

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У БОЛЬНЫХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.А. Ананьев, А.И. Неймарк, Н.В. Назаренко

(Краевая клиническая больница, гл. врач — ; Алтайский государственный медицинский университет, ректор — , г. Барнаул)

Резюме. Проведено исследование патоморфологических особенностей предстательной железы при хроническом простатите, развившемся на фоне вибрационной болезни. Выявлено преобладание дистрофических и сосудистых нарушений при отсутствии воспалительной инфильтрации, центрально-зональные простаты были подвержены изменениям в большей степени. Представленная картина может быть обозначена как «вибрационная простатопатия».

Ключевые слова: предстательная железа, хронический простатит, вибрационная болезнь.

Хронический простатит занимает первое по частоте место среди воспалительных заболеваний мужских половых органов, являясь самым распространенным заболеванием мужской репродуктивной системы и одним из самых частых мужских заболеваний в целом [2]. Сохраняющиеся трудности в лечении этого заболевания во многом обусловлены недостаточной изученностью физиологии простаты в норме и отсутствием полного представления о патофизиологических аспектах ее дисфункции при патологии. Простатит обычно не угрожает жизни больного, однако характеризуется длительностью течения, малой эффективностью проводимого лечения и нарушениями половой функции. Даже незначительные сексуальные нарушения у больных простатитом, особенно у молодых мужчин, служат источником больших переживаний, нервных расстройств, семейных неурядиц [5]. Различными авторами высказываются многочисленные, часто противоречивые, суждения об этиопатогенезе заболевания. По мнению С. Blumensaat (1961), А. Rangoni (1967), J. Schnierstein (1968), А. Schaeffer (1999), воспаление при простатите имеет исключительно инфекционную природу. Другие авторы указывают на возможность асептического воспаления (И.М. Прудоминский, 1968; А.Н. Бонев, 1981; Л.П. Имшенецкая, 1983; О.Л. Тиктинский, 1984).

Несомненное значение в развитии и своеобразии течения простатита у работников сельского хозяйства имеют специфика и условия их труда. Неблагоприятные климатические условия, вахтовый метод работы, нерегулярность половой жизни, действие общей и местной вибрации с развитием конгестии в органах малого таза способствует более быстрому переходу начальных проявлений хронического простатита в конечную стадию заболевания со всеми вытекающими последствиями. Особое значение приобретает изучение влияния физических факторов на различные биологические системы. В свете этого определенный интерес представляет влияние локальной и общей вибрации на организм человека в целом и на отдельные органы. Отрицательное проявление вибрации связано с возникновением неприятных ощущений вплоть до развития различных патологий, например, вибрационной болезни [4].

Длительное воздействие вибрации на рецепторы вибрационной чувствительности создает условия для нарастания возбудимости соответствующих вышележащих центров. Под влиянием афферентной импульсации рефлекторно возникают реакции в нейронах спинного мозга, симпатических ганглиев, ретикулярной формации ствола мозга, в высших отделах головного мозга, в том числе и на уровне различных вегетативно-сосудистых центров. В результате нарушается регулирующее влияние центральной нервной системы на сосудистый тонус, в частности на состояние периферического кровообращения, и наблюдается специфическое проявление ангиоспазма. И чем более изменяется вибрационная чувствительность, тем значительнее выражен спазм сосудов. Не исключается также прямое механическое повреждение и раздражение гладкомы-

шечных клеток сосудов, что способствует их спазму и атонии. В дальнейшем, появляются изменения дистрофического характера. Патологический процесс при этом носит, в целом, характер ангиотрофоневроза, который на определенной стадии имеет тенденцию к генерализации [3].

Актуальность проведенного исследования определило отсутствие адекватных патофизиологических представлений о развитии хронического простатита у лиц с воздействием фактора общей вибрации.

Целью исследования явилась оценка морфологических изменений предстательной железы у больных хроническим простатитом, развившемся на фоне вибрационной болезни.

