

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.65-002-036.12:616.69-008.14]-085.2

© В.Н. Павлов, А.А. Казихинулов, Р.Р. Ишемгулов, А.В. Хайретдинов, Р.А. Абзалилов, А.В. Боярко, В.Г. Коржавин, Д.Р. Сахаутдинов, 2012

В.Н. Павлов, А.А. Казихинулов, Р.Р. Ишемгулов, А.В. Хайретдинов,
Р.А. Абзалилов, А.В. Боярко, В.Г. Коржавин, Д.Р. Сахаутдинов
**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ
С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

В работе описан способ консервативной терапии пациентов с хроническим абактериальным простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией органического генеза с использованием комбинации препаратов Трансерол и Ликопрофит потенциал, отличающихся противовоспалительными, антиоксидантными, простатотропными и ангиопротективными свойствами, позволивший улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: хронический простатит, эректильная дисфункция, Ликопрофит, Трансерол.

V.N. Pavlov, A.A. Kazikhinurov, R.R. Ishemgulov, A.V. Khairtdinov,
R.A. Abzalilov, A.V. Boyarko, V.G. Korzhavin, D.R. Sahautdinov
**OPTIMIZATION OF MEDICAMENTAL TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS, ASSOCIATED WITH ERECTILE
DYSFUNCTION**

The work offers the way of conservative therapy of patients with chronic abacterial prostatitis, associated with erectile dysfunction of organic genesis by combined use of Transverol and Likoprofit potential, which have anti-inflammatory, antioxidant, prostaticotropic and vasoprotective properties that allowed to improve results of treatment of this category of patients.

Key words: chronic prostatitis, erectile dysfunction, benign prostatic hyperplasia, Likoprofit, Transverol.

Хронический простатит является одним из наиболее распространенных заболеваний у мужчин репродуктивного возраста [1, 7, 14, 10, 3, 17, 21, 20]. По данным Национального института здоровья США (1994) у 25% мужчин, страдающих урологическими заболеваниями, установлен диагноз простатита [9]. По данным Международного эпидемиологического исследования Uterik, проведенного в Англии, Франции, Голландии и Южной Кореи [22], в среднем у 35% мужчин имел место один из симптомов простатита. В России хронический простатит по самым приблизительным оценкам в 35% случаев бывает причиной обращения к урологу мужчин трудоспособного возраста [7]. В связи с этим крайне важной является не только медицинская, но и социальная проблема повышения эффективности диагностики и лечения хронического простатита.

Этиология и патогенез хронического простатита до сих пор вызывают широкую дискуссию. Имеется ряд факторов, которые расцениваются как предрасполагающие к развитию хронического простатита. К ним следует отнести: тесные сосудистые и лимфатические связи с другими органами; особенности строения простатических железок, затрудняющие их полноценный дренаж; влияния патологических изменений в тазовых ор-

ганах и нервных структурах, приводящие к венозному застою, нарушению микроциркуляции и вегетативной иннервации простаты [14, 4, 17, 13, 16].

По мнению Ткачука В.Н. [17], все известные причины хронического простатита могут быть приведены к одной основной - нарушению гемодинамики предстательной железы и дренированию ее ацинусов. Вследствие расстройств микроциркуляции в предстательной железе и окружающих венозных сплетениях активность обменных процессов в ней снижается, что способствует нарушениям барьерной, моторной, секреторной и инкреторной функций. Значительно повышается уровень пероксидного окисления липидов, что приводит к дестабилизации мембран и усилению структурных изменений в ткани предстательной железы.

Несмотря на многочисленные патогенетически обоснованные подходы к решению проблемы профилактики и лечения ЭД (эректильная дисфункция), частота развития этого заболевания остается высокой [6]. По данным Массачусетского исследования по изучению вопросов старения мужчин в той или иной степени ЭД страдают 52% мужчин в возрасте от 40 до 70 лет [19]. В России при эпидемиологических исследованиях распространенность ЭД выявлена у трети мужчин после 40

лет [2]. Предполагается, что поражение сосудистой системы полового члена является основным патофизиологическим механизмом развития ЭД [11]. Актуальность проблемы ЭД связана с увеличением числа лиц пожилого возраста, влиянием патологий различных органов и систем на половую функцию, а также с ролью ЭД в первичном проявлении патологии микроциркуляторного русла и атеросклероза.

