

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛИТА**

**Н.М. Бородина, В.И. Меркулов, Э.Б. Захарова,  
И.В. Тютюнник, Ю.В. Кукурекин**

*Луганская областная клиническая психоневрологическая  
больница,*

*Луганский областной госпиталь ветеранов войны,  
4-я городская многопрофильная больница г. Луганска,  
12 городская поликлиника г. Луганска*

**Вступление**

Хронический простато - везикулит - одно из самых частых заболеваний мужчин зрелого репродуктивного возраста. Наибольшую проблему в лечении представляют болевые синдромы [2]. Хронический простатит часто является причиной нарушений сексуального здоровья и может сопровождаться теми или иными субъективными ощущениями различной степени выраженности [5], которые часто обозначаются как синдром хронической тазовой боли [4], хотя причинным фактором его могут быть и другие болезненные состояния [10]. Диагностика хронических простатитов, везикулитов, простато-везикулитов, задних уретритов, эпидидимитов предусматривает выявление возбудителей скрытых инфекций: хламидий, микоплазм, уреаплазм, вирусов генитального герпеса, цитомегаловирусов, гарднерелл и других, которые передаются половым путем [6]. То есть, воспалительные заболевания урогенитальной сферы, которые могут вызывать приводящее к расстройствам сексуального здоровья - эректильной дисфункции, ускоренной эякуляции и других фаз копулятивного цикла, а также - мужскому бесплодию, связаны с различной инфекцией [4].

Этиопатогенетическое лечение больных с хроническими простато-везикулитами, особенно их обострений должно пре-

дусматривать выяснение вида инфекций. Основным критерием для назначения антибактериальной терапии являются индивидуальные показатели бактериологического исследования секрета предстательной железы [15], ИФА и ПЦР, прежде всего, на TORCH-инфекции. Причинными факторами хронического бактериального простатита называют грамотрицательные бактерии, в первую очередь *E.coli*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiela*, реже грамположительные - *Enterococci*, *Staphilococci*, *Streptococci* [12]. Выбор антибактериального средства должен учитывать широкий антимикробный спектр, высокую антимикробную активность в отношении тех возбудителей, которые выявлены на этапе лабораторного обследования, концентрации в тканях и крови, высокую биодоступность, достаточные тканевые и внутриклеточные концентрации препарата, медленное выведение из организма, хорошую переносимость, отсутствие ото-, нефро- и гепатотоксичности, доказанную эффективность.

Лечение больных должно предусматривать этиотропные средства, препараты патогенетического действия, учитывая индивидуальные особенности каждого больного. Независимо от остроты, длительности заболевания и наличия осложнений, именно антибиотики должны являться базисной терапией урогенитальных инфекций [1].

Особую сложность при лечении представляют те случаи воспалений предстательной железы, когда они сочетаются с поражением и семенных пузырьков. Возможное наличие везикулитов в изолированном, так сказать, варианте, весьма часто сопровождается болевым синдромом различной степени выраженности [3,13] в: подвздошных областях колющего или давящего характера с одной (односторонний везикулит) или обеих сторон (двухсторонний везикулит). Могут быть и боли и рези при семяизвержении, изменение состава эякулята, повышение температуры тела. Патоспермия (пато- зоо- спермия), при этом, часто является причиной мужского бесплодия, трактуемого как экскреторно-токсическая форма.

Микробная флора у больных с выявленными клинически, при ультразвуковом исследовании органов малого таза - се-

розными везикулитами, при исследовании ИФА крови была представлена в следующем виде: герпесвирусная инфекция второго типа - 22,0%, хламидии - 13,6%, смешанная микрофлора грамотрицательная и грамположительная - 62,5% случаев. [14]. Лечение избранным препаратом гатилин проведено 36 больным, у которых определена следующая микрофлора: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Gardnerella*, *Proteus sp.* Достаточно частая выявляемость, в последнее время, воспалительных процессов в семенных пузырьках (везикулитов) при сонографии, позволяет предполагать длительное существование резервуара возбудителей, "укрывающихся" в таком труднодоступном месте от проникновения к ним антибиотиков. Что ведёт к диссеминации патологических изменений, их усугубления, преобразования серозного характера воспалительных изменений в семенных пузырьках в гнойные. Клинические проявления, при этом, могут быть стёртыми, латентными, но, в целом - хронификация продолжает иметь место, утяжеляя симптоматику заболевания.

