

УДК 612.017.1:616.61-002.3

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.Д. Мурзалиев

Проведено исследование показателей иммунологической реактивности у больных с острым пиелонефритом и изменения их под влиянием лечения. Установлено, что при озонотерапии быстрее улучшаются показатели иммунологической защиты и, наряду с ними, клинические показатели.

Ключевые слова: пиелонефрит; озонотерапия; лечение; иммунитет.

IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH ACUTE PYELONEPHRITIS

A.D. Murzaliyev

It is conducted the research of indicators of the immunological reactivity and change them under the influence of treatment. It is established that when ozone therapy will improve clinical outcomes and along with them the immunological protection.

Key words: acute pyelonephritis; ozone therapy; treatment; immunity.

Введение. Проблема гнойных осложнений урологических заболеваний с выраженной эндотоксикацией, острой и хронической почечной недостаточностью являются одной из наиболее актуальных проблем современной урологии, так как, протекая в условиях нарушенной уродинамики, они сопровождаются развитием осложнений, к числу которых относятся: интоксикация, уросепсис, септический шок, а летальность при этом доходит до 50–60 % [1].

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 66 пациентов, которые были госпитализированы и получали лечение по поводу острого пиелонефрита.

У 66 (46,8 %) пациентов диагностирован первичный пиелонефрит, из них у 19 (13,4 %) выявлен нефроптоз 2–3 степени. Острый, двухсторонний пиелонефрит установлен у 19 (13,4 %) больных. В большинстве случаев острый пиелонефрит протекал как тяжелое острое инфекционное заболевание, сопровождающееся выраженной интоксикацией. Здесь клинически на первый план выступал интоксикационный синдром. Это высокая температура, озноб, общая слабость, обильный пот, боли во всем теле, боли в поясничной области, тошнота, рвота, недомогание.

При пальпации обнаруживалась болезненность в пораженной области, напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный сим-

птом поколачивания по XII ребру на стороне поражения.

В общем анализе крови имел место высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ и ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации).

В общем анализе мочи отмечались протеинурия, микрогематурия (свежие эритроциты), единичные цилиндры, пиурия и бактериурия. Сразу же порции мочи были отправлены на бактериологический посев для определения вида микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

При УЗИ оценивали размеры и подвижность почек, размеры паренхимы, наличие и степень дилатации чашечно-лоханочной системы, локализацию камней и определяли их размеры, а для дифференциальной диагностики использовали обзорную рентгенограмму и экскреторную урографию. В моче определяли наличие бактериурии и лейкоцитурии. У больных при переходе серозного воспаления в гнойный повышался лейкоцитоз и СОЭ, нарастала анемия, клинически присоединялся потрясающий озноб, изменения со стороны ЖКТ и других органов и систем. В крови увеличивался уровень мочевины, креатинина и щелочной фосфатазы.

Клинические данные указывали на наличие у большинства больных синдрома системной воспалительной реакции, что требовало использования комплексного метода лечения для предотвра-

щения прогрессирующего деструктивного процесса в почках.

После кратковременного обследования назначали диету медикаментозное и хирургическое лечение. Диета состояла из потребления больших количеств жидкости – более 2-х литров в сутки, исключение острой, жирной, жареной пищи, увеличения приема свежих продуктов и овощей.

У больных с выраженной интоксикацией проводили введение реополиглюкина, гемодеза. Переливали солевые растворы, 5-10%-ные растворы глюкозы с аскорбиновой кислотой, свежзамороженную плазму, белковые препараты, 2,4%-ный раствор эуфиллина и фуросемид. Общий объем инфузии составлял 2,5–3 литров в сутки. Первые 8–9 дней назначали ингибиторы протеолиза – аминокaproновую кислоту по 100 мл в сутки или контрикал ежедневно по 10–20 тыс. ед. внутривенно капельно на 200–500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Из жаропонижающих средств назначали салицилаты, нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, анальгин, амидопирин и т. д.), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил). С целью стабилизации проницаемости клеточных мембран и капилляров назначали рутин по 0,05 мг 2–3 раза в день. Для улучшения микроциркуляции использовали пентоксифиллин (трентал). При выборе антибиотикотерапии учитывали реакцию мочи, нефротоксичность препарата и чувствительность возбудителя.

Этот объем лечения получали 22 больных с пиелонефритом (контрольная группа), а у 44 помимо традиционной терапии включали местную (у оперированных) и общую озонотерапию. Озо-

нированный физиологический раствор хлорида натрия (400,0) с концентрацией озона 3–4 мкг/мл вводили внутривенно капельно ежедневно, а с концентрацией 8–10 мкг/мл осуществляли орошение раны в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. Проведено исследование иммунобиологической реактивности у больных с острым пиелонефритом, которые получали комплексное лечение. При этом установлено, что при поступлении у них был повышен уровень иммуноглобулинов G, M и имелась тенденция к снижению иммуноглобулина A.

