

Цель исследования: повысить эффективность оперативного лечения больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, путем применения комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП у этих пациентов.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследования проведены у 38 больных с ГПЗ, осложненной развитием ГАМП. Возраст больных от 66 до 79 лет. Длительность заболевания от 3 до 6 лет. Среди сопутствующих заболеваний наблюдались хронический простатит – у 81,6% больных, артериальная гипертензия – у 57,9% пациентов, компенсированный сахарный диабет 2-го типа – 31,6 % больных. У всех больных гиперплазированные ткани предстательной железы удаляли путем трансуретральной электро-резекции (ТУР) под спинно-мозговой анестезией. Исследуемые больные были разделены на две равноценные группы. В первую группу (20 человек) вошли больные, которым в послеоперационном периоде проводилось традиционное медикаментозное лечение (антибиотики, анальгетики и инфузионная терапия). Во вторую группу вошли 18 больных, которым кроме традиционной медикаментозной терапии назначали патогенетическую терапию с учетом патогенеза ГАМП у пациентов с ГПЗ. Медикаментозную патогенетическую терапию начинали с третьего дня после ТУР гиперплазированных тканей с применением  $\alpha$ -адреноблокаторов (Омник или Омник ОКАС по 1 капсуле 30 дней), препаратов с антихолинэргической активностью (Везикар или Уротол по 1 капсуле 30 дней), препаратов, улучшающих кровообращение в мышцах

мочевого пузыря и тазового дна путем активации оксида азота (NO) – Сиалис (по 20 мг через каждые 36 часов 10 приемов на курс лечения), а также комплексный фитопрепарат Канефрон Н (по 2 капсулы 3 раза в сутки в течении 60 дней).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Ранний послеоперационный период (первые 5 дней) у больных первой и второй групп в целом протекал гладко. После удаления на 4–5-е сутки после операции уретральных дренажей выраженные клинические проявления ГАМП отмечались практически у всех больных первой и второй групп. На 30-е сутки после операции клинические проявления ГАМП у больных первой группы отмечались у 40% больных, а на 60-е сутки – у 25% пациентов. У больных второй группы с применением комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП на 30-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинические проявления ГАМП отмечались у 11,1% пациентов. На 60-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинических проявлений ГАМП у больных второй группы не отмечалось.

## **ВЫВОДЫ**

Применения комплексного патогенетически ориентированного медикаментозного лечения у больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы, является эффективным и может быть рекомендованным для внедрения в клиническую практику.

# **ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА Н В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

*М.И. Ухаль, О.И. Маломуж, Е.М. Ухаль, Ю.Н. Лунга*

*Одесский национальный медицинский университет*

Персистенция бактерий в почках и мочевых путях представляет одну из наиболее трудных проблем успешного лечения инфекционного воспалительного процесса в этих органах.

Это связано с отсутствием защитных противинфекционных механизмов на искусственных материалах (катетеры, дренажи, камни, протезы и т.д.), а также с адгезией микроорганизмов и со-

лей к их поверхностям, формирование биопленок и развитием персистирующей инфекции мочевых путей. Высокая приспособляемость микроорганизмов в биопленках, фиксированных на катетерах, дренажах и локализованная в структурах мочевых камней к постоянно меняющимся условиям существования особенно проявляется при антибиотикотерапии — обесценивая при этом целые классы антибиотиков за счет селекции резистентных штаммов микроорганизмов.

Цель исследования: изучить эффективность применения Канефрона Н для ликвидации персистирующей бактериальной микрофлоры в почках и мочевых путях больных уролитиазом и профилактики рецидива мочекаменной болезни.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены у 53 больных с мочекаменной болезнью (СКБ) в возрасте от 22 до 68 лет. Средний возраст 49 лет. Больные были разделены на две равноценные группы. Основная группа (n=22): получали стандартную антибактериальную терапию в послеоперационном периоде. Группа сравнения (n=31): стандартная терапия + Канефрон Н по 2 таблетки 3 р/д — 3 месяца. Критериями включения больных в исследование были: установленный диагноз МКБ, состояние после успешной литотрипсии. Размер конкрементов от 7 до 23 мм. Критериями исключения были: наличие коралловидных камней, состояние после открытого оперативного вмешательства, наличие хронического поражения паренхимы почек. Критериями эффективности являлись: ускорение регресса клинической симптоматики и изменений в анализах крови и мочи, восстановление почечного кровотока. Методы исследования: петроскопическое и цитохимическое исследование осколков конкрементов; бактериологическое исследование осколков конкрементов; бактериологическое исследование мочи и фагоцитарной активности лейкоцитов мочи; биохимическое исследование содержания мочевой кислоты в крови и в моче; УЗ исследование систолического почечного кровотока. Катамнестическое наблюдение в течение года.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При бактериологическом исследовании посевов измельченных осколков мочевых камней бактериальная микрофлора определялась у 80,6% случаев. При этом у подавляющего боль-