Существующие методы и схемы лечения не всегда оказывают позитивное действие. Недостаточная эффективность лечения антибиотиками и антибактериальными препаратами объясняется тем, что диффузия многих лекарственных средств в простатическую жидкость не происходит даже при высокой их концентрации в крови. Эти обстоятельства, а также анатомо-физиологические особенности расположения предстательной железы и семенных пузырьков, своеобразная патоморфологическая картина воспаления в этих образованиях, затрудняют поступление в них медикаментозных препаратов. Это определяет необходимость местного их применения [7]. "Главным ограничивающим фактором эффективности антибактериальной терапии является крайне низкая способность кумуляции антибиотиков в ткани предстательной железы" [9].

Больные с такого характера жалобами и клиническими проявлениями могут безуспешно и длительно лечиться у врачей гастроэнтерологов, терапевтов, проктологов. Отсюда вытекает важность своевременной диагностики и эффективного ле-

чения обострений хронических простато-везикулитов и везикулитов на самых ранних стадиях формирования поражения предстательной железы и семенных пузырьков.

**Целью** исследования явилась оценка эффективности фторхинолонового средства 1У поколения гатилин в комплексной терапии обострений хронических простато-везикулитов и везикулитов с применением препарата рег ос, на фоне ректальной лазерной терапии предстательной железы и семенных пузырьков.

#### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 36 пациентов в возрасте 22-44 года с помощью стандартного урологического исследования-осмотр наружных половых органов, пальцевой ректальный осмотр, анализы мочи, секрета предстательной железы, ультразвуковое исследование органов малого таза, иммуноферментного исследования крови на микрофлору до и после комплексного лечения. Также диагностика осуществлялась с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Выявленная микробная флора относилась к грамотрицательным и грамположительным видам. Оценивали общее состояние больных сразу после лечения и через 40 дней после его окончания, анализы секрета предстательной железы, эякулята, общий анализ мочи, проводили бактериологическое исследование и ультразвуковое исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Выявленные поражения простаты и семенных пузырьков в виде серозных везикулитов с той или иной степенью выраженности болевого синдрома (хроническая тазовая боль) сопровождались нарушениями копулятивной функции-эректильной дисфункцией и ускоренной эякуляцией (приобретенной). При ультразвуковом исследовании органов малого таза серозные воспаления семенных пузырьков определялись в виде растянутых, увеличенных образований с одной или обеих сторон, с ровными, четкими границами и однородным содержимым, как правило, без дорожки усиления за задней стенкой [5,8,11]. При одностороннем процессе отмечалась асимметрия предстательной железы с увеличением её доли и утолщением капсулы на стороне поражения. В секрете предстательной железы обнаруживалось увеличенное содержание

лейкоцитов (до ? и более поля зрения), уменьшение числа лецитиновых зёрен, та или иная микрофлора-ureaplasma u., gardnerella v., mycoplasma g., e.coli, proteus, s.aureus, s.pyogenes. Проводились исследования ИФА крови и ПЦР.

Лечение обострений хронических простато-везикулитов должно быть комплексным и индивидуальным. Применяли схему терапии, направленную на купирование воспалительного процесса путём: проникновения антибактериального препарата гатилин в ткани - пероральный приём 400 мг препарата на фоне лазерной ректальной терапии аппаратами "Орион" ("Жива", Москва) и ЛУ ("Аппамед", Кисв) в течение 10 дней. Кроме того, вводили простатилен по 5мг внутримышечно № 10, также - биотканевую терапию (алоэ, стекловидное тело).

Оценка эффективности лечения проводилась на основании клинико-лабораторных данных после десяти дней терапии по вышеуказанной схеме. Результаты лечения оценивали, сопоставляя субъективное состояние больных и динамику объективных показателей, в частности, лабораторных данных, контрольной ультразвуковой диагностики органов малого таза. Активность воспалительного процесса, кроме этого, характеризовали: болевой синдром, нарушения мочеиспускания, изменения лейкоцитарной формулы в эякуляте и секрете простаты, изменения при ультразвуковом исследовании органов малого таза.

