

Было проведено сравнительное серологическое исследование сыворотки крови, надосадочной жидкости эякулята, секрета простаты у пациентов из групп МИС и СИС. Использовали метод ИФА для определения суммарного иммуноглобулина М и G, РМП.

Полученные данные свидетельствуют, что в целом в группе СИС количество совпадений серологических результатов в РМП и ИФА IgM и IgG в сыворотке крови и надосадочной жидкости эякулята и секрета простаты составляет 87%, в то время как в группе МИС совпадения имеют место быть в 63% случаев. Таким образом, у больных в группе СИС наблюдаем более частое изменение гематотестикулярного барьера, что ведет, вероятно, к более частому проникновению бледной трепонемы глубоко в ткани хозяина и, соответственно, более тяжелому течению инфекции даже при ранних стадиях сифилиса.

Результаты, полученные в этом эксперименте, коррелируют с данными серологического исследования спинномозговой жидкости у больных СИС.

В обоих случаях течение сифилиса в значительной степени утяжеляется присутствием вирусного гепатита В и С и туберкулезной инфекцией, что приводит к более тяжелой инфекционной патологии даже при ранних стадиях сифилиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аковбян В.А., Дмитриев Г.А. // *Здравоохранение*, 2001. – С. 103-106.
2. Борисенко К.К. Поражение нервной системы и внутренних органов при раннем сифилисе. Кожные и венерические болезни / *Руководство в двух томах*. – М., 1999. – 547 с.
3. Внелегочный туберкулез / *Рук. по ред. А.В. Васильева*. – СПб., 2000. – 568 с.
4. Кулагин В.И., Селисий Г.Д., Богуш П.Г. и др. // *Вестн. дерматол. и вен.*, 2003. – № 2. – С. 63-66.
5. Лосева О.К., Тактамышцева Э.Ш., Куприянова Л.В. и др. // *Вестн. дерматол.*, 1997. – № 3. – С. 42-45.
6. Шерлок Ш., Дули Дж. *Заболевания печени и желчных путей*. – М., 1999.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ УРЕТРОГЕННЫМ ПРОСТАТИТОМ

В.А. Молочков, С.А. Суворов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Хронический уретрогенный простатит (ХУП) – распространенное заболевание с затяжным рецидивирующим течением, трудно поддающееся лечению [5]. Часто являясь осложнением уретрогенных инфекций, передающихся половым путём, в первую очередь, хламидиоза, трихомониаза, гонореи, причиной нарушения половой функции и infertility, хронический простатит, тем самым,

представляет собой важную социально значимую проблему, наносящую обществу существенный экономический и демографический ущерб [7, 8, 9, 10].

Под нашим наблюдением находились 430 больных хроническим уретрогенным простатитом хламидийной, трихомонадной и гонококковой этиологии, в возрасте от 18 до 73 лет (в среднем $34,7 \pm 0,6$ года), преобладали лица в период наивысшей сексуальной активности, то есть в возрасте от 18 до 44 лет. Продолжительность заболевания составляла от 6 месяцев до 44 лет, при этом преобладали (80%) больные со сроком заболевания от 1 года до 5 лет.

В материале из уретры больных ХУП наиболее часто обнаруживались *Clamidia trachomatis* – 210 (48,8%) и – *Trichomonas vaginalis* – 192 (44,7%), реже *Neisseria gonorrhoeae* – 28 (6,5%) случаев.

По данным пальцевого исследования и УЗИ, катаральная стадия хронического уретрогенного простатита констатирована у 86 (20%), фолликулярная – у 93 (22%), паренхиматозная – у 92 (21%) и паренхиматозная с признаками склероза ПЖ – у 159 (37%) обследованных.

При уретроскопии у всех обследованных больных выявлялся тотальный уретрит, что подтверждает уретрогенный характер простатита. При этом, инфильтративные изменения уретры (в том числе мягкий, переходный и твердый инфильтрат) констатированы у 338 (78,1%) больных. Воспаление эндоуретральных желез (литтрит и морганит) выявлено у 264 (61,4%) обследованных. У 256 (75,3%) больных диагностирован катаральный, интерстициальный и атрофический колликулит.

В комплексной терапии хронического уретрогенного простатита применялись этиотропные препараты: при хламидийной этиологии заболевания назначался сумамед внутрь по 1,0 г 1 раз в 7 дней (на курс 3,0 г); при трихомонадной – тиберал внутрь по 0,5 г 2 раза в день (в течение 10 дней), при гонорейной – цефтриаксон по 1,0 г внутримышечно 1 раз в сутки (на курс 2,0 г) согласно приказа МЗ РФ № 415 от 20.08.2003. Использовались иммуномодуляторы – виферон (человеческий рекомбинантный интерферон α -2b в дозе 1 млн МЕ по одной свече 2 раза в день в течение 10 дней, а затем 3 раза в неделю по 1 свече 20 дней).

Местное лечение при наличии мягкого инфильтрата уретры проводилось инсталляциями мирамистина или инстиллагеля через день; при переходном и твердом инфильтрате применялась тампонада по Вашкевичу.

В комплексном лечении 215 больных в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст – $44,5 \pm 0,8$ года) и продолжительностью заболевания от 6 месяцев до 44 лет (в среднем $22,3 \pm 0,4$ лет) проводилась КВЧ-терапия (электромагнитное излучение миллиметрового диапазона); 54 пациента получали КВЧ-терапию длиной волны 5,6 мм, 51 больной – длиной волны 7,1 мм и 110 больных – путем сочетания длин волн 5,6 и 7,1 мм (патент №2116808).

