

Concluzie:

Tactica chirurgicală, care include într-o singură etapă intervențiile chirurgicale în leziunile organelor urogenitale și osteosinteza fracturilor bazinului asigură pe deplin o profilaxie a infecției urinare și urolitiază în perioada postoperatorie.

Bibliografie

1. Муравьев В.Б., Кирюлчев Д.С., Разрывы мужской уретры при переломах. Вестник хирургии – 1987 № - С. 65-67.
2. V. Kusturov, Gh. Rojnovceanu, V. Captari «Tratamentul chirurgical al leziunilor asociate ale bazinului. Al XX-lea Congres Național de chirurgie. Constanța – 2000, p-422.
3. Bosch U, Pohleman T, Hass N, et al. Classification and management of complex pelvic trauma. Untalchirurg 1992; 95 (4): 198-196.
4. Căcirone Filimon «Curs de urologie» Iași 1988. Traumatismele uretrei la bărbați, cap.X.p.154-167.
5. А.Я.Пытель. Издательство «Медицина» 1990. «Повреждения уретры» с.344-346.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ И МИКРОКЛИЗМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

В. М. Дониц

Бендерская центральная городская больница

Summary

This medical work is showing the treatment of 79 patients, with chronic prostatitis using a method of rectal hyperthermia with mycroclismes. Rate of success was 71–100% depending on etyological factors. This method is proposed by urologists as accessible and efficient for the treatment of chronic prostatitis.

Введение

Лечебное применение тепла имеет древнюю и богатую историю. Свидетельствование о лечебном действии горячих ванн можно найти в истории Древнего Египта, Израиля, Северной и тропической Африки, Явы, Америки, а также Римской империи (6). При хроническом простатите широко применяются тепловые микроклизмы с лекарственными веществами или лечебными травами, индуктотермия, теплые ванны и грязевые тампоны (1–7). Основная проблема теплолечения заключается в сложности подачи тепла локально на область предстательной железы. Поиски эффективных методов лечения хронического простатита привели к разработке принципиально нового терапевтического подхода, основанного на применении теплового излучения, ректальной гипертермии предстательной железы (1, 2, 4, 7).

Целью данной работы является представление собственного опыта применения ректальной гипертермии в сочетании с микроклизмами в комплексном лечении хронического простатита.

Материал и методы

Ректальная гипертермия с микроклизмами применена у 79 больных хроническим простатитом, ранее безуспешно подвергнутых традиционному лечению. Из них у 36 был неспецифический бактериальный простатит, у 12 – хламидийный, у 11 – трихомонадный, у 10 – небактериальный, у 7 – вирусный и у 3 – гонорейный (Таблица).

Всем больным проведено обследование, включающее лабораторные анализы (общий анализ крови и мочи, билирубин крови, мочевина крови), пальпацию предстательной железы, ультразвуковое сканирование простаты, мочевого пузыря, почек, печени и желчного пузыря, а также микроскопию и бактериологическое исследование содержимого уретры и секрета предстательной железы.

Комплексное этиопатогенетическое лечение включающее от 10 до 15 ежедневных процедур проводилось в амбулаторных и стационарных условиях. В работе использовано устройство ректальной гипертермии УТП-01-«ПРА» Елатомского приборного завода. Температурный режим (в теле железы обеспечивалась температура +42.5°C), поддерживался контактно путем введения нагревательного элемента (термозонда) в прямую кишку. Ректальная гипертермия противопоказана при: всех формах острого

воспаления предстательной железы, абсцессе простаты, инфекционной стадии обострения хронического простатита, раке предстательной железы, активном туберкулёзе, подозрение на туберкулез простаты, острых воспалительных и злокачественных заболеваниях прямой кишки. С целью достижения большей концентрации лекарственных препаратов в ткани предстательной железы и кровяной системе органов таза, одновременно с ректальной гипертермией, лекарственные препараты непосредственно вводились в прямую кишку с помощью микроклизм. Во всех случаях как основа состава микроклизм применялся 30% раствор димексида. Этот препарат обладает способностью проникать через биологические мембраны, имеет анальгетическое, фибринолитическое и противовоспалительное действие, а также усиливает проникновение через слизистые ряда лекарственных веществ. В димексид добавлялись антибиотики, трихопол, гепарин, спазмолитики, обезболивающие и десенсибилизирующие препараты. С целью ускорения процессов клеточной регенерации, стимуляции клеточных и гуморальных факторов защиты, стимуляции лейкопоэза, применялись свечи с метилурацилом.

Результаты

При контрольном обследовании через 1, 3 и 6 месяцев у 95% больных наблюдалось стойкое улучшение. Эффективность лечения в зависимости от этиологического фактора варьировала от 71 до 100% (Таблица 1). После проведения лечения у всех больных с небактериальным простатитом прошли боли и дизурические явления, а также улучшилось состояние предстательной железы и нормализовались анализы ее секрета. Наилучшие результаты лечения получены при небактериальных, трихомонадных и гонорейных простатитах. Это объясняется тем, что температурный фактор (свыше +40°C) губительно действует на трихомонады и гонококки, а также улучшает функцию железы и активизирует биологические процессы защиты в простате у больных с небактериальными простатитами.

Таблица 1

Эффективность лечения хронических простатитов различной этиологии

Разновидность простатитов	Кол-во больных	Эффективность лечения, %
Трихомонадный	11	90.9
Гонорейный	3	100
Хламидийный	12	83
Бактериальный	36	75
Вирусный	7	71

При проведении ректальной гипертермии с микроклизмами осложнений и побочных эффектов не отмечено.

