

нических заболеваний нижних дыхательных путей? / С.И. Лещенко // *Здоров'я України*. - 2010. - Темат.номер. - С.35-36.

5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03. 2007 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія".

6. Обструктивное заболевание легких: образовательная программа для врачей / Ю.И. Феценко, Л.А.Яшина, М.А. Полянская [и др.]. - Киев, 2004. - 287 с.

7. Тиотропий как стартовый препарат для базисной терапии ХОЗЛ: вторичный анализ результатов исследования / Т. Troosters, В. Celli, Т. Lystig [et al.] // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 10-13.

8. Феценко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких в Украине: успехи и поражения / Ю.И. Феценко // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 14-15.

9. Швайко Л.И. Паллиативная помощь при хроническом обструктивном заболевании легких / Л.И.Швайко // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 26-27.

Резюме

Победенная Г.П. Хроническое обструктивное заболевание легких - современные направления лечения.

В статье рассматриваются патогенетические аспекты и современные средства лечения ХОЗЛ, которые разработаны на патогенетических основах.

Ключевые слова: ХОЗЛ, патогенез, лечение.

Резюме

Победьонна Г.П. ХОЗЛ - сучасні напрями лікування.

В статті розглядаються патогенетичні аспекти і сучасні засоби лікування ХОЗЛ, які розроблені на патогенетичних засадах.

Ключові слова: ХОЗЛ, патогенез, лікування.

Summary

Pobedyonnaja G.P. COPD - modern admitions in the treatment.

The pathogenetic basis and modern drugs, which were performed on their basis are considered in the article.

Key words: COPD, pathogenesis, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 618.1-002.2:618.177-02.1

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

И.В.Тютюнник, Н.В.Акулинин, Ю.В.Кукурекин

Луганский областной госпиталь ветеранов войны,
Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница

Введение

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) - распространённое, часто хроническое заболевание, характеризуется болью в области таза, крестца, промежности, наружных половых органов, иногда сопровождающимися нарушением мочеиспускания или сексуальными расстройствами. Боль в области таза, снижение либидо и нарушения сексуальной функции значительно ухудшает качество жизни больных, может привести к развитию затяжных депрессивных состояний [12]. Симптомы СХТБ часто рецидивируют, причём, обострение может длиться несколько месяцев, значительно снижая качество жизни. Этот синдром может быть обусловлен различными причинными факторами, среди которых ведущее место занимают заболевания предстательной железы и семенных пузырьков. По данным различных авторов, простатит является причиной, примерно, четверти обращений мужчин с урогенитальными расстройствами [13]. Указывается на наличие нервно-мышечной дисфункции тазового дна в качестве причины хронической тазовой боли [12]. Имеется возможность развития синдрома хронической тазовой боли невоспалительного характера [14]. Сам термин "хронический простатит" может обозначать широкий спектр состояний предстательной железы и нижних мочевых путей, в том числе и синдром хронической тазовой боли [4]. Увеличение частоты хронических простатитов, везикулитов, эпидидимитов за последнее время связано с выявлением у таких больных скрытой инфекции: хламидий, микоплазм, уреоплазм, вируса

герпеса 2 типа, гарднарелл, передающихся половым путём [8]. В последнее время отмечается резкая тенденция к увеличению числа заболеваний, обусловленных вирусами простого герпеса, в том числе генитальным герпесом [1]. Отмечается "многоликость" и "коварность" герпеса его "многоочаговостью". До 70% случаев передачи генитального герпеса происходит при бессимптомном характере болезни с длительным сохранением инфекции [1].

Вместе с тем, поражение урогенитальной сферы в значительном числе случаев связано с распространённой инфекцией различными возбудителями [3] и другие.

Семенные пузырьки представляют собой парные мешотчатые образования с ровными контурами и однородным внутренним содержимым, расположены они между ампулой прямой кишки и задней стенкой мочевого пузыря с обеих сторон предстательной железы. Их длина равняется 3,5 - 4,5 см, ширина - 1,5 см, толщина - 1,5 см. Однако, размеры семенных пузырьков могут быть в норме и другими (варьируют) и зависят от длительности полового воздержания. Но, симметрия их, при этом, всё же сохраняется.