Эффективность лечения признавалась хорошей, если имело место быстрое, через пять дней, улучшение субъективного статуса пациентов (значительное уменьшение или купирование алгических проявлений) и изменение в позитивную сторону ряда объективных показателей. После их изучения через десять дней после окончания комплексной терапии-значительное снижение или нормализация числа лейкоцитов в эякуляте, положительная динамика при сонографическом исследовании простаты и семенных пузырьков.

#### **Полученные результаты и их обсуждение**

В результате обследования 36 пациентам, у которых были выявлены обострения хронических бактериальных простато-везикулитов, наличие серозных везикулитов подтверждалось

данными УЗИ ОМТ[5,8,11], проведено лечение по указанной схеме. При ежедневном наблюдении за больными, была отмечена положительная динамика субъективного состояния сразу, после начала обозначенного лечения у 14[ 38,8%] человек уменьшение болевого синдрома, с полным его купированием через пять дней. Пациенты отмечали снижение болей в области промежности, подвздошных областях, резей при мочеиспускании, чувства дискомфорта в гениталиях. Через 10 дней по окончании комплексного лечения патологических состояний, "стерженьем" которого являлся антибактериальный препарат гатилин, субъективное улучшение отметили 33 пациента[ 94,4% ]. Быстрый клинический эффект достигался, по нашему мнению, комбинацией ряда факторов: а) воздействия данного медикаментозного средства длительным периодом элиминации в плазме крови (7 - 14 часов) при введении первых 400 мг гатилина. Это создавало эффект "ударной дозы" на протяжении, практически, всего периода лечения, а также удержание высокого уровня препарата в крови и тканях б) терапевтической эффективностью по отношению и к грам- отрицательным и грам- положительным микроорганизмам; в) усилением действия препарата гатилин лазерной ректальной терапией проверенными уже многими годами использования в практике аппаратов "Орион"("Жива", Москва) и "ЛУ("Аппамед", Киев).

Такая схема лечения предоставляла возможности достижения полного терапевтического эффекта в течение десяти дней, что немаловажно для психологического и финансового состояния пациентов.

Поскольку сексуальные отношения пациентам не запрещались, полученная информация о половой жизни свидетельствовала о том, что имело место улучшение качества копулятивного акта у большинства мужчин- отсутствие болевого синдрома при половом контакте и семяизвержении, улучшение качества эрекции и увеличение продолжительности фрикционного периода. То есть, наблюдалось улучшение качества жизни и мужчин и их семей, что в общем- то, и является моделью конечных результатов терапии каждого случая нару-

шенной сексуальной функции вследствие хронических простато- везикулитов и их обострений(и не только). Изменения объективных данных и представлены в таблице.

Таблица

**Динамика объективных показателей после завершения лечения (n=36)**

Узи ОМТ : Отсутствие данных о наличии обострения простато- везикулита	Узи МТ : имеются данные о наличии простато- везикулита	Лабораторные данные : отсутствие инфекции	Лабораторные данные : наличие инфекции
30 ( 83,3 % )	6 ( 16,7 % )	34 ( 94,4 % )	2 ( 5,6 % )

Представленные в таблице данные показывают достаточно значимые позитивные изменения в сонограммах (отсутствие изменений, характерных для серозных и гнойных везикулитов, в предстательной железе) и лабораторных данных(уменьшение числа лейкоцитов в эякуляте значительно и снижение титра при ИФА крови) пролеченных больных по указанной схеме комплексной терапии обострений хронических простато- везикулитов. Которые полностью соответствовали субъективному состоянию пациентов после лечения.

