

Современные методы лечения хронического неинфекционного простатита

Н. И. Тарасов, А. В. Соколов

Введение

Распространенность хронического неинфекционного простатита значительно превышает инфекционные формы заболевания и достигает, по данным литературы, 80 — 90% [2]. В проведенных нами исследованиях эти больные составляли 58,4% [4]. Высокая актуальность изучения заболевания объясняется также недостаточной эффективностью проводимого лечения [6]. В настоящей работе представлена эффективность комплексной терапии при лечении хронического неинфекционного простатита с воспалительным компонентом.

Материалы и методы

В клинике урологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования на базе Челябинской городской клинической больницы №3 обследованы и пролечены 90 пациентов с диагнозом хронический неинфекционный простатит с воспалительным компонентом. Возраст больных от 20 до 55 лет. Давность заболевания от 1 года до 12 лет. Все они прежде неоднократно безуспешно проходили курсы традиционного лечения с применением антибактериальных препаратов и массажа простаты.

Наряду с общепринятыми методами исследования использовали оценку клинической симптоматики по индексам частоты (ИЧС) и выраженности симптомов (ИВС), оценку сексуального здоровья (ОСЗ) по опроснику МИЭФ-5, уродинамическое обследование на аппарате «Advance» (Канада), трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое сканирование на аппарате «Aloka-630» (Япония), трансректальное доплерографическое ультразвуковое картирование на аппарате компании «Philips-SSD» (США), бактериологические исследова-

ния отделяемого из уретры и секрета предстательной железы с использованием микробиологического анализатора i-EMS фирмы «Labsystems» (Финляндия) для определения исходного состояния и эффективности проводимой терапии.

В комплексном медикаментозном лечении применяли препарат группы полипептидов — свечи «Витапрост», курсовой дозой до 20 штук. Основанием для его применения являются данные литературы, свидетельствующие об эффективном уменьшении симптоматики хронического простатита и, в первую очередь, болевого синдрома, улучшении мочеиспускания и половой функции, в частности эрекционной и эякуляторной составляющей копулятивного цикла [1, 3].

Наряду с этим использовали созданный и запатентованный научно-исследовательским институтом измерительной техники — высокочастотные комплексы при участии кафедры урологии и андрологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (*патент № 2145894 от 27 февраля 2000 г, авторы В.С. Пичугин, Н.И. Тарасов, А.Л. Зорин*) аппаратно-программный комплекс (АПК) трансректальной микроволновой гипертермии для лечения воспалительных заболеваний предстательной железы «АДЕН-Ч», который представляет собой компьютеризированную систему с генератором на частоте 433,92 МГц и выходной мощностью до 50 Вт. В антенне-излучателе АПК предусмотрены двухконтурная принудительная система водяного охлаждения и контроль температуры в предстательной железе, на слизистой оболочке прямой кишки и в термопреобразователе [5].

75 из 90 больных проводилось по 10 одночасовых сеансов трансректальной микроволновой гипертермии один раз в 3 дня при подводимой мощности от 25 до 40 Вт. Во время процедур в предстательной железе создавалась температура от 40,5 до 41,5 °С, на слизистой оболочке прямой кишки и в термопреобразователе в пределах 28 °С. Аппаратное лечение

Н.И. ТАРАСОВ — профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования, заслуженный деятель науки РФ, член Европейской и Американской ассоциаций урологов

А.В. СОКОЛОВ — канд. мед. наук, ассистент курса урологии Челябинской государственной медицинской академии

Таблица 1. Динамика индексов частоты, выраженности симптомов, качества жизни и оценки сексуального здоровья у больных хроническим неинфекционным простатитом основной группы и плацебо до и после лечения