Воспаления семенных пузырьков (везикулиты), чаще всего, являются "продолжением процесса" при хронических простатитах и уретритах, но, могут наблюдаться и изолированно. Сопровождаются такие воспаления болевым синдромом, причём не всегда - традиционного характера, характерным для хронического простатита, а именно: в подвздошных областях колющего и давящего характера, с одной стороны - при одностороннем поражении семенного пузырька, при двухстороннем - с обеих сторон (но, при этом, могут быть боли и с одной стороны). Также бывают рези и боли при эякуляции, изменения состава эякулята (появление в нём прожилок крови), повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Больные с подобными жалобами могут длительно и безуспешно обследоваться и лечиться у гастроэнтерологов, проктологов и урологов также. По характеру воспаления и типу микробного возбудителя, везикулиты могут быть серозными и гнойными. Диагностика осуществляется при квалифицированном ультразвуковом исследовании (УЗИ ОМТ) с наполненным мочевым пузырём. Для ультразвуковой картины серозно-

го везикулита типично наличие увеличенного, растянутого семенного пузырька, с ровными и чёткими границами и однородной внутренней структурой (однородное содержимое), как правило, без дорожки усиления за задней стенкой. Размеры семенных пузырьков при серозном везикулите могут достигать 6-7 см в длину и 3 см в поперечнике. Главным отличием гнойных везикулитов является наличие в просвете пузырька неоднородного содержимого, иногда - с расслоением.

Процесс чаще бывает более выраженным с одной стороны. При сонографии визуализируется симптом "заячьих ушей" с одной (односторонний везикулит) или обеих сторон (двухсторонний везикулит). При этом, практически всегда отмечается асимметрия предстательной железы с увеличением доли и утолщением капсулы на стороне поражения. В 70% случаев везикулиты сопровождаются наличием конкрементов (кальцинатов или белковых преципитатов) в семявыбрасывающих протоках (СВП), которые чаще локализируются в области их устьев, усугубляя воспалительный процесс механическим нарушением оттока спермы. Выглядят они в виде небольших, меньше 1 см в диаметре гиперэхогенных образований, обычно - парных и симметричных, локализованных на вершине центральной зоны простаты, по бокам и кзади от простатической части уретры. Весьма часто имеет место нарушение оттока эякулята (что проявляется болевым синдромом при семяизвержении). Могут формироваться достаточно крупные кальцинаты и даже конгломераты кальцинатов, явившиеся следствием абсцессов при ранее перенесенных острых простатитах, которые располагаются в периферических (железистых) зонах предстательной железы и анатомически близки к семяизвергающим протокам.

Для поражения семенного пузырька опухолью, обычно, вторичной, характерна ультразвуковая картина с увеличенным семенным пузырьком повышенной эхогенности, с неровными контурами и смешанной структурой, а также наличием первичной опухоли в периферической зоне простаты.

Терапия хронических везикулитов представляет определённые трудности. Недостаточная эффективность лечения антибиотиками и антибактериальными препаратами объясняется тем, что диффузия многих лекарственных средств в предстательную железу и

семенные пузырьки не происходит даже при их высокой концентрации в крови. К тому же, анатомо-физиологические особенности строения затрудняют поступление туда лекарственных веществ. Отсюда, возникает необходимость местного применения антибиотиков [9]. В своё время, нами активно использовались для лечения хронического приапизма, вызванного хроническими простато-везикулитами, парапростатические блокады с антибиотиками [10]. В ряду антибиотиков нового поколения особое место занимает ципринол, показания применения которого достаточно многообразны: инфекции дыхательных путей, костей и суставов, мочевыводящих путей, кожи и мягких тканей, уха, горла и носа, пищеварительных органов, в гинекологии.

