

Совершенствование медико-социальной реабилитации пациентов пожилого возраста и старше с хроническим бактериальным простатитом

¹ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Махачкала

Dzhalilov H.N., Arbuliev K.M., Dzhalilova D.N., Gusniev N.M.

Improving medical and social rehabilitation of elderly patients and older with chronic bacterial prostatitis

Резюме

В статье проведена оценка комплексной терапии 102 пациентов пожилого возраста и старше с рецидивирующим хроническим бактериальным простатитом. Пациенты были распределены на две группы: основная (51 человек) и сравнения (51 человек). Пациенты основной группы получали стандартную терапию, дополненную полиферментом wobenzim и иммуномодулятором Полиоксидоний. Пациентам группы сравнения: фторхинолон левофлоксацин, пробиотик бифидорм и препараты, улучшающие микроциркуляцию и гемодинамику в предстательной железе. В результате проведенной терапии клинико-микробиологическая эффективность проведенной терапии у пациентов основной группы составила 86,4%, а у больных группы сравнения – 56,4%. Включение в комплексную терапию препаратов с полимодальным действием способствовало сокращению частоты рецидивов в 2 раза, улучшению качества жизни наблюдаемого контингента пациентов.

Ключевые слова: пожилой, старческий возраст, хронический простатит, wobenzim, полиоксидоний, левофлоксацин.

Summary

The article evaluated the complex therapy of 102 elderly patients and older with recurrent chronic bacterial prostatitis. Patients divided into two groups: the main (51 people) and comparisons (51 people). Patients of the main group received standard therapy, supplemented with the Wobenzym polyenzyme and the Polyoxidonium immunomodulator. Patients of the comparison group: fluoroquinolone levofloxacin, probiotic biform and drugs that improve microcirculation and hemodynamics in the prostate gland. As a result, of the therapy, the clinical and microbiological effectiveness of the therapy in patients of the main group was 86,4%, and in patients of the comparison group - 56.4%. The inclusion in the complex therapy of drugs with a multimodal effect helped to reduce the relapse rate by 2 times, improving the quality of life of the observed patient population.

Key words: elderly, senile age, chronic prostatitis, wobenzime, polyoxidonium, levofloxacin

Введение

Хронический бактериальный простатит остается одним из наиболее распространенным и трудноизлечимым заболеванием. Установлено, что хронический простатит (ХП) отмечается у 40-90% мужчин в возрастной группе от 50 до 80 лет [1, 2]. В последнее время проблема хронического простатита не только не утратила свою актуальность, а наоборот, приобрела новое значение в связи с наметившейся тенденцией к непрерывно рецидивирующему течению заболевания [3]. Одним из важных аспектов, свидетельствующих о важности профилактики рецидивов ХП, является этиологическая взаимосвязь воспалительного процесса в тканях простаты и возник-

новением гиперплазии в ней [2].

XX век характеризуется принципиально новой демографической ситуацией – увеличением в мировой популяции как абсолютного числа, так и доли лиц старшего возраста, т.е. людей, перешагнувших 60-летний рубеж. В Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран 24,8% составляют лица в возрасте 60 лет и старше [4,5,6]. Наряду с увеличением продолжительности жизни соответственно увеличивается и число людей с различными заболеваниями, в том, числе и с простатитом различной этиологии. Изменившиеся социальные условия жизни в России приводят к тому, что все больше и боль-

ше людей гериагического возраста желают продолжать работать, учитывая клиническое состояние этих больных становится понятно какое значение приобретает качество жизни пожилых и старых людей с простатитами. Всемирная Организация здравоохранения определяет качество жизни в контексте с их собственными целями, стандартами и заботами. Исследование качества жизни позволяет по-новому взглянуть на проблему эффективности лечения того или иного заболевания на стороне врача, а со стороны пациента. Оценка качества жизни, сделанная самим больным является ценным и надежным показателем его общего состояния.

