

гиперкоагуляцию. В нашем отделении применяется суточная терапевтическая доза гепарина от 10 до 20 тыс.ед. при п/к инъекциях и в/в инфузиях. Доза и способ введения зависят от давности заболевания и выраженности местных клинических проявлений, а также синдрома системной воспалительной реакции. Во время лечения безусловный контроль морфофункционального состояния почек (УЗИ мониторинг паренхимы, радиоизотопная ренография), общеклинических анализов, и конечно же состояния гемостаза (в т.ч. ПТИ, ПТВ, АЧТВ, МНО, уровня фибриногена сыворотки и др.). Длительность гепаринотерапии 12-14 суток, с постепенным снижением дозы и отменой. Продолжается дезагрегационное лечение применением аспирина в дозах 75-125 мг/сутки, пентоксифиллина 600-800 мг/сутки длительно в амбулаторном режиме - в течение 6-8 недель. Ни одного случая клинически значимой гепарининдуцированной тромбоцитопении отмечено не было.

Отмечены явные положительные моменты применения гепарина в комплексном лечении острого пиелонефрита: быстро происходит регрессия местной воспалительной реакции, что проявляется наряду со снижением болевой симптоматики уменьшением гипоплазии почечной паренхимы, уменьшением в размерах и исчезновением эхокопических гипоплазированных очагов, улучшением функционального состояния почек (при контроле за секреторной функцией по данным РРГ). Лишь у 67 (5,6 %) пациентов потребовалось оперативное лечение (декапсуляция почки, иссечение карбункулов и абсцессов), но при анализе последних случаев – необратимая деструкция возникла уже на догоспитальном этапе в связи с поздним обращением (6-10 суток с начала заболевания). При сравнении – в первой половине 90-х годов XX века, когда мы широко не применяли гепаринизацию, операции при остром пиелонефрите выполнялись значительно чаще (до 25 - 30 % случаев), например в 1995 году из 64 пациентов с острым пиелонефритом – деструктивные формы были выявлены и подвергнуты хирургическому лечению у 16 человек (25 %). Доступный спектр антимикробных средств в тот период был практически тем же, а по некоторым позициям и более широким, к тому же использовались преимущественно оригинальные препараты.

При появлении в лекарственном арсенале современных низкомолекулярных гепаринов (надропарин - «Фраксипарин» фирмы «GlaxoSmithKline») значительно упростилась схема лечения (1 инъекция в сутки в дозе 0,3-0,6 мл), нет необходимости тщательного мониторинга состояния гемостаза, не требуется постепенного снижения дозы при отмене препарата, в связи с чем длительность терапии НМГ уменьшается до 7-8 суток. Уменьшение сроков антикоагуляционного лечения НМГ приводит к снижению его себестоимости и сопоставимо с затратами на обычный гепарин.

Кроме лечения острого пиелонефрита гепаринотерапия также с успехом применяется нами в комплексном лечении острых простатитов, острых эпидидимитов. Полученные положительные результаты применения гепаринотерапии в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний в урологии позволяют рекомендовать последнюю в широкую клиническую практику.

Сочетанные воспалительные заболевания придатков матки и мочевого пузыря: клинико-экономические аспекты

Московенко Н.В.
МУЗ «Городская больница №2» г.Омск

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении сочетанных воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря, частота их не снижается. На сегодняшний день эти заболевания представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. В результате заболевания женщины нередко теряют трудоспособность. Незначительная эффективность их лечения, склонность к рецидивированию диктуют необхо-