Преимуществами ципринола являются: широкий спектр действия; минимальное нарушение нормальной кишечной флоры; высокая концентрация в моче; хорошая переносимость и отсутствие развития устойчивости флоры; время наивысшей концентрации в сыворотке 0,5-1,8 часа; биодоступность (56,0- 77,0%); период полувыведения 3-4 часа; практическое отсутствие побочных явлений; пролонгированный постантибиотический эффект в отношении грам-отрицательных микроорганизмов; возможность перорального и внутривенного применения, а также для фонофореза, в том числе - ректального; доступность по финансовым соображениям; отрицательный результат теста на канцерогенность; минимальное нарушение кишечной флоры.

Особый интерес для лечения хламидиоза представляет группа макролидов [4]. Имеются данные о высоком клиническом эффекте по различным показателям при лечении хламидиоза фромилидом (78,8% - 88,5%) [5]. Фромилид, включающий в свой состав 250 или 500 мг кларитромицина, высокоэффективен в отношении гонококков, хламидий, микоплазм и анаэробных бактерий; устойчив в кислой среде желудка, что обуславливает его высокую биодоступность при пероральном приёме; хорошо переносится больными; обладает доказанной клинической эффективностью - 90% [11].

Целью работы явилась идентификация возбудителей воспалительных процессов, вызывавших серозные и гнойные везикулиты; проведение корреляции между ультразвуковым ис-

следованием семенных пузырьков и видом патогенной микрофлоры; проведение интенсивной терапии хронических серозных и гнойных везикулитов различной этиологии.

Материалы и методы исследования

В динамике обследовано и проведено специальное лечение 83 пациентам с хронической тазовой болью, с установленными путём УЗИ ОМП хроническим серозными и гнойными везикулитами в возрасте от 23 до 55 лет. Продолжительность заболевания составляла 2-5 лет. Всем больным проводилось стандартное урологическое обследование, включавшее пальцевое ректальное исследование до- и после лечения, анализы мочи, УЗИ ОМП до- и после интенсивной терапии с определением количества остаточной мочи в мочевом пузыре, иммуноферментное исследование крови (маркеры) на вирус простого герпеса и хламидии.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по видам воспалений семенных пузырьков и выявленных возбудителей

Тип везикулита	Количество больных	Вирус простого герпеса	Хламидии	Другая микрофлора
Серозный	59	13 (22,0%)	8 (13,6%)	38 (64,4%)
Гнойный	24	4 (25,0%)	2 (12,5%)	18 (62,5%)
Всего	83 (100,0%)	17 (20,6%)	10 (12,0%)	56 (67,4%)

Как видим из представленных данных, при серозных везикулитах в 22,0% случаев была выявлена вирусная инфекция (тип вируса 2), в 13,6% - хламидии и в 64,4% - другая патогенная микрофлора. При гнойных везикулитах в 62,5% случаев определялось инфицирование различными видами "банальной" микрофлоры, вирус простого герпеса 2 типа выявлен в 25,0% и хламидия - в 12,5% наблюдений. В целом, при хронических везикулитах, обуславливающих развитие синдрома хронической тазовой боли, патогенным микробным фактором в 12,0% случаев являлся хламидиоз, в 20,6% - вирусная инфекция, в 67,4% - другие виды патогенной флоры.

Данное исследование представляет большое практическое значение для выбора специального лечения, в зависимости от типа возбудителя. При этом, вирусная инфекция, вызвавшая

развитие везикулитов, часто "оставляет следы" в виде лабиальных или урогенитальных герпетических высыпаний с поражением регионарных лимфатических узлов. Терапия указанных состояний требует: предварительного исследования, выбора индивидуального метода лечения с учётом психологического состояния пациента, применения специфических средств в случаях вирусной инфекции или нахождения хламидий и, обязательной интенсивной терапии во всех случаях.

В лечении и серозных и гнойных везикулитов, в случаях смешанной инфекции неспецифического характера была применена следующая схема:

1. Парапростатические блокады растворами препаратов цефалоспоринового ряда (цефазолин, цефтриаксон, цефеперазин в дозировке 1,0 с новокаином), ежедневно, минимум -восемь.

