

УДК 616.65:615.03

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Д. Мурзалиев

Представлены данные эффективности использования плазмафереза при детоксикационной терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Ключевые слова: эндотоксикоз; доброкачественная гиперплазия предстательной железы; плазмаферез.

PLASMAPHERESIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

A.D. Murzaliev

It is presented monitoring of the effectiveness of use plasmapheresis for detoxification therapy in patients with benign prostatic hyperplasia.

Key words: endotoxemia; benign prostatic hyperplasia; plasmapheresis.

Одним эффективных способов выведения эндотоксинов является обменный плазмаферез (ПФ), который широко внедрен в различные отрасли медицины: гематологию, эндокринологию, ревматологию, хирургию, урологию [1–4].

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 296 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Из них 47 больных (15,8 %) поступили с острой задержкой мочи. В 49 случаях (16,6 %) выявлена хроническая почечная недостаточность. Данную клиническую картину ухудшало еще и наличие сопутствующих заболеваний, которые выявлены у 272 пациентов (54,0 %). Наиболее часто встречалась коронарная болезнь сердца и гипертоническая болезнь.

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

С учетом тяжести состояния проводилась инфузионная терапия (5%-ный раствор глюкозы с комплексом витаминов, реополиглокин и др.).

Больные с сопутствующими заболеваниями консультировались по необходимости терапевтом, кардиологом, невропатологом и т. д.

У 164 больных (55,4 %), кроме традиционной терапии, к лечению подключали обменный дискретный плазмаферез. Плазмаферез применялся нами как в до- так и в послеоперационном периоде в комплексе с другими медикаментозными средствами. К назначению сеансов ПФ подходили строго индивидуально. У тяжелых больных по показаниям проводили катетеризацию подключичной или кубитальной вены. Оптимальной скоростью забора крови было 80–100 мл/мин, что позволяло в течение 2-х часов удалить от 600 до 1200 мл крови. Объем забора крови также зависел от общего состояния пациента и показателей крови. У больных с явлениями гипергидратации и артериальной гипертензии с наличием недостаточности по малому или большому кругу кровообращения (22 чел.), первую процедуру проводили без плазмазамещения, а форменные элементы разбавляли физиологическим раствором хлорида натрия и вводили обратно по 15–20 капель в минуту. У больных с ХПН на первый план выступало изменение реологии крови, т. е. отмечалось повышение свертываемости и вязкости крови, а белковый метаболизм у них часто находился в пределах нормы. Поэтому у этих

больных особое внимание обращали на реологию крови. Плазмазамещение проводили путем введения реополиглобулина, плазмы и т. д.

Следует отметить, что среднее количество проведения ПФ составляло 3–4 сеанса с интервалом в 3–4 суток. Однако у больных с выраженной интоксикацией требовалось более частое проведение сеансов и увеличение их количества для получения стойкого клинического эффекта, в связи с чем сроки между сеансами сокращались до 1 суток. При анализе количества сеансов ПФ установлено, что наибольшее количество сеансов проведено у больных с аденомой предстательной железы, осложненной пиелонефритом и ХПН.

Таблица 1 – Основные клинические показатели у больных с ДГПЖ основной и контрольной групп

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	Степень достоверности, P
Улучшение общего состояния, сут	3,2 ± 0,31	4,5 ± 0,17	< 0,05
Исчезновение болевого синдрома, сут	3,7 ± 0,28	4,1 ± 0,21	> 0,05
Нормализация температуры, сут	3,4 ± 0,31	5,8 ± 0,13	< 0,01
Нормализация количества лейкоцитов, сут	5,2 ± 0,18	7,4 ± 0,23	< 0,05
Послеоперационные осложнения, %	3,6	8,3	< 0,05
Проведено койко-дней	14,2 ± 0,11	17,4 ± 0,21	< 0,05

Сопутствующие заболевания, тяжелый общий соматический статус ограничивали объем удаляемой плазмы за один сеанс. При проведении процедуры ПФ наблюдались осложнения. У 17 больных (10,3 %) отмечено легкое головокружение, тошнота. У 3-х из них (1,8 %) была рвота. При определении артериального давления отмечалась гипотония, которая проходила при ускорении восполнения объема циркулирующей крови. У 9 (5,4 %) пациентов была аллергическая реакция на введение препарата. Проявлялась она в виде озноба, снижения артериального давления. В этом случае сразу же прекращали процедуру и вводили 10,0 мл 10%-ного раствора хлористого кальция, 30–60 мг

преднизолона. Во всех случаях артериальное давление удалось быстро стабилизировать до исходных величин. Других осложнений не наблюдали (таблица 1).

Традиционное лечение получали 132 больных, эти больные служили для нас группой контроля.

Операции назначали после стихания острых воспалительных явлений, улучшения общего состояния и компенсации сопутствующих заболеваний. У 23 (7,7 %) больных произведена трансуретральная резекция, а у 231 (78,%) чреспузырная аденомэктомия.

В дооперационном периоде основной целью разработанного нами объема терапии была детоксикация, уменьшение степени операционного риска. Быстрая и эффективная детоксикация в ближайшем послеоперационном периоде давала возможность сокращения времени нахождения больного в стационаре. Использование ПФ у больных с острой задержкой мочи позволяло быстро купировать интоксикацию и возможность сократить время до оперативного вмешательства.

Таким образом, использование ПФ улучшало течение заболевания и его исход. В результате удалось добиться сокращения количества послеоперационных осложнений и койко-дней в сравнении с больными, получавшими традиционное лечение. У больных с ДГПЖ довольно часто имеются тяжелые сопутствующие заболевания и осложнения, что необходимо учитывать в процессе проведения лечения.

Литература

1. Антонова В.Е. Эфферентная терапия в комплексном лечении острого гнойного пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде / В.Е. Антонова, А.Г. Мартов, А.П. Данилков // Урология. 2007. № 4. С. 94–97.
2. Довлатян А.А. Оперативная тактика при осложненных формах острого гнойного пиелонефрита беременных / А.А. Довлатян, Д.В. Морозов, И.М. Аль-Курди // Урология и нефрология. 2001. № 2. С. 10–13.
3. Кабак А.А. Влияние пострасплатационного плазмафереза на результаты пересадки трупной почки / А.А. Кабак, В.А. Горяинов, И.Н. Соловьева // Хирургия. 2002. № 12. С. 31–33.
4. Неймарк А.И. Эфферентные методы в лечении урологических заболеваний / А.И. Неймарк // Урология. 2001. № 3. С. 53–54.