Показатель	Основная группа (n=75)		Группа плацебо (n=15)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Индекс частоты симптомов	21,3 ± 2,1	10,2 ± 0,9*	21,1 ± 2,3	16,3 ± 1,3 * +
Индекс выраженности симптомов	32,8 ± 2,5	10,1 ± 1,0*	32,6 ± 2,8	18,9 ± 1,7 * +
Качество жизни	4,5 ± 0,9	1,8 ± 0,1*	4,4 ± 0,8	2,9 ± 0,3 * +
Оценка сексуального здоровья	18,2 ± 1,2	22,5 ± 1,9 *	18,1 ± 1,4	19,7 ± 1,6 +

Примечание. Достоверность различий между группами: + — < 0,01; достоверность различий с исходным состоянием: * — < 0,01

проводилось по авторской методике (патент № 2234892). 15 пациентам группы плацебо проведен курс лечения теми же препаратами, а аппаратное воздействие — без подачи на трансректальный излучатель микроволновой энергии.

Результаты и обсуждение

При обращении в клинику урологии пациентов беспокоили тазовые боли различной выраженности и локализации, нарушения мочеиспускания и половой функции, снижающие качество жизни мужчин.

Допплерографическими исследованиями выявлены нарушения кровообращения в предстательной железе у всех больных. Определялось снижение систолической и диастолической скорости кровотока, повышение индекса резистентности. При длительном течении заболевания отмечалось общее снижение васкуляризации простаты, в зонах фиброза сосуды обрывались, изменяя направление. В большинстве случаев отмечено расширение вен парапростатического сплетения, что свидетельствовало о стабильных гемодинамических нарушениях и венозном застое.

После проведенного комплексного лечения уменьшались или прекращались боли, усиливалась половая функция без применения дополнительных средств, улучшались микции. Динамика индексов клинических симптомов представлена в таблице 1.

Из таблицы следует, что в обеих группах после проведенного комплексного лечения отмечено снижение индексов частоты и выраженности симптомов, а также улучшение качества жизни ($p < 0,01$). В основной группе увеличилась оценка сексуального здоровья ($p < 0,01$). При сравнении полученных результатов обращало на себя внимание то, что более выраженный положительный эффект достигнут благодаря трансректальной микроволновой гипертермии ($p < 0,01$).

Микроскопические исследования секрета предстательной железы после лечения пока-

зали увеличение количества лецитиновых зерен с 1,6 до 2,4 ($p < 0,05$), а также снижение уровня лейкоцитов с 31,83 до 6,1 в основной группе и с 30,9 до 8,5 в группе плацебо ($p < 0,05$).

Наряду с анализом клинической и микроскопической оценки эффективности лечения нами в динамике были проведены ультразвуковые доплерографические исследования, позволяющие оценить состояние кровотока в предстательной железе.

Мы установили, что проводимая терапия в основной группе способствовала увеличению систолической скорости на 24,8%, диастолической — на 38,2%, снижению индекса резистентности на 12,5%. Было отмечено значительное улучшение венозного оттока на 68% и уменьшение диаметра вен парапростатического сплетения в 2 раза по сравнению с исходными значениями.

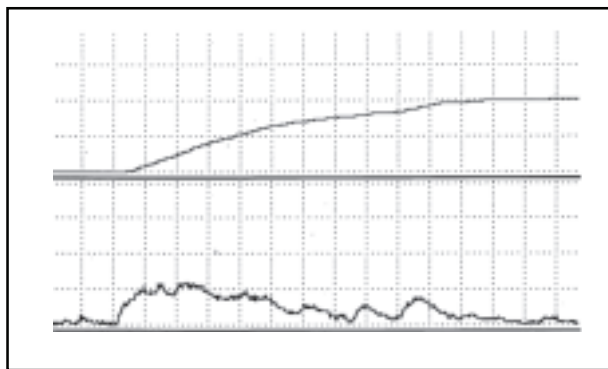
У больных группы плацебо изменения показателей кровотока были недостоверны, однако диаметр вен сплетения достоверно уменьшился на 23,5%.