2. Через восемь часов принимается 500 мг ципринола, следующий приём - через восемь часов также.

3. Вводится раствор простатилена 5 мг ежедневно № 10.

4. Осуществляется лазеротерапия предстательной железы лазерным аппаратом ЛУ производства "Аппамед", чередующаяся с фонофорезом предстательной железы раствором ципринола.

5. Биотканевая терапия.

При выявленной в качестве возбудителя везикулита вирусной и хламидийной инфекции, применяли:

1. Парапростатические блокады (предпочтение отдавалось раствору гентамицина, как обладающему воздействием на вирусную инфекцию) № 8.

2. Антивирусные препараты или фромилит (при хламидийной инфекции) - по 500 мг два раза в день, всего 10 дней.

3. Лазеротерапия предстательной железы, чередующаяся с фонофорезом простаты растворами гентамицина.

4. Простатилен 5мг ежедневно № 10.

5. Биотканевая терапия.

Полученные результаты и их обсуждение

Как следует из таблицы 2, можно наблюдать достаточно выраженный субъективный эффект предложенной схемы интенсивного лечения серозных и гнойных везикулитов вирусной, хламидийной и смешанной флорой, составивший, в итоге

при серозных везикулитах: выздоровление - 66,1 %, значительное улучшение - 23,7 %, улучшение - 10,2%; при гнойных везикулитах: выздоровление - 25,0 %, значительное улучшение - 29,2 %, улучшение - 45,8 %.

Таблица 2

Результаты лечения СХТБ на почве хронических везикулитов (вся группа: вирусной, хламидийной и смешанной этиологии) (субъективные данные)

Вид везикулита	Выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без перемен
серозный	39 (66,1%)	14 (23,7%)	6 (10,2%)	-
гнойный	6 (25,0%)	7 (29,2%)	11 (45,8%)	-
Всего	45 (54,1%)	21 (25,1%)	17 (20,8%)	-

Таблица 3

Результаты лечения СХТБ на почве хронических везикулитов (вызванных только смешанной микрофлорой) (субъективные данные)

Вид везикулита	Выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без перемен
серозный	26(68,4%)	9(23,7%)	3(7,9%)	-
гнойный	2(11,1%)	2(11,1%)	14(77,3%)	-
Всего	28(50,0%)	11(19,6%)	17(30,4%)	-

Следует отметить, что гнойные везикулиты требовали повторного курса лечения по аналогичной схеме, исходя из большей тяжести патологических изменений. Эффективность такой терапии была очевидна.

Таблица 4

Результаты лечения СХТБ на почве хронических везикулитов (вся группа - хламидийной, вирусной и смешанной этиологии), (объективные данные).

Вид везикулита	УЗИ ОМП: отсутствие данных о наличии везикулита	УЗИ ОМП: имеются данные о наличии везикулита (серозного)	МАРКЕРЫ: отсутствие данных о наличии инфекции	МАРКЕРЫ: имеются данные о наличии инфекции
серозный	53(89,8%)	6(10,2%)	57(96,6%)	2(3,4%)
гнойный	13(54,2%)	11(45,8%)	19(79,2%)	5(20,8%)
Всего:	66(79,5%)	17(20,5%)	76 (91,6%)	7(8,4%)

Как видим, УЗИ ОМП, произведенные в порядке контроля лечения демонстрируют отсутствие изменений, характерных для хронических везикулитов: при серозных - в 89,8%, при гнойных - в 54,2% случаев. При этом, гнойные везикулиты, претерпевают позитивную динамику, фактически, трансформируясь в серозные везикулиты. Потому-то, это и требует дополнительной терапии, о чём было уже сказано.

Обследование на наличие инфекционного агента после проведенного интенсивного лечения хронических везикулитов показало: при серозных везикулитах - в 96,6% и при гнойных - в 79,2% наблюдений.