Примитивное понимание хронического простатита как рядового воспалительного заболевания служит источником неисчислимых врачебных ошибок. Только комплексная терапия с воздействием на все звенья его патогенеза, иммунной системы, в том числе и на нарушение копулятивного цикла может считаться эффективной. Очень часто проводимая антибактериальная терапия не всегда эффективна, а иногда её необоснованность служит дополнительным фактором, приводящим к хронизации инфекционного процесса, нарушениям местных и общих иммунорегуляторных механизмов [7]. С целью повышения реактивности организма в последние годы приобрели актуальность альтернативные методы: пробиотики, фитопрепараты, иммуномодуляторы [7,8]. Наиболее эффективная элиминация микробиоты из урогенитального тракта достигается в результате проведения комплексной терапии антибиотиками в сочетании с иммуномодуляторами [9, 10].

Проблема организации социально-медицинского обслуживания пожилых и старых людей – это многоплановая, непосредственно связанная с общей и социальной геронтологией, гериагрией и демографией работа.

Несмотря на актуальность указанной проблемы, исследований и публикаций по организации социально-медицинского обслуживания пожилых и старых людей в стационарах, полустационарах и поликлинических условиях пока еще недостаточно.

В условиях современного социума проблема инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта имеет общемедицинское и социальное значение, обуславливая психоэмоциональный стресс у лиц пожилого и старческого возраста. Неуклонный рост числа воспалительных заболеваний мочеполовой системы является одной из актуальных проблем современной урологии. За период с 2010 по 2019 г. (г. Махачкала, РД) показатель заболеваемости данной нозологической формой возрос с 32,5 % до 62 %, т.е. в 2,0 раза. На рисунке 1 отражена динамика роста инфекционно-воспалительной патологии предстательной железы у лиц гериагического возраста за период с 2010 по 2018 год.

Другой не менее значимой проблемой является возрастающая роль условно-патогенной микробиоты в развитии инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта и недостаточная эффективность проводимой терапии. Наличие микробных ассоциаций (биоплёнки) не только способствует лучшей адаптации микроорганизмов к противостоянию защитным силам

макро организма, но и усиливает патогенные свойства каждого из сочленов этой ассоциации, меняя характер течения и клиническую картину заболевания.

Учитывая вышеуказанное, нами была поставлена цель совершенствовать медико-социальную реабилитацию пациентов пожилого возраста и старше с хроническим бактериальным простатитом с использованием фторхинолона нового поколения левофлоксацина и препаратов, обладающих полимодальным действием.

Препаратами первой линии для лечения инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта по-прежнему остаются фторхинолоны, а триметоприм, макролиды и тетрациклины применяются в лечении хронического простатита лишь как альтернативные препараты [13].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 102 пациента пожилого возраста и старше с диагнозом «Хронический бактериальный простатит», осложненный гиперплазией простаты. Средний возраст пациентов 64,5 ± 1,7 года. Всего за период с 2010 по 2018 г. обследовано 3284 пациента с инфекционно-воспалительной патологией среди которых выбраны около 3 % из общего числа обследованных. У обследованных пациентов не выявлены сахарный диабет и диабетическая нейропатия, резистентные к терапии. Помимо того в группу наблюдения не включены пациенты, имевшие неврологические заболевания, сердечнососудистые заболевания в стадии декомпенсации, с почечно-печеночной недостаточностью. Увеличение простаты было верифицировано с помощью УЗИ (все замеры проведены в одном кабинете одним специалистом). Выраженность расстройств мочеиспускания оценивали по Международной шкале IPSS. Объем предстательной железы (ПЖ) исходно составил 63-69 см³ при уровне ПСА – 1,26 нг/мл. Исследование акта мочеиспускания осуществлено урофлоуметрией. В ходе обследования пациенты были разделены на две группы: основная (51 чел.) и сравнения (51 чел.). Пациенты группы сравнения получали стандартную терапию фторхинолоном нового поколения: левофлоксацин по 500 мг 1 раз в сутки – 4 недели, препараты, улучшающие гемодинамику и микроциркуляцию в ПЖ, α-адреноблокаторы, а больным основной группы была назначена стандартная терапия, дополненная иммуномодулятором полиоксидоний (ректальные свечи – 12 мг) № 15 и полифермент вобэнзим по 3 таблетки 3 раза в день. – 4 недели.