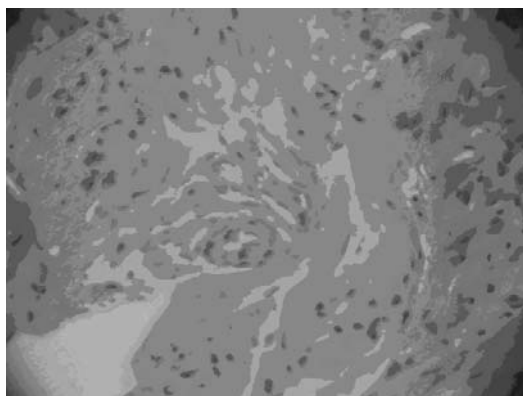
Материалы и методы

Методом пункционной биопсии предстательной железы обследовано 19 мужчин, работающих механизаторами сельского хозяйства, страдающих подтвержденной вибрационной болезнью и имеющих клинические и ультразвуковые признаки хронического простатита. Средний возраст обследованных составил $52,1 \pm 5,7$ лет, средний срок контакта с общей вибрацией — $24,8 \pm 6,1$ лет.

Тонкоигольные биоптаты из центральных и периферических отделов предстательной железы исследовали методом световой микроскопии. Полученный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и промывали в водопроводной воде. В дальнейшем проводили обезвоживание в спиртах восходящей концентрации, просветление в 3-х порциях хлороформа и заливку в парафин при температуре 56°C . Парафиновые срезы окрашивали гематокс. Приготовление парафиновых срезов толщиной 10-12 мк осуществляли на санном микротоме МС-2. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, ставили ШИК-реакцию, используя окраску по Мак-Ману-су.

Результаты и обсуждение

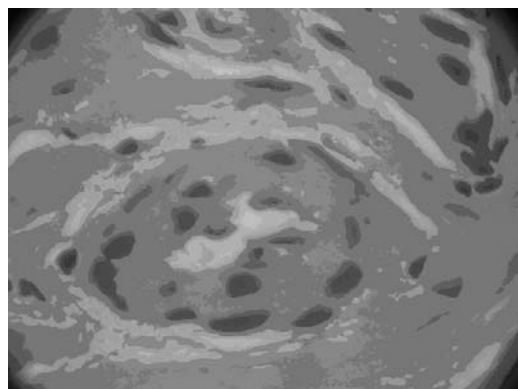
При светооптическом исследовании биоптатов простаты отмечалось наличие очагов фиброза в стромально-волокнистой строме и дистрофические изменения мышечных волокон. Количество неизмененных капилляров было уменьшено, с подверженностью большей части капилляров аневризмоподобным мальформациям. Наблюдались изменения стенок артериол в виде их утолщения с дегенеративными и пролиферативными изменениями эндотелия, а также гиалинозом. В периферических и, особенно, центральных отделах простаты были уменьшены число и размеры желез. Эпителий в ряде желез был однорядным кубическим, просветы желез сужены, а эпителий атрофичен. В главных железах отмечалось сглаживание складчатого рельефа слизистой и уменьшение секреторной активности. Эпителий главных желез характеризовался как низкий цилиндрический, однорядный, с уменьшением числа базальных клеток. Цитоплазма клеток была неравномерной окраски, с наличием вакуолей, а в части клеток отмечался кариопикноз. Также отмечалось утолщение базальных мембран, уменьшение количества капилляров подэпителиальной ткани и признаки ее фиброза. Воспалительная инфильтрация в железах и стромально-волокнистой строме отсутствовала.



Примечание: окраска гематоксилином и эозином (микрофотография x180).

Рис. 1. Волокнисто-мышечная строма простаты. Отек, дистрофические изменения мышечных клеток. Образование коллагеновых волокон. Утолщение стенки артериол, пролиферация, дистрофия эндотелия.

При светооптическом исследовании биоптатов простаты отмечалось наличие очагов фиброза в стромально-волокнутой строме, дистрофические изменения мышечных волокон. Количество неизмененных капил-

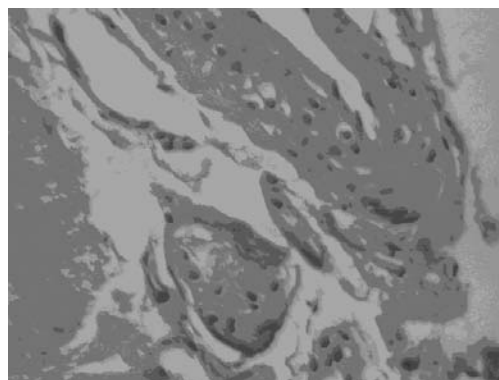


Примечание: окраска гематоксилином и эозином (микрофотография x480).