Таблица 5

Результаты лечения СХТБ на почве хронических везикулитов (вызванных только смешанной микрофлорой) (объективные данные)

Вид везикулита	УЗИ ОМП : отсутствие данных о наличии везикулита	УЗИ ОМП : имеется данные о наличии везикулита	Лабораторные данные : отсутствие инфекции	Лабораторные данные : наличие микст- инфекции
серозный	58 (98,3%)	1 (1,7%)	57 (96,6%)	2 (3,4%)
гнойный	20 (83,3%)	4 (16,7%)	20 (83,3%)	4 (16,7%)
Всего:	78 (93,9%)	5 (6,1%)	77 (92,8%)	6 (7,2%)

Представленные данные в таблице показывают отсутствие УЗИ - изменений, характерных для серозного везикулита в 98,3% после проведенной терапии и в 83,3% - при гнойном везикулите. Патологическая инфицированность выявлена после лечения в 3,4% при серозных везикулитах и 16,7% - при гнойных.

Выводы

1. При хронической тазовой боли обязательная ультразвуковая диагностика органов малого таза, произведенная квалифицированно, позволяет диагностировать возможные воспалительные поражения семенных пузырьков.

2. Выявленные серозные или гнойные везикулиты являются основанием для исследования маркеров вируса простого герпеса, цитомегаловируса и хламидий с целью дифференцированной терапии.

3. Противовоспалительная терапия хронических везикулитов, ввиду анатомического расположения семенных пузырьков должна быть: интенсивной, с введением антибактериальных средств (парапростатические блокады) на фоне комплексного применения других средств, также - фонофореза с антибиотиками.

4. Целесообразно использование для такой терапии препарата ципринол при серозных и гнойных везикулитах, обусловленных микст-инфекцией с парапростатическими блокадами антибиотиками цефалоспоринового ряда.

5. При наличии хламидиозной инфекции как этиологического фактора в развитии везикулитов, можно рекомендовать современный препарат фромилид на фоне парапростатических блокад с гентамицином.

6. Ввиду сложности терапии гнойных везикулитов, может возникнуть необходимость в повторном курсе аналогичного лечения с обязательным контрольным ультразвуковым исследованием органов малого таза и семенных пузырьков.

Литература

1. Абоян И.А. *Этиология и эпидемиология хронического простатита герпетической природы* / И.А.Абоян, Е.Ю.Цурикова, В.В.Митусов // Мужское здоровье: материалы конференции. - М., 2003. - С. 18-22.

2. Айзятулов Р.Ф. *Современные аспекты комплексной терапии инфекций, передающихся половым путём: методические рекомендации* / Р.Ф.Айзятулов. - Донецк, 2003. - 48 с.

3. Бочарова Е.Н. *Современная лабораторная идентификация некоторых возбудителей урогенитального тракта* / Е.Н.Бочарова, Л.Н.Макарова, Л.А.Бакалова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2001. - № 6. - С. 28-33.

4. Горпинченко И.И. *Осложнённый урогенитальный хламидиоз* / И.И.Горпинченко, Н.И.Бойко // Здоровье мужчины. - 2002. - № 2. - С. 18-23.

5. Горпинченко И.И. *Препарат Фромилид в комплексной терапии хронического урогенитального хламидиоза* / И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко // Здоровье мужчины. - 2004. - № 3. - С. 31-36.

6. Горпинченко И.И. Генитальный герпес: перспективы супрессивного лечения Валацикловиром / И.И.Горпинченко, И.В.Судариков // *Здоровье мужчины*. - 2004. - № 3. - С. 11-16.

7. Горпинченко И.И. Изучение клинической эффективности альфа-адреноблокатора теразозин у мужчин при синдроме хронической тазовой боли / И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко // *Здоровье мужчины*. - 2005. - № 1. - С. 5-8.

8. Калинина С.Н. Этиологические и эпидемиологические особенности простатитов, везикулитов, эпидидимитов, обусловленных урогенитальной скрытой инфекцией и осложнённым нарушением половой функции / С.Н.Калинина, В.П.Александров, О.Л.Тиктинский // *Мужское здоровье : материалы конференции*. - М., 2003. - С. 147-155.