Учитывая, что основная цель нашего исследования – это улучшение качества жизни пациентов гериагического возраста улучшая показатели болевого синдрома, нарушенного мочеиспускания, нами использован Международный опросник SF-36. Результаты исследования тестировали по шкале симптомов хронического простатита Национальных институтов здравоохранения США (NIH-CPSI).

В данной шкале 9 вопросов, сгруппированных в 3 раздела, характеризующих боль и дискомфорт, вызванное

заболеванием, мочеиспускание и влияние заболевания на качество жизни. Чем выше показатель, тем более выражена симптоматика: до 14 баллов маловыраженная, от 15 до 29 – умеренная и от 30 до 43 – выраженная. При наличии жалоб на дизурию использовалось Международная система суммарной оценки симптомов (IPSS) и урофлоуметрия. Ультразвуковое исследование (УЗИ) ПЖ проводилось трансректально с применением спектральной доплерографии.

Оценка качественной характеристики спектра доплеровского сдвига частот осуществлялась по общепринятой методике (В.П. Куликов, 1977) на аппарате «Аloka-4000» в импульсно-волновом режиме. Для оценки микроциркуляции в ПЖ исследовались показатели гемодинамики в ее центральной и периферической зонах при помощи ультразвуковой доплерографии с определением пиковой линейной скорости движения крови в сосуде (в момент систолы, см/с), диастолической линейной скорости кровотока (минимальной скорости движения крови в сосуде в момент диастолы). Спектр выделенной культуры различный – в биоматериале лидирующее положение занимают условно-патогенные микроорганизмы. При бактериологическом исследовании из биоматериала было выделено 967 штаммов этиологически значимых микроорганизмов. В общей структуре выделенной микробиоты преобладали грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae. Доля грамположительных бактерий была значительно ниже. Основные возбудители инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта обследованных групп пациентов представлены на рис. 2.

Из результатов, представленных на рис.2 видно, что наиболее распространенными уропатогенами хронического простатита являются условно-патогенные микроорганизмы. Доля грамположительных бактерий (стафилококков) значительно ниже.

В результате проведенного исследования установлено то, что у наблюдаемых нами пациентов в 82,7 % случаев установлена микст-инфекция. Структура микст-инфекций представлена на рисунке 3.

Из результатов, представленных на рис. 3 видно, что наиболее распространенными возбудителями инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта являются условно-патогенные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae, в частности Escherichia coli (59,9%), Chlamydia trachomatis (36%), а микоплазмы и уреаплазмы в 14 и 18 % случаев соответственно.

Результаты сравнительной оценки показателей лабораторно-инструментального исследования по Международной шкале IPSS представлены в таблице 1.

Анализ симптоматики заболевания по доменам анкеты NIH-CPSI

Целью количественной оценки симптомов хронического простатита (ХП) использовали русско-язычную версию опросника «Индекс симптомов ХП (ИСХП)» Национального института США (NIH-CPSI). Данная анкета позволяет количественно оценить наличие симптомов (по сумме баллов) ХП и дать структурную характеристи-

ку клинических проявлений заболевания. Анкета состоит из трех блоков: боль, мочеиспускание и качество жизни.. Эти домены учитывали отдельно, а также анализировали общую сумму баллов.

Домен «Боль» (максимальный счет – 21балл). Медиана индекса боли составила 8,0 (6,5; 8,5) при интервале от 5 до 14 баллов. При этом подавляющее большинство пациентов имели средний уровень выраженности боли. Так, индекс от 6 до 8 баллов отмечен у 71,9% пациентов.

Домен «Мочевые симптомы» (максимальный счет 10 баллов). Медиана выраженности симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей (СНМП) составила 3,0 (3,0; 3,5) балла при интервале от 2 до 5 баллов. Индивидуальная оценка этих параметров показала, что 25 % обследуемых имели слабовыраженную симптоматику, а остальные 75 % - умеренную.

