

ДИНАМИКА ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАРАКЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПРИ ДОЗИРОВАННОЙ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ

Д.Л. Шишкин, И.М. Быков, Ю.И. Пивоваров, О.В. Быченков, В.А. Абуисненех.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра патофизиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.И. Пивоваров, курс урологии, зав. – д.м.н., проф. И.М. Быков, ЗАО “Курорт Ангара”, гл. врач – засл. врач РФ Н.А. Холмогоров)

Резюме. Дана комплексная оценка клинико-патогенетических особенностей современного течения хронического простатита, установлены новые аспекты в механизме лечебного действия пелоидов различной температуры.

Хронический простатит – воспалительное заболевание инфекционно-аллергического характера, особенностью которого является поражение паренхиматозной и интерстициальной ткани предстательной железы на почве урогенитальной инфекции у мужчин сексуально активного и наиболее трудоспособного возраста (25-40 лет) [2,8]. Распространение воспалительного процесса интраканаликулярно обуславливает нарушение функций различных органов и систем, обеспечивающих нормальное функционирование урогенитального тракта [7].

Многие исследователи связывают увеличение частоты встречаемости хронического простатита за последние годы как с более совершенными методами диагностики, так и с фактическим ростом заболеваний передающихся половым путем, с ухудшением экологических и социальных условий общественной жизни и труда. (О.Л. Тиктинский, 1990). По данным В.Н. Ткачук и соавт. (1989), этим заболеванием страдают 30-60% мужчин [7,8].

Простатит имеет сложный патогенез и протекает с чередованием периодов обострения и ремиссии, в ряде случаев бессимптомно или с минимальной симптоматикой. Нередко лишь появление генитальных или экстрагенитальных осложнений позволяет заподозрить и выявить воспалительный процесс в предстательной железе [4].

Многообразие и тяжесть клинических проявлений болезни, трудности ее распознавания, неудовлетворительные результаты лечения, сексуальные и репродуктивные нарушения придают простатиту особую медицинскую и социальную значимость и требуют дальнейшего изучения этой проблемы [4,8].

Нередко простатит протекает упорно вследствие рубцово-склеротических изменений и сдавления воспалительным инфильтратом выводных протоков, что способствует застойным явлениям и поддержанию воспалительного процесса [4].

В этом значительную роль играет нарушение гемодинамики предстательной железы, которое может быть, как первичным, так и следствием уже имеющегося инфекционного воспаления простаты [6]. Особенности внутриорганной анатомии предстательной железы, характер ее физиологических взаимосвязей с органами и системами гомеостаза, сложный патогенез заболевания, включающий стойкие местные и общие изменения иммунного, эндокринного, нейровегетативного характера, определяют те трудности, которые и возникают при лечении хронического простатита [1].

Клинические и экспериментальные данные убедительно свидетельствуют о выраженной зависимости изменений предстательной железы от функции системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники-яички [3,5]. Дисбаланс гормонов, вызывающий анатомические и функциональные изменения предстательной железы, способствует снижению ее барьерной функции [9].

Материалы и методы

Исследование проведено на курорте “Ангара” с сентября 1995 по июль 1999 года, под наблюдением находились 122 больных хроническим простатитом. Деление больных на группы (основную и сравнения) осуществлялся методом случайной выборки.

Для установления диагноза и последующего изучения воздействия лечебных средств использованы общеклинические, гормональные, лабораторные и параклинические методы исследования.

Всем больным, поступавшим на курорт "Ангара", до и после лечения проводили нижеизложенный комплекс исследований: расспрос; объективный осмотр; лабораторные методы исследования (микроскопическое и цитологическое исследование отделяемого и соскобов из уретры и секрета предстательной железы, исследование эякулята, бактериологическое исследование секретов из уретры, предстательной железы и эякулята с определением общего микробного числа, чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам). Проводилось радиоиммунологическое определение уровня следующих гормонов – лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина (ПРЛК), тестостерона (Т), эстрадиола (Е2). Выполнялась трансабдоминальная ультрасонография предстательной железы и добавочных половых желез на аппаратах Aloka SSD-2000 Multi View с секторным датчиком, работающим на частоте 5 МГц, с блоками спектрального и цветного доплера, Shymadzu SDU-310 с конвексным датчиком 5 МГц.