Известно, что в патогенезе хронического воспаления в предстательной железе и эректильной дисфункции одну из ключевых ролей играют сосудистые расстройства и нарушения микроциркуляции. В России проблема исследования микроциркуляции в урологической практике остаётся недостаточно изученной, диагностические мероприятия в этом направлении находятся в начальной стадии исследований. В то же время у исследователей возрастает интерес к роли сосудистых расстройств и расстройств микроциркуляции в патогенезе хронического простатита и эректильной дисфункции.

Медикаментозная коррекция микроциркуляторных расстройств предполагает усиление тканевой диффузии лекарственных средств, увеличение их регионарной концентрации и, как следствие, повышение эффективности их специфического действия.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения комбинации препаратов Трансерол и Ликопрофит потенциал (ЗАО «Экомир», Россия) в комплексной терапии больных хроническим абактериальным простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией органического генеза.

Материал и методы

В исследование было включено 40 пациентов с хроническим простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией, в возрасте 32-65 лет (средний возраст 51,3±5,8 года). Период приёма препаратов и активный период наблюдения составили 6 месяцев. Ликопрофит потенциал назначался перорально в дозе 1500 мг/сутки, трансверол – 200 мг/сутки внутрь. Перед началом курса терапии всем пациентам помимо общеклинических исследований (сбор анамнеза, осмотр, клинические и биохимические анализы крови) выполнялись специальные исследования, предназначенные для диагностики хронического простатита и ЭД (лабораторное исследование секрета предстательной железы с бактериоло-

гическим исследованием, исследование микроциркуляции полового члена, анкетирование с помощью опросников Международной системы суммарной оценки симптомов болезни простаты IPSS и индекса качества жизни QoL, Международного индекса эректильной функции МИЭФ-5 и опросника возрастных симптомов мужчины AMS). Уровень общего тестостерона в плазме крови исследовали методом иммуноферментного анализа. Оценку микроциркуляторных показателей проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при помощи лазерного анализатора капиллярного кровообращения «ЛАКК-01» (НПП «ЛАЗМА», Россия) [5].

Результаты и обсуждение

Результаты оценки симптомов нарушения функции нижних мочевых путей и качества жизни больных до и после лечения представлены в табл. 1.

Таблица 1
Результаты оценки симптомов нарушения функции нижних мочевых путей и качества жизни больных до и после лечения (n=40)

Показатель	До приема препаратов	Через 6 мес.
IPSS, сумма баллов	12,7±2,1	7,3±1,1
QoL, баллы	3,3±0,6	2,1±0,4

Результаты исследования секрета предстательной железы до и после лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2
Результаты исследования секрета предстательной железы до и после лечения (n=40)

Показатель	До приема препаратов	Через 6 мес.
Реакция	7,8	6,8
Лейкоциты	До 15 в п/зр	До 6 в п/зр
Макрофаги	До 6 в п/зр	ед. в п/зр
Гигантские клетки	До 4 в п/зр	-
Лецитиновые зерна	ед. в п/зр	Много
Амилоидные тельца	До 5 в п/зр	-
Эпителиальные клетки	До 8 в п/зр	ед. в п/зр

Примечание. В таблице приведены средние значения.

Результаты оценки симптомов ЭД и андрогендефицита до и после лечения представлены в табл. 3.

Таблица 3
Результаты оценки симптомов ЭД и андрогенного дефицита до и после лечения (n=40)

Показатель	До приема препаратов	Через 6 мес.
Шкала оценки эректильной функции (МИЭФ-5), баллы	14,1±1,1	24,1±0,8
Опросник возрастных симптомов мужчины (AMS), баллы	32,2±1,9	19,1±0,5
Уровень общего тестостерона, нмоль/л	5,6±2,3	10,2±0,9

Результаты оценки микроциркуляции полового члена до и после лечения представлены в табл. 4.

Таблица 4
Результаты оценки микроциркуляции полового члена до и после лечения (n=40)

Показатель	До приема препаратов	Через 6 мес.
М, пф. ед.	9,7±2,2	12,5±1,4
σ, пф. ед.	1,2±0,6	2,2±0,4
KV, %	12,6±2,4	18,6±2,3

Примечание. М - величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации или среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции, измеряется в перфузионных единицах (пф.ед.); σ - среднее квадратическое отклонение колебаний перфузии или среднее квадратическое отклонение среднего значения потока крови М, вычисляется по формуле для среднее квадратического отклонения, измеряется в перфузионных единицах (пф.ед.); KV - коэффициент вариации, соотношение величин М и σ, измеряется в процентах (%).