Домен «Качество жизни» (максимальный счет - 12 баллов). Медиана показателя по данному домену составила 4,5 (4,0; 5,5) балла при интервале значения от 3 до 7 баллов. При этом значимого влияния боли и СНМП на качество жизни отмечено у 70% пациентов, а умеренное и незначительное влияние болезни на качества жизни отметили 30 % обследованных пациентов. При оценке качества жизни с помощью опросника SF-36 до лечения у большинства пациентов (92%) отмечалось снижение показателей, характеризующих физический и психологические компоненты здоровья (таблица 2).

Показатели качества жизни

Нами представлена динамика показателей качества жизни (опросник SF-36) у наблюдаемых нами больных.

После окончания курса терапии пациенты обеих групп отмечали улучшение самочувствия, что проявлялось более или менее заметным усилением струи мочи, уменьшением частоты мочеиспускания, ослаблением болевого синдрома. Клинические показатели до и после комплексной и стандартной терапии отражены на рисунке 4. Из представленных на слайде 4 данных видно, что субъективному улучшению после проведенного курса лечения соответствовало достоверное уменьшение суммы баллов по Международной шкале IPSS, увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшению объема остаточной мочи, объема простаты. Полученные различия статистически достоверны.

Заключение

Комплексная терапия пациентов пожилого возраста и старше с хроническим бактериальным простатитом позволила снизить процент заболеваемости на 25-30 % в течении 1 года (срок наблюдения) и в 5-6 раз процент осложнений в виде доброкачественной гиперплазии предстательной железы, эпидидимита, уретропростатита. Как отмечает проф. Спивак Леонид Григорьевич "воспаление и гиперплазия - патогенетические звенья одной цепи. Можем ли мы их разорвать?"

Высокая клиничко-микробиологическая эффективность комплексной терапии с полимодальными препаратами связана с тем, что эти препараты усиливают проти-

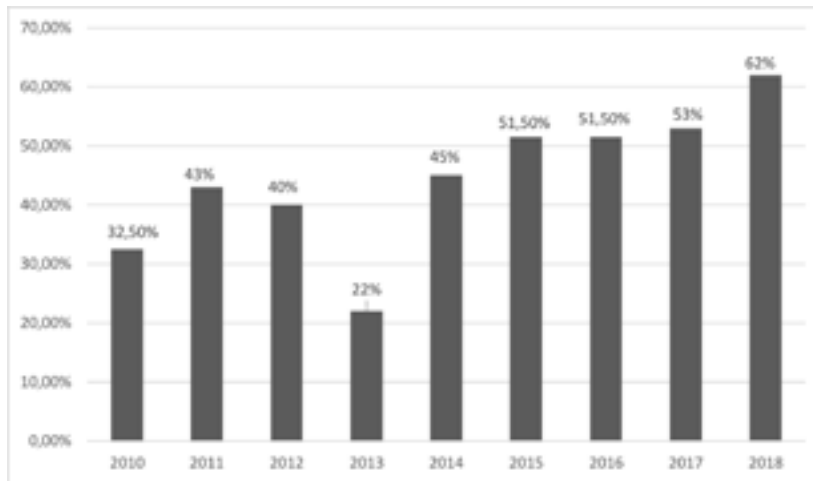


Рисунок 1 Динамика роста инфекционно-воспалительной патологии предстательной железы за период с 2010 по 2018 г.