Рис. 2. Изменения со стороны артериол. Утолщение стенки, пролиферация, дистрофия эндотелия, фокусы гиалиноза.

ляров уменьшено, большая часть капилляров подвержена аневризмоподобным мальформациям. Отмечались изменения стенок артериол в виде их утолщения с дегенеративными и пролиферативными изменениями эндотелия, а также гиалинозом (рис. 1, 2, 3).

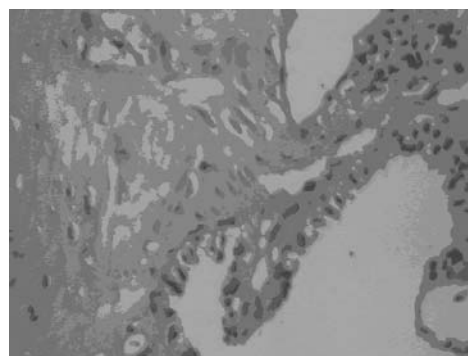
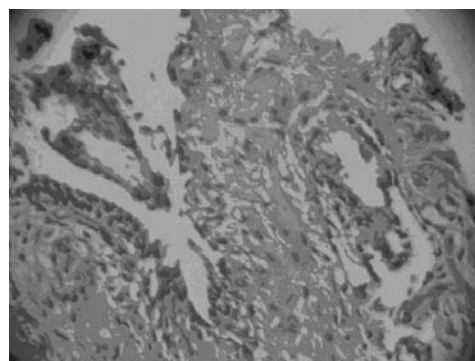
В периферических и, особенно, центральных отделах простаты отмечалось уменьшение числа и размеров желез. Эпителий в ряде желез был однорядным кубическим, просветы желез сужены, а эпителий атрофичен. В главных железах отмечалось сглаживание склад-



Примечание: окраска гематоксилином и эозином (микрофотография x480).

Рис. 3. Изменения капилляров волокнисто-мышечной стромы простаты. Утолщение стенок, дистрофия эндотелия с подушкообразными пролифератами.

чатого рельефа слизистой и уменьшение секреторной активности. Эпителий главных желез характеризовался как низкий цилиндрический, однорядный с уменьшением числа базальных клеток, цитоплазма клеток



Примечание: окраска гематоксилином и эозином (микрофотография x320).

Рис. 4. Железы простаты. Атрофия желез со снижением секреторной активности, дистрофическими изменениями эпителия.

была неравномерной окраски с наличием вакуолей, в части клеток отмечался кариопикноз. Отмечалось также утолщение базальных мембран, уменьшение количества капилляров подэпителиальной ткани с признаками ее фиброза. Воспалительная инфильтрация в железах и стромально-волокнистой строме отсутствовала (рис. 4).

Таким образом, при хроническом простатите на фоне вибрационной болезни морфология простаты характеризуется преобладанием дистрофических-атрофических и сосудистых изменений. Отличия обнаруженных нарушений от типичной картины воспаления предстательной железы позволяют расценивать их как специфические проявления вибрационной простатопатии.

THE PATHOMORPHOLOGY OF PROSTATE GLAND IN CHRONIC PROSTATITIS IN THE PATIENTS WITH PNEUMATIC HAMMER DISEASE

V.A. Anan'yev, A.I. Neimark, N.V. Nazarenko

(Altai Territory Clinical Hospital, Altai State Medical University, Barnaul)

There was made an analysis of pathomorphological features of prostata while having the chronic prostatitis, developing on the background of Pneumatic hammer disease. One detected dystrophic and vascular abnormalities predominance beyond any inflammatory infiltration; central zones of prostate gland were undergone to more changes. The represented situation can be characterized as "vibratory prostatopathy".