9. Коган О.С. К лечению хронического простатита / А.С.Коган, Л.Ю.Власенко, Д.В.Семаков, Д.В.Романенко // *Мужское здоровье : материалы конференции*. - М., 2003. - С. 155-158.

10. Кузнецкий Ю.Я. Частота симптоматических форм простатитов у пациентов с тазовым болевым синдромом / Ю.Я.Кузнецкий // *Андрология и генитальная хирургия : Тезисы научных трудов Международного Конгресса по андрологии*. - Сочи, 2006. - С. 132-137.

10. Кукурекин Ю.В. Клинико-рентгенологические параллели при хроническом приапизме и его лечение / Ю.В.Кукурекин, В.Р.Пепенин // *Лечение половых расстройств : материалы конференции*. - Луцк, 1982. - С. 177-182.

11. Мавров И.И. Лечение хламидиоза и микоплазмоза : информационно-методическое пособие для врачей-дерматовенерологов / И.И.Мавров, Г.И.Мавров. - М., 1999. - 104 с.

12. Мазо Е.Б. Тиббиальная нейроимодуляция в лечении больных синдромом хронической тазовой боли / Е.Б.Мазо, Г.Г.Кривобородов, М.Е.Школьников, М.А.Горчханов // *Мужское здоровье : материалы конференции*. - М., 2003. - С. 168-174.

13. Павлов Ю.П. Новые подходы к лечению хронического простатита и синдрома хронической тазовой боли / Ю.П.Павлов // *Русский медицинский журнал*. - 2001. - Том 9, № 12. - С. 8-12.

14. Семёнов А.В. Особенности лечения больных при невоспалительном синдроме хронической тазовой боли / А.В.Семёнов // *Мужское здоровье : материалы конференции*. - М., 2003. - С. 202-207.

Резюме

Тютюнник И.В., Акулинин Н.В., Кукурекин Ю.В. Особенности ультразвуковой диагностики синдрома хронической тазовой боли и его лечения.

Показана необходимость ультразвукового исследования органов малого таза при хронической тазовой боли с обязательной эхоскопией семенных пузырьков. Квалифицированный подход к диагностике позволяет выявить наличие воспалительных процессов в семенных пузырьках - серозные или гнойные везикулиты. Установлено, что причиной таковых чаще всего являются вирус простого герпеса, цитомегаловирус и хламидии, в меньшей степени другая инфекция. Это требует специального лечения, в зависимости от вида инфекции.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, ультразвуковое исследование органов малого таза, этиотропное лечение.

Резюме

Тютюнник И.В., Акулінін Н.В., Кукурекін Ю.В. Особливості ультразвукової діагностики синдрому хронічного тазового болю і його лікування.

Показана необхідність ультразвукового дослідження органів малого таза при хронічному тазовому болю з обов'язковою ехоскопією насінних бульбашок. Кваліфікований підхід до діагностики дозволяє виявити наявність запальних процесів в насінних бульбашках - серозні або гнійні везикулити. Встановлено, що причиною таких найчастіше являються вірус простого герпесу, цитомегаловірус і хламідії, у меншій мірі інша інфекція. Це вимагає спеціального лікування, в залежності від виду інфекції.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, ультразвукове дослідження органів малого таза, етіотропне лікування.

Summary

Tyutyunnik I.V., Acoulinin N.V., Kukurekin Y.V. Features of ultrasonic diagnostics of syndrome of chronic pelvic pain and his medical treatment.

The necessity of ultrasound examination of pelvic organs in chronic pelvic pain with a mandatory ultrasound of the seminal vesicles. Qualified approach to the diagnosis reveals the presence of inflammation in the seminal vesicles, serous or purulent vesiculitis. It was established that the cause of those are most often the herpes simplex virus, cytomegalovirus, and chlamydia, to a lesser extent, other infection. This requires special treatment, depending on the type of infection.

Key words: syndrome of chronic pelvic pain, ultrasonic research of pelvic organs, etiotropic treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.Р.Пепенин