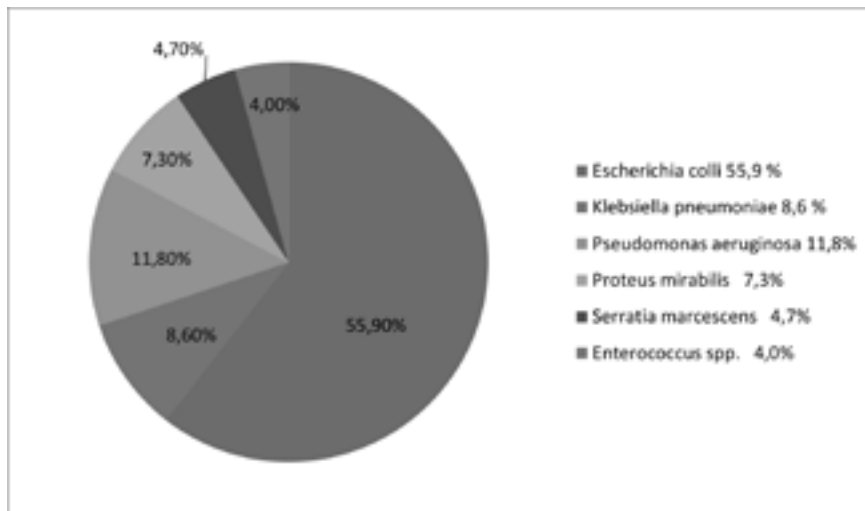


Рисунок 2. Структура штаммов микрофлоры, выделенной из биоматериала пациентов с инфекционно-воспалительной патологией уrogenитального тракта

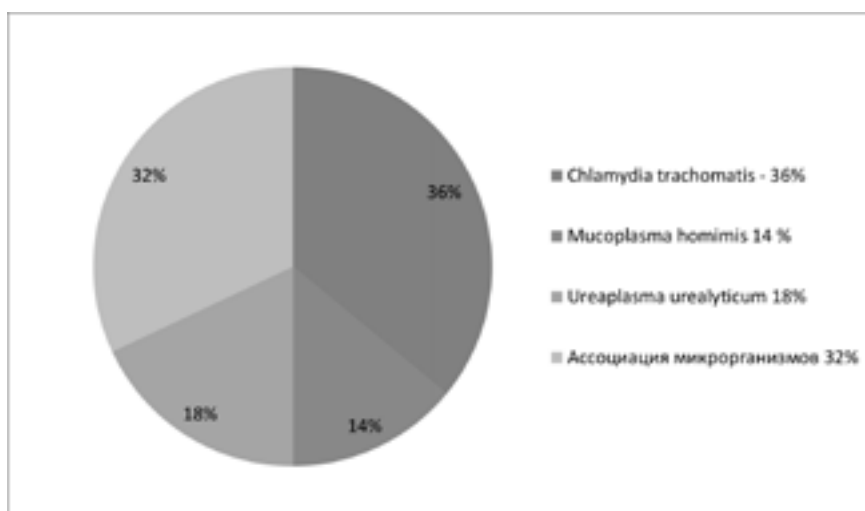


Рисунок 3. Структура микст-инфекции у пациентов с инфекционно-воспалительной патологией уrogenитального тракта

Таблица 1. Параметры обследования пациентов до и после лечения

Показатель	основная группа		группа сравнения	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий показатель по шкале IPSS	17,01±1,52	4,0±0,75	17,01±1,52	8,0±1,37
Суммарный показатель (баллы). Ирритативные симптомы или симптомы опорожнения	8,7±0,8	5,2±0,3	8,7±0,8	7,2±1,7
Суммарный показатель (баллы). Обструктивные симптомы или симптомы накопления.	7,52±0,5	3,5±0,4	7,52±0,05	5,4±1,3
Максимальная скорость потока мочи. (Qmax) мл/сек	12,8	16,7	12,8	14,5
Объем простаты, см ³	8,1 к 8,9 59 см ³	1,3 к 1,8 48 см ³	59 см	52 см ³
Объем остаточной мочи, мл	90-100мл	25 мл	90-100 мл	75 мл
Индекс качества жизни (QoL)	5,4±0,9	2,7±0,3	5,4±0,9	4,2±0,5

Примечание: достоверность различий показателей у пациентов основной группы по парному критерию Стьюденту по отношению к группе сравнения $p < 0,001$.

