перед оперативными вмешательствами (ТУР аденомы предстательной железы, ДЛТ, полостными и эндоскопическими вмешательствами), а также манипуляциями с дренажами (нефро и цистостомами). Остальные 3-5 % (не воспалительных урологических заболеваний) пришлось на больных с ХПН, после пластических хирургических вмешательств, онкоурологическими заболеваниями, с лекарственной болезнью (аллергия, дисбактериозы) и т.д., а также с сопутствующими заболеваниями (пневмония, сахарный диабет и т.д.).

В структуре нозологических единиц, по поводу которым проводилось лечение в отделении ГХК, были в 48-56 % пиелонефрит, 8-10% простатит, реабилитация после хирургических вмешательств на «хронических очагах инфекции» 3-9 %, 4,2-7% эпидидимоорхиты, цистит в 2-4 % случаев и другие 1-1,5 % (каверниты, уретриты, баланопоститы, абсцесс мошонки, нагноение олеогранулемы и т.д.).

Всего за последние пять лет в отделении ГХК по поводу лечения инфекционных урологических заболеваний было проведено: 731 сеанс лазерного облучения крови, 435 ультрафиолетового облучения крови, 6135 сеансов озонотерапии, 4986 НЭХО крови, 245 сеансов гемосорбций, 315 плазмаферезов, 14 гемодиализов и 35 сеансов слабopotочной гемодиализации. Курс лечения пациентов, как правило, составлял от 2 до 5 процедур. У некоторых больных количество процедур было от 9 до 16, что определялось либо их тяжестью состояния, или неоднократными обострениями у них воспалительного урологического заболевания в пределах одной госпитализации.

Наиболее часто мы применяли НЭХО крови, что согласуется с высокой эффективностью этого метода лечения самых разных воспалительных урологических заболеваний. Последние годы отмечался стабильный рост применения озонотерапии. Эта методика хорошо себя зарекомендовала в лечении вялотекущих урологических воспалительных заболеваний, в реабилитации после оперативных вмешательств на «хронических очагах инфекции», в том числе и у соматически ослабленных пациентов.

Постепенно накапливается опыт применения лазерного облучения крови, о чем свидетельствует неуклонное увеличение и расширение показаний к лечению этим методом. В основном лазерное облучение крови применялось в виде монотерапии. Другой диапазон света видимого спектра – ультрафиолетовый, использовался, как сильное бактерицидное и иммуностимулирующее средство.

Необходимо подчеркнуть, что гемосорбция и плазмаферез сегодня остаются одними из самых эффективных видов лечения инфекцион-

ных воспалительных заболеваний. Эти методы детоксикации способствуют наиболее полной элиминации токсинов (микробов, циркулирующих иммунных комплексов, эндогенных токсинов и т.д.).

Современное отделение реанимации хирургического стационара невозможно представить без аппаратов для проведения «острого» гемодиализа и слабopotочной гемодиализации. Применение этих методов для лечения бактериотоксического шока, уросепсиса и полиорганной недостаточности позволили в последние годы снизить летальность в ГКУБ № 47 в несколько раз.

У каждого из перечисленных выше методов экстракорпорального лечения имеются свои показания и ограничения в применении. Сочетанное, последовательное их использование значительно расширяет возможности детоксикации и гемокоррекции, а значит и результаты лечения.

Эфферентные методы лечения экономичны и безопасны. Их активное применение в комплексном лечении инфекционных урологических заболеваний позволяют быстрее осуществить детоксикацию организма больного. При этом повышается эффективность проводимого антибактериального и противовоспалительного лечения; сокращается количество курсов, хорошо лечатся осложнения и побочные действия лекарственной терапии. Своевременное применение эфферентной терапии уменьшает риск развития и количество инфекционно-воспалительных осложнений, в том числе требующих органорезецирующих операций. При применении методов гемокоррекции, приближаясь к стандартам лечения, сокращаются сроки госпитализации и, соответственно, койко-день. В итоге уменьшаются страдания пациентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРМЕНТАТИВНОГО СПЕКТРА МОЧИ ПРИ ОЗОНОТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Р.М. Сафаров, С.А. Голованов, В.А. Кропин, А.Г. Наумов, В.Е. Антонова, В.В. Дрожжева, Т.А. Конькова, В.В. Щукин
НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