Из таблиц видно, что компоненты Ликопрофита потенциала положительно влияют и на качество секрета простаты, снижая степень воспалительной реакции, нормализуют качественный состав секрета предстательной железы. На фоне приёма Ликопрофита потенциала отмечается тенденция к снижению выраженности симптомов дизурии и, как следствие, улучшается качество жизни пациентов. Комбинированное применение Ликопрофита потенциала и Трансверола значительно влияют на возрастные симптомы и достоверно улучшают эректильную функцию, что обусловлено

составом препаратов, и подтверждается исследованиями микроциркуляции сосудов полового члена.

Выводы

1. Применение комбинации препаратов Ликопрофит потенциал и Трансверол (ЗАО «Экомир» Россия) при лечении больных хроническим абактериальным простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией, достоверно влияет на качественный состав секрета предстательной железы, что может свидетельствовать о купировании воспалительной реакции в предстательной железе.

2. Применение комбинации препаратов Ликопрофит потенциал и Трансверол при лечении больных с хроническим абактериальным простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией, снижает выраженность симптомов дизурии, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

3. Применение комбинации препаратов Ликопрофит потенциал и Трансверол при лечении больных с хроническим абактериальным простатитом, сочетанным с эректильной дисфункцией, нивелирует симптомы возрастного андрогендефицита и улучшает эректильную функцию, что подтверждается исследованиями гормонального статуса и микроциркуляции кавернозных тел.

Сведения об авторах статьи:

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

Казихинуров Альберт Альфредович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51. E-mail: alberturo@mail.ru

Ишемгулов Руслан Радикович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

Хайретдинов Артемий Викторович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

Абзалилов Ринат Агзамович – врач-уролог ГБУЗ РБ ГБ № 1 г. Октябрьский, соискатель кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

Боярко Антон Валерьевич – ассистент кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51. E-mail: boyarko85@mail.ru

Коржавин Виталий Германович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

Сахаутдинов Дамир Расимович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 228-99-51

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдошин В.П. и др. Магнитолазерная терапия при хроническом простатите // Материалы пленума Всерос. об-ва урологов. - Пермь, 1994.-С. 12-13.
2. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Амосов А.В. и соавт. Комбинированная фармакоэходоплерография предстательной железы и полового члена в диагностике венокорпоральной эректильной дисфункции // Материалы 2-го Российского форума «Мужское здоровье и долголетие», Москва, 17-19 февраля 2004 г. - М.: «РимЭкспо», 2004. - С. 16.
3. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Еникеев М.Э. и др. Роль вазоактивных препаратов в лечении хронического простатита // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004. - С. 28-29
4. Каплун М.И. Хронический неспецифический простатит. - Уфа, 1984. -128с.
5. Козлов В.И., Сидоров В.В. Лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛАКК-01 // Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике. Второй Всерос. симп.- М., 1998. - С.5-8.
6. Кротовский Г.С., Зудин А.М. Виагра - 5 лет успеха. - М. 2003. - 189 с.
7. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 538 с.
8. Лоран О.Б., Лукьянов И.В., Раснер П.И., Актуальные проблемы хронического простатита, РМАПО, кафедра урологии и оперативной андрологии Москва, Россия, 2006. - 20с.
9. Лоран О. Б., Сегал А.С. Хронический простатит. Материалы 10 Российского съезда урологов. М., 2002.- С. 209–222.
10. Мазо Е.Б. Хронический инфекционный простатит // Пленум правления Российского общества урологов: материалы.- М., 2004.- С. 267-289

11. Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Мамедов М.Н., Иремашвили В.В. Патогенез и диагностика эректильной дисфункции у больных метаболическим синдромом. В кн.: Материалы III Всероссийской наеж.-практ. конф. «Актуальные вопросы диагностики и лечения метаболического синдрома», 2006. 71 с.
12. Михайличенко В.В. Патогенез, клиника, диагностика и лечение копулятивных и репродуктивных расстройств у мужчин при конгестиях в мочеполовом венозном сплетении: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1996.-35 с.
13. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. - М.: Медицина, 1998. - 304 с.
14. Сегал А.С. Диагностика и лечение хронического простатита // РМЖ.- 2003.-Т.11,№8.- С.10-13
15. Тарасов Н.И., Серегин С.П., Рыбаков Ю.И. Хронический простатит. Снежинск, 1999. - 124 с.
16. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. - СПб.: МедиаПресс, 1999.-464 с.
17. Ткачук В.Н. Хронический простатит // М. 2006. - С. 12-20.
18. Boyle P., Gould A.L., Roehrborn C.G. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomized clinical trials. Urology 1996; 48: 398-405.
19. Feldman H.A. et al. Erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: prospective results in a large random sample of Massachusetts men. //J. Urol. 1998; 159: 91.
20. Kaplan S.A., Volpe M.A., Te A.E. A prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis / chronic pelvic pain syndrome // J. Urol.- 2004.- Vol.17, №1.- P.284-288.
21. Krieger I., Riley D. Prostatitis: what is the role of infection// Intern. Journ. Antimicrob. Agents. 2002. Vol.19 (6). P. 475-479.
22. Program Abstracts AUA ANNUAL MEETING. //J Urology; V 175, № 4.

УДК 616.74-001-002.3

© А.А. Засорин, 2012

А.А. Засорин
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ И ПОВЯЗОК URGO
В ЛЕЧЕНИИ ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩИХ РАН
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Исследована эффективность комбинации озонотерапии и повязок URGO: ЦЕЛЛОСОРБ® Ag (для первой фазы раневого процесса) и УРГОТЮЛЬ® (для второй фазы) в комплексном лечении вялогранулирующих ран нижних конечностей у 50 военнослужащих. Средний возраст пациентов составил 19,9±0,81 года, средняя площадь раневой поверхности – 15,7±3,28см². Пациенты были разделены на основную группу – 25 пациентов, которым в комплексе с традиционным лечением проводилась озонотерапия и использовались вышеуказанные повязки. В контрольную группу были включены 25 пациентов, лечившихся традиционно. Контроль лечебного процесса осуществлялся по клиническим показателям (очищение раны, появление грануляций и эпителизации, процент среднесуточного уменьшения площади), цитологии и микробной обсемененности ран и исследованием микроциркуляции аппаратом ЛАКК-01.

Отмечено достоверное улучшение исследуемых показателей в основной группе в сравнении с традиционным лечением, что позволило сократить сроки лечения в 1,24 раза.

Ключевые слова: вялогранулирующие раны, лазерная доплеровская флоуметрия, микроциркуляция, озонотерапия.

А.А. Zasorin
APPLICATION OF OZONE THERAPY AND BANDAGES URGO IN TREATMENT
OF SLUGGISHLY GRANULATING WOUNDS

The article views the effectiveness of ozone therapy in combination with bandages URGO: CELLOSORB® AG (for the first stage of the wound process) and URGOTUL® (for the second stage) in complex treatment of sluggishly granulating wounds of lower extremities in 50 military man. The average age of patients was 19,9±0,81 years. The average size of the wound surface was 15,7±3,28 cm². The patients were divided in two groups: basic group – 25 patients who were treated with traditional treatment, ozone therapy and using of above-mentioned bandages. The control group included 25 patients treated traditionally. Monitoring of treatment was performed using clinical indications (wound cleansing, appearance of granulations, epithelialization, and percent of daily average area reduction), cytology and bacterial content of the wound and investigation of microcirculation with LAKK-01 instrument.

The study proved the improvement of investigated indications in basic group as compared to traditional treatment that allowed to reduce the treatment duration in 1,24 times.

Key words: sluggishly granulating wounds, laser Doppler flowmetry, microcirculation, ozone therapy.

С древнейших времен и до настоящего времени перед практикующими хирургами стоит проблема закрытия раневых дефектов. Особенно остро вопрос встает, когда раны не заживают в течение стандартного временного интервала, что приводит к образованию вялогранулирующих ран и, как следствие, значительному возрастанию затрат на лечение пациентов с данной патологией. Используемые в настоящее время традиционные методы лечения эффективны в 75-80% случаев, а длительность лечения составляет от 1,5-2 месяцев и более. При этом не всегда происходит пол-

ная эпителизация раневого дефекта, что существенно сказывается на качестве жизни пациентов и требует необходимости применения современных перевязочных средств для повышения эффективности лечения [5,7].

По данным литературы [2,4], за период с 2002 по 2010 гг. высокий уровень заболеваемости в вооруженных силах во многом наблюдается за счет XII класса – болезней кожи и подкожной клетчатки. В структуре по-прежнему преобладают гнойно-воспалительные заболевания, а их доля у военнослужащих по призыву и контракту из го-