ЛИТЕРАТУРА

1. *Имшенецкая Л.П.* Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Дисс. докт. мед. наук. — Киев, 1983.
2. *Каналов А.А.* Материалы конференции урологов России. — Курск, 2000.
3. *Карпова Н.Н.* Вибрация и нервная система. — Л.: Медицина, 1976. — С.168.
4. *Мельникова М.М.* Вибрационная болезнь // Медицина труда и промышленная экология. — М.: Наука, 1995. — № 5. — С.36-41.
5. *Неймарк А.И.* Заболевания мужских половых органов. Лечение и профилактика. — Барнаул, 1992. — С.6-7.
6. *Тиктинский О.Л.* Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. — Л.: Медицина, 1984. — С.303.

© БУШКОВА О.И., ЛЯДОВА М.А. — 2008

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЛОРАТАДИН/БУДЕНОСИД (ЛОМИЛАН/ТАФЕН НАЗАЛЬ) В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

О.И. Бушкова, М.А. Лядова

(Центр клинической иммунологии и аллергологии, г. Ангарск, зав. - к.м.н. Л.Л. Кошельская)

Резюме. Представлены результаты наблюдения оценки эффективности лечения пациентов с аллергическим ринитом комбинацией препаратов лоратадин/будесонид (Ломилан/Тафен назаль).

Ключевые слова: аллергический ринит, фармакотерапия, будесонид, лоратадин, ломилан, тафен назаль.

Распространенность аллергических заболеваний возрастает. Установлено, что IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями страдает более 20% населения Земли [3,4]. Принят ряд международных и национальных соглашений по диагностике и лечению бронхиальной астмы, аллергического ринита, атопического дерматита, разработаны формуляры и стандарты терапии этих заболеваний [5,7]. Общеизвестно, что лечение аллергических заболеваний обязательно включает специфические методы терапии и рациональную фармакотерапию [1,2,6].

Целью нашей работы стала оценка эффективности и безопасности применения комбинации препаратов лоратадина и будесонида (Ломилан и Тафен назаль) у больных с аллергическим ринитом.

Материалы и методы

В исследование были включены 140 больных со среднетяжелым и тяжелым течением персистирующего аллергического ринита, наблюдающихся у врачей-аллергологов в Центре клинической иммунологии и аллергологии г. Ангарска и соответствовавших приведенным ниже основным критериям включения.

Диагноз аллергического ринита был подтвержден данными анамнеза, клинической картины, специфическими методами исследования (кожные тесты с водно-солевыми растворами аллергенов), цитологических методов исследования (риноцитотраппама).

Все больные отвечали следующим критериям: возраст от 18 до 60 лет; среднетяжелое и тяжелое течение аллергического ринита; стаж заболевания от 2 и более лет; отсутствие анатомических изменений носа.

В исследование не включались больные, соответствующие

следующим критериям: возраст до 18 лет; легкое течение аллергического ринита; наличие анатомических изменений в полости носа; наличие аллергических реакций на ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид); наличие инфекционного ринита; наличие грибкового поражения полости носа.

Больные были разделены на 2 группы:

— 1 группа - основная (100 больных) была назначена терапия блокатором H_1 -гистаминовых рецепторов 2 поколения — лоратадином (Ломилан, LEK) в сочетании с интраназальным кортикостероидом будесонидом (Тафен-назаль, LEK). Начальная доза будесонида составляла 400 мкг/сут., лоратадина — 10 мг/сут.

— 2 группа - контрольная (40 больных) получала блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов 1 поколения в сочетании с деконгестантами. Группа была отобрана из больных, которые получали данные препараты до обращения к врачу-аллергологу. Больные получали препараты в следующих дозах: клемастин 25 мг х 3 раза в день или клемастин 1 мг х 3 раза в день в сочетании с оксиметазолином 0,025% или ксилометазолином 0,1% по потребности.

Длительность терапии во всех группах составляла не менее 1 месяца.

В ходе исследования проводилась оценка клинических показателей (выраженность назальной блокады, ринореи, зуда слизистых, нарушение сна). Интенсивность симптомов аллергического ринита оценивалась в баллах до и после лечения по следующим пунктам: отделяемое из носа, заложенность носа, зуд в полости носа, чихание, другие симптомы: нарушение сна, головные боли, потеря обоняния. Принимались следующие условные значения баллов: 0 — симптомов нет, 1 — выражены незначительно, 2 — выражены умеренно, 3 — выражены, 4 — очень выражены.

Данные представлялись в виде средних величин (М) и