

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Исройлов Нодирбек Кодиржон уgli¹

г.Фергана, Узбекистан¹

Аннотация. Абактериальный простатит – это одна из форм воспалительного процесса в предстательной железе, при которой наблюдаются деструктивные изменения мышечной ткани органа. Существенную роль в патогенезе ХАП многие авторы отводят неврологическому нарушению тонуса мышц тазового дна, состоящем в изменениях мышц-леваторов, а также патологическом кровотоке в них, в результате, приводящем к спастическому сокращению мышц, мышечному напряжению и формированию миофасциального синдрома, сопровождающегося постоянной болевой импульсацией и дизурией

Ключевые слова: ХАП(хронический абактериальный простатит), тамсулозин , димексидэнзимная смесь (ДЭС), шкала СОС ХП, шкала МИЭФ.

FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS

Isroilov Nodirbek Qodirjon ogl¹

Uzbekistan, Ferghana city¹

Annotation. Abacterial prostatitis is one of the forms of the inflammatory process in the prostate gland, in which destructive changes in the muscle tissue of the organ are observed. Many authors attribute a significant role in the pathogenesis of CAP to a neurological disorder of the tone of the pelvic floor muscles, consisting in changes in the levator muscles, as well as pathological blood flow in them. , resulting in spastic muscle contraction, muscle tension and the formation of myofascial syndrome, accompanied by constant pain impulses and dysuria

Key words: CAP (chronic abacterial prostatitis), tamsulosin, dimoxide enzyme mixture (DES), SOS CP scale, IIEF scale.

Терапия хронического простатита, в частности абактериального генеза, требует особого подхода, в зависимости от клинических проявлений заболевания и степени нарушения качества жизни пациентов. Большое значение имеют и такие параметры, как: фаза активности воспалительного процесса в prostate, возраст, иммунный статус и психический статус пациентов [7, 8, 9]. А.В. Сивков и соавт., обобщая достаточную группу медикаментов, предлагали использовать ее для терапии больных хроническим абактериальным простатитом. В эту группу включали препараты синтетического происхождения и растительного генеза, в частности, антибактериальные средства и фитопрепараты, НПВП, иммуностимулирующие препараты, миорелаксанты, биорегулирующие пептиды, анальгетики, ферменты, рассасывающие препараты, минералы, антиоксиданты, альфа-1-адреноблокаторы, витамины, а также антидепрессанты

и седативные препараты и т.д. [14]. Другие авторы также рекомендуют перечисленные препараты в терапии хронического простатита, в частности абактериального генеза [5, 6, 9]. Из-за трудности выявления причины хронического простатита, в частности простатического болевого синдрома при ХАП, большинство схем терапии базируется на основе жалоб больного. Учитывая сопутствующие болезни, необходимо использовать сочетанную терапию для устранения доминирующих симптомов при ХАП . В настоящее время для терапии ХАП предложено достаточно большое количество разных комбинаций препаратов синтетического и растительного генеза[1, 2]. Однако, возможную эффективность терапии данного заболевания авторы объясняют по-разному. Большинство авторов считают, что ХП, в частности абактериального генеза, трудно поддается терапии, так как не все препараты преодолевают гематопростатический барьер своевременно [8, 9, 11]. Доказано, что антибиотикотерапия показана при хроническом бактериальном простатите, а при отсутствии лабораторного подтверждения микрофлоры назначение антибиотиков необоснованно и крайне вредно. На основании клинических данных без лабораторного подтверждения применение антибиотиков может привести к усугублению течения болезненного процесса и снижению защитных сил организма в виде иммунодефицита [7, 11, 12, 15]. При применении фторхинолонов (ципрофлоксацина, левофлоксацина и офлоксацина) среди пациентов с хроническим абактериальным простатитом некоторые авторы получили и позитивные эффекты. Ведущий мировой эксперт по простатиту .C. Nickel рекомендует эмпирическое назначение фторхинолонов у больных с абактериальным простатитом от двух недель до месяца, при наличии положительного эффекта можно продлить антибиотикотерапию до 2-4 недель. Однако автор считает, что не всегда антибактериальное лечение является эффективным у больных с абактериальным простатитом – СХТБ, даже при обнаружении бактерий в секрете простаты в период терапии [3, 4].