Для оценки состояния микроциркуляции в предстательной железе под воздействием лечебных физических факторов был использован метод определения доплерометрических показателей при ультразвуковом сканировании (скорость венозного кровотока, пульсационный и резистивный индексы).

Больные хроническим простатитом основной группы (n=86) получали в комплексном лечении, помимо минеральных хлоридных натриевых ванн $t^{\circ}36-37^{\circ}\text{C}$, с минерализацией 25-30 г/дм³, продолжительностью 6-8-10 минут, через день, на курс 8-10 процедур, грязевое лечение в виде аппликаций "трусы+носки" и ректальные тампоны, продолжительностью по 20 минут, на курс 12 процедур, причем температура сапропелевой грязи колебалась в пределах $t^{\circ}38-39^{\circ}\text{C}$. В сравнительной же группе температура лечебной грязи находилась в диапазоне $t^{\circ}44-45^{\circ}\text{C}$.

Результаты и обсуждение

Наши наблюдения показали, что грязелечение при температуре сапропелевой грязи $t^{\circ}38-39^{\circ}\text{C}$ более легко переносилось больными, при этом уменьшение болевого синдрома происходило на 3-4 день от начала лечения, а его полное исчезновение к 5-11 дню. В сравнительной группе динамика этих показателей происходила на 3-4 и 7-15 дни, соответственно. Количество больных в основной группе, у которых купировался болевой синдром составило 78 (90,7%), в сравнительной группе – 23 (63,9%).

В основной группе мы отметили достоверное снижение ($p<0,05$) частоты дизурических явлений в перерасчете на одного больного. Дизурические явления уменьшились и полностью ликвидировались больше в основной группе (84,9%), чем в сравнительной (30,6%), $p<0,05$.

Нами отмечено, что бальнеопелоидотерапия в комплексном лечении хронического простатита оказывало стимулирующее действие на либидо, а также имело место усиление спонтанных и адекватных эрекций.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что под воздействием комплексной терапии у больных обеих групп достоверно ($p<0,05$) подверглись регрессу болевой, дизурический синдромы и сексопатологические симптомы; больные обеих групп отмечали уменьшение раздражительности, слабости, нормализацию сна, повышение работоспособности, улучшение настроения.

Так, по данным пальцевого ректального исследования у больных основной группы отмечено достоверное ($p<0,05$) уменьшение размеров предстательной железы, что связано с положительным действием комплексного лечения на микроциркуляцию, улучшение дренажной функции предстательной железы, стимуляцию её нервно-мышечного аппарата. В основной группе, по сравнению со сравнительной ($p>0,05$), уменьшилось количество больных с болезненностью предстательной железы. Количество больных с наличием уплотнений в ткани предстательной железы достоверно уменьшилось ($p<0,05$), что, по-видимому, также связано с улучшением гемодинамики и трофики предстательной железы.

По данным микроскопического исследования мазков из уретры явления воспалительного процесса (более 5 лейкоцитов в поле зрения) сохранились у 2 (2,32%) больных основной группы и 3 (8,3%) – сравнительной.

При проведении бактериологического исследования секрета предстательной железы и эякулята микробная флора обнаружена у 4 (4,65%) больных основной и 3 (8,33%) – сравнительной групп, преимущественно грамположительная.

Необходимо отметить, что после проведения комплексной терапии у 2 (2,32%) больных основной группы при контрольном посеве обнаружено изменение микробной флоры.

При исследовании эякулята у больных хроническим простатитом после проведенного курса лечения обнаружено достоверное увеличение ($p<0,05$) количества сперматозоидов (млн/мл) в основной группе до $58,26\pm 5,31$, в сравнительной группе увеличение их числа было недостоверным и составило $36,68\pm 8,03$ ($p>0,05$).

Процентное содержание фракции сперматозоидов с прямолинейным поступательным движением в основной группе составило $50,78\pm 5,39$ ($p<0,01$), в сравнительной группе – $47,69\pm 8,32$ ($p<0,05$).

Количество лейкоцитов в эякуляте (млн/мл) больных хроническим простатитом после курса проведенного лечения достоверно снизилось в обеих группах и составило $0,8\pm 0,06$ в основной

группе ($p < 0,01$), в сравнительной – $1,2 \pm 0,14$ ($p < 0,05$).

Мы исследовали уровень гормонов после курса комплексного лечения и выявили достоверное ($p < 0,05$) увеличение концентрации тестостерона и достоверное снижение уровня эстрадиола в сыворотке крови у больных хроническим простатитом обеих групп.