Обсуждение

Температурное воздействие на биологические ткани и органы в режиме от +39°C до +43°C вызывает расширение мельчайших кровеносных сосудов в капиллярной сосудистой сети, что ускоряет внутритканевую циркуляцию крови и лимфообращение в очаге воспаления. Следствием этого является активизация биологической защиты в пораженном органе. Увеличивается перенос продукта обмена через клеточные мембраны, повышается концентрация антител и увеличивается число лейкоцитов в предстательной железе, что усиливает местный иммунитет. Повышается скорость оттока токсичных продуктов из ткани предстательной железы, подвергнутой термальному воздействию, снимается отёк, что в целом ускоряет процессы заживления в поврежденной железе. Содержание фагоцитарных нейтрофилов увеличивается в среднем на 50%, существенно возрастает фагоцитарный индекс и коэффициент завершенности фагоцитоза, которые приближаются к нормальным значениям. Таким образом, после воздействия гипертермии, наблюдаемые изменения со стороны гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты выражаются в иммунокоригирующем эффекте (4). После тепловых процедур отмечается уменьшение болей, улучшение акта мочеиспускания (вследствие снятия спазма с шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала) и половой функции. Уменьшение болевых ощущений и дизурических явлений наблюдается после 4-5 тепловых процедур, а устранение сексуальной неврастении, преждевременной

эякуляции и нормализация показателей секрета предстательной железы через 12-15 процедур (1, 2, 4, 6, 7). В результате температурного влияния на простату, происходит увеличение концентрации парентеральных антибактериальных препаратов в железе (4). Включение гипертермии и микроклизм в комплексное лечение хронического простатита позволяет получить более выраженный лечебный эффект, быстро ликвидировать инфекцию и воспалительный процесс.

Выводы

Сочетанное применение локальной гипертермии простаты с микроклизмами является эффективным, безопасным, простым и доступным методом лечения хронического простатита. Ректальная гипертермия с микроклизмами улучшает результаты комплексного лечения больных хроническим простатитом.

Литература

1. Аполихин О. И., Сивков А. В., Горюнов В. Г., Минаков Н. К. Микроволновая гипертермия и термотерапия в лечении заболеваний предстательной железы. // Урология и нефрология. – 1995. – №1. С. 44 – 48.
2. Берклайд П. М., Лямин Б. А., Неменова А. А. Применение локальной глубокой микроволновой гипертермии в урологии. // Урология и нефрология. – 1989. – №3. – С. 73 – 77.
3. Купцов В., Дулькин Л. // Медицинская газета. – №4 от 15.01.97.
4. Мазо Е. Б., Кривобордов Т. Т., Лысов А. И., Кудрявцев Ю. В., Петухов Е. В., Самулова Д. Ш., Мазокин В. Н. Локальная трансректальная гипертермия в лечении аденомы предстательной железы (сборник научных трудов) – Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии. – Москва, 1994, С. 68 – 75.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. – Москва, 2001.
6. Ткачук В. Н., Горбачёв А. Г., Агулянский Л. И. Хронический простатит. – Ленинград, 1989.
7. Трапезникова М. Ф., Толдобенко Т. В., Одинокова В. А., Ткачев С. И., Баззав В. В., Уренков С. Б. Гипертермия как метод лечения аденомы предстательной железы. // Урология и нефрология. – 1990. – №4. – С. 31 – 34.

TACTICA TRATAMENTULUI MALADIILOR RENALE ACUTE NEOBSSTRUCTIVE ÎN SECȚIA UROLOGIE A SCM «SFÂNTA TREIME»

C. Ieșeanu,

Spitalul Clinic Municipal «Sfânta Treime», Chișinău

Summary

Acute non-obstructive renal diseases make up 3,5% from the total number of patients of the Department of Urology, the Municipal Clinical Hospital «Sf. Treime». Women prevail with 79,8% of the cases. There is a trend today: the increase of complications of acute non-obstructive pyelonephritis at younger persons. These complications of acute non-obstructive renal diseases (apostimatic pyelonephritis, suppurative pyelonephritis, carbuncle and renal abscess) have constituted 10,7% of the cases. Both the investigations and conservative and surgical treatment is made at the highest level according to modern requests.

Studiului au fost supuși pacienții cu maladii renale acute neobstructive (pielonefrita acută, pielonefrita apostematoasă, pielonefrita purulentă, carbuncul, abces renal) tratați în secția urologie a SCM «Sfânta Treime» pe parcursul a 5 ani (1997-2001). Numărul de pacienți suferinzi de aceste maladii a constituit 283 sau 3,5% din numărul total de pacienți deserviți în secție. Raportul femei/bărbați arată o prevalare considerabilă a femeilor - 226 cazuri sau 79,8%. Bolnavii de vîrstă medie între 15-30 ani au constituit - 63,3%, iar cei de vîrstă înaintată 51-70 ani - 5,6%. Internarea la timp, în primele trei zile de la îmbolnăvire a constituit - 73%, cele tardive, la a 10 - 15-a zi de la îmbolnăvire - în 5% cazuri. După localizare, în 59,7% cazuri patologia a fost depistată pe dreapta și bilateral - în 8,1% din numărul total de bolnavi.

Pentru concretizarea procesului patologic s-au folosit următoarele metode de diagnostic: Eco-grafia - 72% cazuri, urografia intravenoasă - 16%, renografia cu izotopi - 8,1%, tomografia computerizată - 2,3% cazuri; concomitent, s-a efectuat urocultura în 45,9% cazuri.

Durata medie de spitalizare de la 1-10 zile a constituit în 180 cazuri sau 63,6%, pe cînd pe o durată mai lungă de 30 zile au fost spitalizați doar 10 pacienți sau 3,5%. Din 283 bolnavi, 253 au fost tratați conservativ, ce constituie 89,3%. Intervențiilor chirurgicale în caz de pielonefrită purulentă apostematoasă, carbuncul sau abces renal au fost supuși 30 pacienți sau 10,7%.