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения простатита.

Материалы и методы исследований: Находившиеся под наблюдением больные были разделены на две группы. I группа – основная, включала 56 больных с хроническим абактериальным простатитом, в лечении которых применяли 507 селективный альфа-1-адреноблокатор – тамсулозин в виде таблеток и димексидэнзимную смесь (ДЭС) в виде микроклизмы. Тамсулозин назначался по 0,4мг 1 раз в сутки в течение месяца, ДЭС в виде микроклизм, rectum, также в течение месяца. Состав ДЭС включал в себя: 20мл димексида, 20мг химотрипсина, лидазу 128ЕД, гепарин 5000 ед., 25мл 0.9% раствора натрия хлорида. Для более достоверной оценки полученных результатов исследования наблюдалась и контрольная группа, аналогичная основной группе по этиопатогенезу поражений простаты. II группа (контрольная) - группа сравнения, включала 35 больных с хроническим абактериальным простатитом, которые подвергались только комплексному традиционному лечению с включением в схему лечения нестероидных противовоспалительных препаратов. Возраст больных, этиология и длительность заболевания, клинические проявления, объективная и субъективная симптоматика до начала лечения были полностью сопоставимы в основной и контрольной группах, которые обозначали соответственно римскими цифрами I и II.

Результаты исследований: Результат наших научных данных также подтвердил необходимость применения тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом. Этим объясняется тот факт, что на фоне терапии тамсулозином у больных

хроническим абактериальным простатитом существенно уменьшаются и исчезают объективные и субъективные признаки болезни, тем самым, повышается и качество жизни пациентов. Помимо этого, назначение тамсулозина с ДЭС повышает диагностическую оценку бактериологического анализа экспиримата простаты, что способствует дифференциации абактериального простатита от бактериального. Все это происходит благодаря восстановлению оттока секрета из ранее плохо дренируемых областей предстательной железы, что способствует выявлению возбудителя в исследуемом материале. Применение микроклизм с димексид-энзимной смесью (ДЭС) у больных с хроническим абактериальным простатитом имеет огромную лечебно-диагностическую ценность. Необходимо подчеркнуть важность применения микроклизмы с ДЭС из-за наличия в ее составе димексида и энзимов. Димексид или диметилсульфоксид является гигроскопичным веществом, имеет структуру в виде бесцветного прозрачного кристалла. Температура плавления димексида составляет +18,5 градуса по Цельсию.

Диметилсульфоксид имеет специфический запах. Также димексиду свойственно повышение проницаемости кожи и слизистой оболочки. Последнее имеет особое значение для достижения лекарственных средств в органы-мишени, то есть в предстательную железу. Наряду с этим диметилсульфоксид имеет ряд положительных сторон, обладая обезболивающим, противовоспалительным, антисептическим и протеолитическими свойствами. Также, при использовании димексида имеется и негативная сторона, которая характеризуется в виде неприятного запаха, исходящего от тела больного. Поэтому, необходимо информировать пациентов перед применением препарата об ощущении запаха, связанного с димексидом. Запах может быть в виде вареной кукурузы, капусты, лука и т.д. Использование ферментов в составе микроклизм считается патогенетически оправданным, так как протеолитическая активность энзимов при воспалительном процессе считается крайне необходимым звеном. Таким образом, энзимы, проникая через простатический барьер в ткань предстательной железы, дефрагментируя и растворяя лейкоцитарные и эпителиальные пробки, эффективно способствуют восстановлению дренажной функции закупоренных выводных протоков простаты. Димексид и энзимы оказывают противовоспалительный, antimикробный, обезболивающий эффект. 508 Учитывая вышеизложенное можно сказать, что у всех наблюдавшихся пациентов основной группы до назначения тамсулозина и микроклизм с ДЭС имели место гемодинамические нарушения простаты, болевой синдром, копулятивная дисфункция и нарушение выделения мочи в виде слабой струи мочи, поллакиурии, чувства остатка мочи после опорожнения мочевого пузыря, никтурии и т.д. Все это приводит к ухудшению качества жизни пациентов. Дозу и продолжительность применения тамсулозина подбирали с учётом фармакологических свойств препарата. Таким образом, все больные основной группы получали тамсулозин по 0,4 мг каждые 24 часа в течение месяца.