При ультразвуковом исследовании наблюдали нормализацию эхогенной структуры предстательной железы в 86,04% ($p < 0,05$) случаев в основной и в 72,22% – в сравнительной группах, соответственно. Отмечено также достоверное ($p < 0,05$) уменьшение передне-заднего размера предстательной железы с $3,5 \pm 0,7$ см до $2,3 \pm 0,3$ см в основной и до $2,6 \pm 0,4$ см – в сравнительной группах, а также снижение показателей поперечного размера железы с $4,7 \pm 0,8$ см до $3,8 \pm 0,9$ см в основной и до $3,9 \pm 0,7$ см – в сравнительной группах, соответственно. В 79,06% наблюдений у больных основной группы отмечена благоприятная динамика изменения контуров предстательной железы, они становилась более ровными, гладкими, без наличия бугристости.

В результате проведения эходоплерометрии до лечения выявлено повышение индекса пульсации и снижение скорости венозного кровотока, свидетельствующих об ухудшении кровоснабжения гениталий.

В основной группе после лечения мы наблюдали достоверные ($p < 0,05$) снижение индекса

пульсации (PI) до $1,06 \pm 0,34$ и повышение скорости венозного кровотока (V) – до $5,12 \pm 1,12$. В сравнительной группе индекс пульсации имел тенденцию к снижению, скорость венозного кровотока – тенденцию к увеличению, достоверность исследуемых показателей при статистической обработке не подтвердилась.

В целом, после окончания лечения отмечена благоприятная динамика в объективном состоянии больных обеих групп, но более значимое уменьшение субъективных проявлений заболевания, нормализация копулятивной и репродуктивной функций, улучшение регионарной гемодинамики и восстановление функциональной активности предстательной железы произошло у больных основной группы.

Таким образом, в процессе лечения у больных хроническим простатитом основной группы произошли наиболее значимые положительные изменения гемодинамики органов малого таза по сравнению с больными группы сравнения. Эходоплерометрия позволяет объективно оценить и зафиксировать степень нарушения регионарной гемодинамики, состояние сосудистого тонуса артериального и венозного колен микроциркуляторного русла.

Вышесказанное свидетельствует об эффективности дозированного температурного воздействия лечебного пелоида на предстательную железу, что целесообразно использовать в лечении и профилактике у больных хроническим простатитом.

DYNAMICS OF DATA CLINICAL AND PARACLINICAL OF METHODS OF RESEARCHES AT THE PATIENTS CHRONIC PROSTATITIS AT DOSAGE MUDTHERAPY

D.L. Shishkin, I.M. Bykov, U.I. Pivovarov, O.V. Bychenkov, W.A. Abuisneneh

(Irkutsk State Medical University)

The complex estimation clinical and pathogenic of features of modern current chronic prostatitis is given, the new aspects in the mechanism of medical operation mud of various temperature are placed.

Литература

1. Датуашвили Т.Б., Лахмотко А.А. Низкоэнергетическое лазерное излучение в лечении больных хроническим простатитом // Андрология. Репродукция. Сексуальные расстройства. – Кишинев, 1994. – №4. – С.26-27.
2. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. – М.: Медицина, 1991. – 241с.
3. Имшенецкая Л.П. Сравнительная оценка эндокринной функции яичек, гонадотропной и лакто-тропной активности аденогипофиза при различных формах интерорецептивной половой дисфункции // Урол. и нефрол. – 1983. – №2. – С.43-45.
4. Мавров И.И., Бабюк И.А. Применение ультразвуковых исследований в диагностике простатита // Вестн. дермат. и венер. – 1992. – №9. – С.55-57.
5. Мороз Е.В., Верхратский Н.С. Функциональное состояние гипофизарно-гонадной системы при старении мужчин // Вест. АМН СССР. – 1984. – №3. – С.20-24.
6. Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина – В 3-х томах. – М.: Медицина, 1998. – 1744с.
7. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Руководство по андрологии. – СПб.: Медиа Пресс, 1999. – 464с.
8. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 205с.
9. Daechlin L., Damber J.-E., Selsfam G., Beigman B. Inhibitory effects of gestagens on prostatic blood flow in the rat // J. Steroid Biochem., 1983, Vol.19, Suppl.p.7.