В группу исследования входило 15 урологических больных с острым необструктивным пиелонефритом к стандартной консервативной терапии, у которых добавляли курс внутривенной озонотерапии. В контрольную группу вошло 18 больных с острым пиелонефритом, которым не проводилась озонотерапия. Возраст пациентов составлял от 17 до 45 лет. Забор мочи для исследования выполнялся до начала озонотерапии, через сутки после первого сеанса, на 3-4 и 7-е сутки проведения курса лечения.

Основным источником ферментов мочи являются клетки проксимальных канальцев, составляющие около 42% массы почечной ткани. В эпителии этого отдела нефрона локализуется большая группа (более 30) ферментов лизосом и ферментов мембран краевой щеточной каемки. Нами исследовалась активность следующих ферментов: щеточной каемки – гаммаглутамилтрансфераза (ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ); цитозольные – лактатдегидрогеназа (ЛДГ).

Время течения заболевания к моменту начала проведения озонотерапии составляло $3,43 \pm 0,22$ дня. Для всех пациентов было характерно наличие синдрома эндотоксикоза.

На первые сутки от начала озонотерапии отмечено повышение активности ферментов щеточной каемки в группе исследования с исходных $33,8 \pm 2,59$ до $45,19 \pm 0,94$ ед/л ($p < 0,05$). Показатели активности ЛДГ снизились с $3,49 \pm 0,58$ до $2,37 \pm 0,74$ ед/л ($p < 0,05$), по всей видимости, в связи с противовоспалительным воздействием озонотерапии. В группе контроля значимой динамики не отмечалось.

К 3-4 суткам в группе исследования отмечается снижение активности ЩФ и ГГТ ниже исходного уровня. Динамика снижения активности ЛДГ сохранялась, а у 10 пациентов (66,7%), достигала уровня нормальных значений. В группе контроля снижения активности исследуемых ферментов не происходило.

При контроле ферментного спектра

на 7-е сутки исследования в группе с применением озонотерапии сохраняется тенденция к снижению активности мембраносвязанных ферментов ($12,33 \pm 0,76$ ед/л), тем не менее он оставался несколько выше нормы находящейся в пределах 2-10 ед/л. Активность ЛДГ у всех пациентов данной группы находилась в пределах нормы составляющей 0-2 ед/л. В группе контроля активность исследуемых ферментов к концу исследования оставалась выше, чем в группе с озонотерапией, и тенденция к ее снижению была минимальной.

Таким образом, мы рекомендуем применение внутривенной озонотерапии в комплексном лечении острого пиелонефрита, так как озон обладает выраженным противовоспалительным потенциалом, а так же положительно влияет на восстановление структуры и функции клеток эпителия проксимальных канальцев почек и, по всей видимости, обладает мембранопротективным эффектом.

ПЕРВЫЙ В РОССИИ ЕЖЕГОДНЫЙ СПРАВОЧНИК

КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОССИИ на 2007 год (4-е издание)



Тираж 6000 экз.

В Календаре представлена информация о медицинских выставках, конгрессах, симпозиумах, конференциях России с указанием даты и места проведения, а также координат организаторов — 1-я часть. Тематические мероприятия по разделам медицины — 2 часть.

Для удобства пользователей мероприятия ДВУХ СТОЛИЦ выделены на цветных страницах в конце издания.

Принимаются заявки на приобретение «Календаря-2007»

МЕДЛАЙН
Media

Тел./факс: (812) 702-47-72, 552-76-57,
тел. (812) 947-25-56
E-mail: mmk@medline-m.spb.ru
www.medline-media.spb.ru