Таблица 2

PF-	физическое функционирование
BP-	боль
VT-	жизнеспособность (витальность)
RE-	ролевое эмоциональное функционирование
RF-	ролевое физическое функционирование
GH-	общее здоровье
SF-	социальное функционирование
MH-	психическое здоровье

вовоспалительный эффект антибиотиков.

Установлено, что комплексная терапия, снижая болевой синдром улучшая показатели УЗИ, ТРУЗИ, урофлоуметрии, улучшает качество жизни пациентов гериатрического профиля.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сформировать медико-социальный статус пациентов пожилого возраста и старше с инфекционно-воспалительной патологией предстательной железы. Это многочисленный контингент пациентов гериатрического возраста нуждающихся в медико-социальной реабилитации и прогнозировании достижения оптимального уровня участия в современном социуме. Проведение медико-социальной реабилитации этих па-

циентов - это многоплановая работа, которая требует систематического наблюдения за динамикой функционирования нарушений со стороны мочеполовой системы и ассоциированных с множеством хронических соматических заболеваний. ■

*Джалилов Хаджимурад Нурмагомедович – ассистент кафедры урологии Арбулиев Камиль Магомедович – д.м.н., заведующий кафедрой урологии ДГМУ
Джалилова Динара Нурмагомедовна – ассистент каф. кожных и венерических болезней Гусниев Наби Магомедзагирович – к.м.н., доцент кафедры урологии. Автор, ответственный за переписку: Джалилов Х.Н. e-mail: chikago1976@mail.ru*

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З. Патогенетически обоснованная терапия пациентов с начальными проявлениями гиперплазии простаты и риском прогрессии. В кн.: *Современные проблемы теоретической и клинической медицины: Сборник трудов XI конференции молодых ученых-медиков стран СНГ*. 2017; 207-219.
2. Djavan R. *The correlation between inflammation BRH and prostate cancer*. Eur. Urol. Suppl. 2003; 8: 863-864.
3. Wagenlehner F.M. *Prevention of recurrent urinary tract infections by intravesical administration of hyaluronic acid and chondroitin sulphate: a placebo-controlled randomized trial*. Minerva Urol. Nefrol. 2013; 65: 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538307>. 125
4. Асхабова Л.М., Хархарова К.М. Стратегия развития гериатрической службы в Республике Дагестан. *Актуальные вопросы гериатрии: Материалы Первой конференции гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста» - зеркало здоровья населения*. Пятигорск. 2010; 6: 16-19.
5. Муравьев К.М. Организация гериатрической помощи на муниципальном уровне. *Актуальные вопросы гериатрии: Материалы Первой конференции гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста» - зеркало здоровья населения*. Пятигорск. 2010: 9-10.
6. Gaviton ЛюФюб Gavitova Н.С. *Ratability therapy of aging and longevity*. Academic Press. 6 Ed. 2006: 3-12.
7. Репин И.В., Хлыкова С.А., Черняева Е.В. Роль иммуностимулирующей терапии в лечении хронических инфекций у женщин: опыт клинического применения препаратов интерферона. *Consilium Medicum*. 2012; 17(7): 33-40.
8. Ибишев Х.С. Целесообразность интерферонотерапии при рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей. *Лечащий врач*. 2013; 12: 88-91.
9. Шпатель Е.В., Султанова Е.А. применение иммуномодулятора Полиоксидоний при хронических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов. *Эффективная фармакотерапия*. 2012; 5: 14-20.
10. Кульчаев Е.В., Бреусов А.А. Профилактика рецидивов хронического бактериального простатита. *Уролог*. 2014; 4: 60-63.
11. ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Гильмутдинов Т.Р., Магер В.О., Журавлев О.В., Семаков Д.В., Вешкина А.А., Баженов А.А., Машковцев А.В., Третьяков В.В., Журавлева А.А. *Уральский медицинский журнал*. 2017. № 2 (146). С. 75-77.
12. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ СЕВЕРНАЯ ХОДЬБА. Алентьев А.М., Борзунов И.В., Борзунова Ю.М. *Уральский медицинский журнал*. 2019. № 4 (172). С. 86-90.