Для определения состояния нижних мочевых путей всем 90 наблюдавшимся пациентам независимо от наличия или отсутствия дизурических явлений выполнены уродинамические исследования. В основной группе после проведенной терапии было отмечено достоверное увеличение максимальной скорости мочеиспускания на 32,1%, средней — на 32,4%, укорочение продолжительности микций на 14,5%. В группе плацебо урофлоуметрические показатели улучшались не так значительно. Урофлоуграммы пациента исходно и после терапии представлены на рисунках 1 и 2.

Следовательно, применение трансректальной микроволновой гипертермии при лечении хронического неинфекционного воспалительного простатита способствует более значимому улучшению клинических проявлений и основных уродинамических показателей.

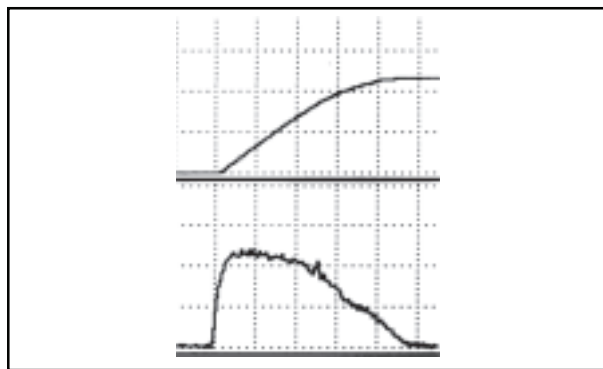
В настоящее время мы наряду с использованием «Витапроста» в лечении хронического

Рисунок 1. Урофлоуграмма больного К.



Примечание. 35 лет до лечения. $Q_{\max}=12$ мл/сек,
 $Q_{\text{ср}}=5$ мл/сек, объем-312 мл,

Рисунок 2. Урофлоуграмма больного К.



Примечание. 35 лет после лечения. $Q_{\max}=24$ мл/сек,
 $Q_{\text{ср}}=15$ мл/сек, объем-355 мл

неинфекционного простатита применяем нестероидные противовоспалительные средства преимущественно из числа ингибиторов циклооксигеназы-2 (целебрекс, найз), а также α_1 -адреноблокаторы, способствующие устранению уретропростатических рефлюксов, что соответствует современным подходам к лечению рассматриваемой формы заболевания в нашей стране и мире.

Эти положения зафиксированы в материалах пленума правления Российского общества урологов (Саратов, 2004 г.) и международной согласительной конференции, посвященной хроническому простатиту (Geissen, Germany, 2002 г.).

Литература

1. Дорофеев С.Д., Камалов А.А. Современные взгляды на проблему хронического простатита // Витапрост. — 2001 — С. 19-30.
2. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит. / Материалы X Российского съезда урологов. — Москва, 2002. — с. 209-222.
3. Простатит / Практическое руководство под ред. Щеплева П.А. Медпрактика-М, Москва. 2005.
4. Соколов А.В. Трансректальная микроволновая гипертермия на аппарате отечественного производства в лечении неинфекционного и инфек-

Таким образом, после исключения инфекционной природы заболевания в комплексном лечении хронического неинфекционного простатита целесообразно использовать следующие лекарственные средства и методы:

1. Препараты полипептидного ряда, способствующие улучшению функции предстательной железы.
2. Нестероидные противовоспалительные средства.
3. α_1 -адреноблокаторы.
4. Массаж предстательной железы.
5. Аппаратные методы, способствующие активизации микроциркуляции в органе.

ционного хронического простатита.// Урол.- 2003. — № 5. — с. 20-26.

5. Тарасов Н.И., Соколов А.В., Орлова Н.С. Влияние трансректальной микроволновой гипертермии на гемодинамику и состояние клеточных мембран предстательной железы при хроническом простатите // Вестник РАМН, 2002г. — № 3. — С. 44-48.
6. Fall M., Baranowski A.P., Fowler C.J. et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain.// Eur. Urol. — 2004. — Vol. 46. — P. 681