шинства случаев это была грамм (–) микрофлора. При петроскопическом исследовании препаратов из осколков мочевых камней среди преобладающих неорганических структур во всех случаях определялись адгезированные лейкоцитарно-фибриновые комплексы; лейкоцитарно-фибрино-бактериальные комплексы и отдельные бактериальные биопленки. При исследовании осадка мочи в основной и контрольной группах на 10-е сутки после удаления мочевых камней выявляли лейкоцитурию, протеинурию, бактериурию и солевые кристаллы. При цитохимическом исследовании в эти сроки осадка мочи: патогенные микроорганизмы определялись практически у всех больных не только в осадке мочи, но и в фаголизосомах лейкоцитов. При эмперическом использовании с первого же дня после разрушения мочевых камней Левофлоксацина гемигидрат (Флоксиума) нами клинически не выявлено развития острого инфекционного воспалительного процесса в почках и в мочевых путях. При посевах мочи на 6-е сутки после оперативного разрушения мочевых камней у 19 из 31 пациента (63%) определялась патогенная микрофлора, идентичная посевам из измельченных осколков мочевых камней титрах  $10^4$ – $10^5$ . При исследовании осадка мочи у больных мочекаменной болезнью основной и референтной групп на 10-е сутки после литотрипсии выявляли лейкоцитурию, протеинурию, бактериурию и солевые кристаллы. При цитохимическом исследовании в эти сроки осадка мочи установлено, что патогенные микроорганизмы определялись практически у всех больных не только в осадке мочи, но и в фаголизосомах лейкоцитов. При УЗИ почек у больных основной и контрольной групп до начала лечения Канефроном Н в лоханках и, особенно, в чашечках выявляли значительное количество кристаллизованных солей и микролитов размером от 1 до 1,5 мм. На 30-е сутки лечения Канефроном Н кристаллизованные соли и микролиты в лоханках и чашечках у больных основной группы практически не определялись. У больных сравнительной группы кристаллы солей в почечных лоханках и в чашечках продолжали определяться у  $25,0 \pm 2,3\%$ . При исследовании частоты обострения хронического пиелонефрита и рецидива мочекаменной болезни в отдаленные сроки (на протяжении года) у 30,0% пациентов из группы сравнения было несколько раз обострение инфекционно-воспалительного процесса в почках. При этом, рецидив мочекаменной болезни у этих пациентов отмечался у 10%. При исследовании частоты обострения хронического пиелонефрита и рецидива моче-

каменной болезни в отдаленные сроки ( на протяжении года) у больных основной группы, с применением Канефрона Н, обострение хронического пиелонефрита отмечалось у 9,1%, а рецидива мочекаменной болезни не было ни у одного больного.

## ВЫВОДЫ

1. На поверхности и в структурах мочевых камней содержится персистирующая патогенная микрофлора, которая высвобождается при оперативных способах разрушения камней, способствует длительному поддержанию хронического воспалительного процесса в этих органах и является важной причиной рецидива нефролитиаза.

2. Применение после литотрипсии стандартного антибактериального лечения является недостаточно эффективным способом для ликвидации в мочевых путях патогенной микрофлоры и профилактики рецидива мочекаменной болезни, а также солевой обструкции почечных дренажей и стентов.

3. Применение в амбулаторных условиях Канефрона Н является эффективным способом ликвидации хронического инфекционного воспаления в почках и мочевых путях, обусловленного персистирующей патогенной микрофлорой, снижения в крови мочевой кислоты, нормализации рН мочи и улучшения кровообращения в почках, и, как следствие – профилактики рецидива мочекаменной болезни в послеоперационном периоде.

# РЕАКЦИЯ ПОЧЕК НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

*Д.В. Черкасов, В.И. Бачурин, В.М. Черкасов*

*Запорожский государственный медицинский университет*

Использование современных малоинвазивных методов литотрипсии при постоянной тенденции к росту уретеролитиаза позволяет эффективно и в короткие сроки устранить обструкцию мочеточника и ее причину.

В работе представлены результаты обследования и лечения 50 пациентов с камнями мочеточников. Возраст пациентов составлял от 20 до 76 лет. По локализации у 28 пациентов камни находились в верхней трети мочеточника, у 22 пациентов – в нижней трети мочеточника. Размеры камней колебались от 5 до 16 мм.

Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) проводилась на литотрипторе Siemens Modularis Variostar. Контактную литотрипсию (КЛТ) выполняли с помощью ригидного уретероскопа 9,5 Шр фирмы Karl Storz и пневматического литотриптора Calculusplit Karl Storz.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 25 пациентов, которым проводилась ДЛТ в качестве монотерапии. Во 2-ю группу – пациенты, у которых выполнено ДЛТ камней с предварительным или последующим стентированием почки, а также пациенты, кото-

рым проведена КЛТ камней и уретероскопия с литоэкстракцией.

Первичная эффективность сеанса ДЛТ у больных 1-й группы составила 84% (21 пациент). Эффективность КЛТ и уретероскопии с литоэкстракцией во 2-й группе составила 85% (19 пациентов).

По данным радиоизотопной ренографии (РРГ) на 5–7-е сутки у больных 1-й группы функция почки нормализовалась в 56% случаев (14 пациентов), а во 2-й группе – у 29% (7 пациентов). Креатинин крови в 1-й группе нормализовался в 47% (9 пациентов), во 2-й группе – в 42% (8 пациентов). По данным УЗИ расширение полосной системы почки в 1-й группе ликвидировано в 67% (16 пациентов), а во 2-й группе – 76% (19 пациентов).

Через 3 месяца обследовано 22 пациента. Из 10 пациентов 1-й группы функциональные показатели почки восстановились у 90% (9 человек), а из 2-й группы – у всех 12 пациентов.

Таким образом, четко прослеживается прямая зависимость между сроками обтурации и восстановления функции почек после уретеролитотрипсии.