Переносимость КВЧ-терапии в каждом случае была хорошей, побочных эффектов не отмечено.

В результате анализа полученных результатов констатировано, что терапия хронического простатита с использованием ЭМИ ММД длиной волны 5,6 мм и 7,1 мм в отдельности, а также при сочетании длин волн 5,6 и 7,1 мм более эффективна, чем традиционная терапия. У больных основной группы значительно раньше разрешались клинические признаки заболевания.

Так, после курса КВЧ-терапии (ЭМИ длиной волны 5,6 мм) положительные сдвиги в клинической картине хронического уретрогенного простатита характеризовались, прежде всего, исчезновением боли и восстановлением эректильной функции.

После курса электромагнитного излучения миллиметрового диапазона длиной волны 7,1 мм положительные сдвиги в клинической картине заболевания проявлялись в большей мере в обезболивающем и восстанавливающем мочеиспускание действии.

После КВЧ-терапии путем сочетания длин волн 5,6 и 7,1 мм отчетливый клинический эффект проявлялся в более выраженном обезболивающем, восстанавливающем мочеиспускание и половую функцию действии.

Использование в комплексном лечении 105 больных (в возрасте от 34 до 58 лет (средний возраст $42,4 \pm 0,6$ года) и длительностью патологического процесса от 6 до 36 лет (в среднем $9,4 \pm 0,8$ года) в паренхиматозной стадии хронического уретрогенного простатита с явлениями склероза ГОК эндоуретрального вибромассажа и магнито-электрофореза коллализина на аппарате «Интрамаг» (патент № 2139726) сопровождалось более выраженным клиническим эффектом, чем в группе сравнения (54 больных с паренхиматозной стадией ХУЛ с явлениями склероза ПЖ), получавших традиционную терапию). В основной группе на 38-54% чаще, чем в группе сравнения, происходило исчезновение дизурических расстройств и восстановление сексуальной функции.

Таким образом, комплексная терапия с использованием миллиметровых волн крайне высокой частоты у больных хроническим уретрогенным простатитом, а также применение эндоуретрального вибромассажа и магнито-электрофореза коллализина на аппарате «Интрамаг» у больных паренхиматозной стадией хронического простатита с явлениями склероза предстательной железы – эффективный и безопасный (отсутствие побочных эффектов в каждом случае) метод лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.П., Михайличенко В.В., Печерский А.В. // Урол. и нефрол. – 1998. – № 5. – С. 22-24.
2. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин: 3-е изд. – М., 1991. – 288 с.
3. Ковалев В.А., Королева С.В. // Матер. Всерос. конф.: Мужское здоровье. – М., 2003. – С. 131-132.

-
4. Молочков В.А., Трапезникова М.Ф., Уренков СБ. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 2. – С. 57-61.
 5. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998. – 304 с.
 6. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Простатит – мужская болезнь. – СПб., 1994. – 58 с.
 7. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. – СПб., 1999. – 464 с.
 8. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л., 1989. – 206 с.
 9. Чеботарев В.В. // Вестн. дерматол. – 1998. – № 2. – С. 72-73.
 10. Чеботарев В.В., Беляева Н.В., Гоннова Л.Н. и др. Лечение больных осложненными формами заболеваний мочеполовых органов с использованием аппарата «Интрамаг» с приставкой «Интра терм» / Методические рекомендации. – Ставрополь, 1999. – 12 с.
 11. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. – Киев, 1990. – 98 с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

В.Ю. Мусаков

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Простатит – наиболее встречаемое урологическое заболевание у мужчин моложе 50 лет, а после 50-летнего возраста занимает 3-е место по частоте после доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ) и рака простаты [7].

Результаты масштабных эпидемиологических исследований, проведенных в 1999 г. в Великобритании, Франции, Голландии и Кореи в группе 4800 пациентов в возрасте от 40 до 79 лет, целью которых явилось выявление дизурии, дискомфорта в области промежности и в половых органах, продемонстрировало, что 35% обследованных имели по крайней мере единичный симптом простатита в течение предшествующего года, а 8% пациентов отмечали проблемы в половых отношениях. По данным другого исследования, у 9,7% всех мужчин в возрасте от 20 до 74 лет отмечены дискомфорт в области промежности и (или) при эякуляции в сочетании с болевым синдромом [10].

По мнению O.R. Roberts et al. [11], у пациентов 60 лет и старше простатит встречается в 1,6 раз чаще, чем в возрасте 18-35 лет, а к 85 годам вероятность заболевания либо острым, либо хроническим простатитом составляет 26% [9].

Этиология хронического бактериального простатита ассоциирована с широким спектром микроорганизмов, вызывающих инфекцию мочевых путей: грамотрицательные аэробные палочки (чаще *Escherichia coli* – до 80% наблюдений, и *Pseudomonas aeruginosae*), а также *Serratia*, *Klebsiella* и *Proteus* – 10-15% наблюдений; среди грамположительных бактерий выделяют *Streptococcus faecalis* и *Staphylococcus saprophyticus*. Около 5-10% наблюдений простатита обусловлены *Enterococcus*. Аналогичные микроорганизмы могут обнаруживаться