Выводы: Оценка состояния кровообращения простаты, используя ТРУЗИ с допплером, уродинамическое исследование методом урофлюметрии, а также анкетирование пациентов по шкале СОС ХП и шкале МИЭФ играют значимую роль для постановления диагноза, обнаружения осложнений болезни и определения степени эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абашев Р.З. Применение метода лечения на аппарате андро-гин с хроническими воспалительными заболеваниями предстательной железы в санатории профилактории "газовик" / Р.З. Абашев, П.В. Красильников, Э.Д. Кашапова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. № 2-2. – С. 23.
2. Абдрахманов А.Р. Инновационная методика в комплексной терапии хронических простатитов, ассоциированных с инфекциями, передаваемыми половым путем / А.Р. Абдрахманов // Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований. – Казань. – 2016. – С. 22-24.
3. Александров В.П. Диагностика инфравезикальной обструкции у больных с патологией спинного мозга / В.П. Александров [и др.] // X Российский съезд урологов: Материалы. – М., 2002. – С. 227–228.
4. Алчинбаев М.К. Простатит. Современный взгляд на проблему: учебно – практическое пособие / М.К. Алчинбаев [и др.] – Алма-Аты, 2011.–70 с.
5. Алчинбаев М.К. Результаты клинического исследования препарата спермотренд в лечении хронического бактериального простатита с фертильной дисфункцией / М.К. Алчинбаев // Перспективы внедрения инновационных технологий в фармации: сб.тр. / изд. Государственный гуманитарно-технологический университет (Орехово-Зуево). - 2016. - С. 11-20.
6. Аль-Шукри С.Х. Современные методы лечения хронического простатита / С.Х. Аль-Шукри, Д.Н. Солихов // Нефрология. – 2009.-№2.Т.13-С.86-91.
7. Аль-Шукри С.Х. Роль допплерографии и кинетических характеристик простатоспецифического антигена в дифференциальной диагностике хронического простатита и рака предстательной железы / С.Х. Аль-Шукри, С.Ю. Боровец, А.М. Курнаков // Нефрология. - 2014. - Т. 18. № 6. - С. 71-75.
8. Аль-Шукри, С. Х. К патогенезу и профилактике хронического простатита (клинико-экспериментальное исследование) / С.Х. Аль-Шукри, А.Г. Горбачев, С.Ю. Боровец // Урологические ведомости. - 2012. - Т. 2, № 2. - С. 15-19.
9. Аль-Шукри, С. Х. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на показатели эякулята у больных хроническим простатитом / С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, А.В. Соколов // Урологические ведомости. - 2015. - Т. 5, № 4. - С. 8-12.
10. Аль-Шукри, С. Х. Применение комплекса пептидов предстательной железы уропрост у больных с нарушением оттока мочи из мочевого пузыря / С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин, Е.Е. Лукина // Экспериментальная и клиническая урология. - 2010. - № 3. - С. 80-84. 509
11. Алентьев А.М. Лечение хронического бактериального простатита с применением методики северная ходьба / Алентьев А.М. // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. - 2019. - № 1. - С. 382-390.
12. Анализ результатов комплексного лечения пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли при обнаружении герпесвирусов урогени / В.П. Ковалык [и др.] // Лечащий врач. – 2016. - № 12. – С. 71 - 76.
13. Андрогенный скрининг у мужчин старше 50 лет с заболеваниями предстательной железы / А.А. Камалов [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. - №4. – С. 74-77
14. Антибактериальная терапия хронических простатитов у лиц пожилого и старческого возраста / Х.М.Н. Джалилов [и др.] // Уральский медицинский журнал. - 2017. - № 1 (145). - С. 111-114.

15. Аполихин О.И. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Д.А. Бешлиев // Экспер и клин урол 2010; 1: 4—11.