Достоверное снижение количества T-лимфоцитов и повышение уровня B-лимфоцитов. В процессе лечения с использованием озонированных растворов наблюдалась положительная динамика, но к моменту выписки уровень иммуноглобулинов A- и M приблизился к норме, а остальные показатели еще отличались от нормы (таблица 1).

В группе с традиционным лечением в момент поступления больных отмечены такие же нарушения как у предыдущей группы. В процессе лечения, если клинические показатели улучшались, то со стороны иммунологических тестов в ближайшие сроки сдвигов не наблюдалось и лишь к моменту выписки отмечены достоверные положительные сдвиги, но нормализации не наступало.

Нами проведен сравнительный анализ клинических данных у больных обеих групп и получена следующая картина (таблица 2).

Клиническое улучшение больных, в основном наблюдалось на 3–5-е сутки. Это выражалось в снижении температуры тела, прекращении болей, улучшении общего самочувствия, а улучше-

Таблица 1 – Динамика показателей иммунологической реактивности у больных с острым пиелонефритом (основная группа, n = 66)

| Срок обследования | Стат. показатели | Показатели | | | | |
|-------------------------------|------------------|------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | | иммуноглобулины, мг/мл | | | лимфоциты, % | |
| | | A | M | G | T- | B- |
| При поступлении | M1 ± m1 | 2,19 ± 0,13 | 1,12 ± 0,08 | 18,04 ± 1,07 | 49,12 ± 0,05 | 15,18 ± 0,11 |
| P | M1–M4 | > 0,05 | > 0,05 | <0,001 | < 0,01 | < 0,01 |
| В процессе лечения | M2 ± m2 | 2,14 ± 0,06 | 1,12 ± 0,07 | 19,15 ± 0,07 | 45,13 ± 0,12 | 15,16 ± 0,05 |
| P | M1–M2 | > 0,05 | > 0,05 | > 0,05 | < 0,05 | > 0,05 |
| При выписке | M3 ± m3 | 1,81 ± 0,04 | 1,21 ± 0,03 | 16,74 ± 0,05 | 50,12 ± 0,31 | 15,12 ± 0,04 |
| P | M1–M3 | < 0,05 | > 0,05 | <0,01 | >0,05 | < 0,05 |
| Практически здоровые (доноры) | M4 ± m4 | 2,21 ± 0,05 | 1,46 ± 0,10 | 15,15 ± 0,10 | 54,30 ± 0,50 | 13,10 ± 0,41 |
| P | M3–M4 | > 0,05 | > 0,05 | < 0,05 | < 0,05 | < 0,05 |

ние в показателях анализов крови и мочи наблюдались только на 6–8-е сутки. В среднем пребывание больных в стационаре у больных контрольной группы составило $14,5 \pm 1,12$, а в основной $10,4 \pm 1,4$ койко-дня.

Таблица 2 – Основные клинические показатели у больных с первичным пиелонефритом

| Показатели | М \pm m Контр. группа | М \pm m Осн. груп- па |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Улучшение общего состояния | $4,8 \pm 0,19$ | $3,4 \pm 0,92$ |
| Исчезновение болевого синдрома | $4,1 \pm 0,97$ | $3,8 \pm 0,73$ |
| Нормализация температуры, в сутках | $4,3 \pm 1,11$ | $3,6 \pm 2,2$ |
| Нормализация лейкоцитов, в сутках | $8,2 \pm 0,31$ | $6,3 \pm 1,5$ |
| Осложнения (%) | 4,5 | 1,5 |
| Проведено койко-дней | $14,5 \pm 1,12$ | $10,4 \pm 1,4$ |

Подводя итог вышеизложенному, можно отметить, что озонированные растворы обладают однонаправленным действием и потенцируют действие других препаратов. Полученные результаты исследований к моменту выписки больных из стационара показали, что клинические и иммунологические показатели основной группы опережали группу контроля.

Литература

1. Савченко Р.Г. Прогностическое значение динамики показателей белкового метаболизма до и после ультрафильтрации и гемодиализа у больных с синдромом эндогенной интоксикации / Р.Г. Савченко, П.А. Прокаев // Методы эфферентной и квантовой терапии в клинической практике. Ижевск, 1995. С. 154–155.
2. Асылбашев Р.Б. Оптимизация методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Р.Б. Асылбашев. Бишкек, 2005. 24 с.