#### Выводы

1. При хронической тазовой боли следует проводить исследование на возможное наличие обострений хронических простато- везикулитов или серозных и гнойных везикулитов.
2. Противовоспалительное лечение осуществляется после лабораторного обследования на тот или иной вид микрофлоры.
3. Лечение должно быть комплексным и включать в качестве обязательного компонента антибактериальный препарат.
4. Целесообразно использование для этого фторхинолона четвертого поколения гатилин на фоне лазерной и иммунной терапии.
5. Купирование болевого синдрома вполне возможно при таком лечении в течение 5- 10 дней.
6. Параллельно с этим, восстанавливается копулятивная функция и улучшается качество жизни семьи.

## Литература

1. Горпинченко И.И. Осложнённый урогенитальный хламидиоз / И.И. Горпинченко, Н.И. Бойко // *Здоровье мужчины*. - 2002. - № 2. - С. 34-37.
2. Горпинченко И.И. Препарат Фромилид в комплексной терапии хронического урогенитального хламидиоза / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. - 2004. - № 3. - С. 55-59.
3. Горпинченко И.И. Изучение клинической эффективности альфа-одина аденоблокатора теразозина у мужчин при синдроме хронической тазовой боли / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. - 2005. - № 3. - С. 23-29.
4. Гурженко Ю.Н. Клиническое изучение эффективности использования препарата Зиквин в терапии урогенитального хламидиоза / Ю.Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. - 2005. - № 3. - С. 183-186.
5. Виненцов Ю.А. Лечение хронического простатита с болевым синдромом / Ю.А. Виненцов, Р.А. Грачёв, С.А. Золочевский // *Тезисы научных трудов Всероссийского Конгресса по андрологии*. - Сочи, 2007. - С. 70.
6. Дергачёв А.Н. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов / А.Н. Дергачёв. - М., изд-во РУДН. - 1995. - 58 с.
7. Калинина С.Н. Этиологические и эпидемиологические особенности простатитов, везикулитов, эпидидимитов, обусловленных урогенитальной скрытой инфекцией и осложнённых нарушением половой функции / С.Н. Калинина, В.П. Александров, О.Л. Тиктинский // *Мужское здоровье / материалы конференции / М.* - 2003. - № 2. - С. 45-50.
8. Коган О.С. К лечению хронического простатита / О.С. Коган, Л.Ю. Власенко, Д.В. Семаков, Д.В. Романенко // *Материалы Всероссийской конференции "Мужское здоровье"*. - Москва, 2003. - С. 97.
9. Кукурекин Ю.В. Нарушения сексуального здоровья. Патогенетическая терапия / Ю.В. Кукурекин, А.П. Гуд-

зенко. - Луганск, 2007. - 210 с.

9. Лямин Б.А. Комплексный подход в лечении больных хроническим инфекционным простатитом / Б.А. Лямин, А.В. Сивков, О.И. Аполихин // *Материалы Всероссийской конференции "Мужское здоровье"*. - Москва, 2003. - С. 39.
10. Мазо Е.Б. Нервно-мышечная дисфункция тазового дна как возможная причина синдрома хронической тазовой боли при хроническом бактериальном простатите / Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов, Л.Ф. Касаткина // *Материалы Всероссийской конференции "Мужское здоровье"* - М., 2003. - С. 44.
11. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в 2-х томах. Т.1. / В.В. Митьков. - М.: Видар, 1999. - 126 с.
12. Пасечников С.П. Применение Цифрана ОД в лечении острого несложнённого пиелонефрита / С.П. Пасечников, Н.В. Митченко // *Здоровье мужчины*. - 2004. - № 3. - С. 107-110.
13. Пепенин В.Р. Интенсивная терапия синдрома хронической тазовой боли, обусловленной хроническим везикулитом / В.Р. Пепенин, Ю.В. Кукурекин, В.Н. Акулинин // *Здоровье мужчины*. - 2006. - № 1. - С. 57-61.
14. Пепенин В.Р. Хронические везикулиты как причина бесплодия. Современная терапия / В.Р. Пепенин, Ю.В. Кукурекин, В.Н. Акулинин, Ю.В. Гонцов // *Здоровье мужчины*. - 2007. - № 2. - С. 399-201.
15. Степаненко В.І. Поліетіологічні чинники і поліпатогенетичні механізми розвитку хронічного інфекційного простатиту. Клінічний перебіг, ускладнення, діагностика, раціональна терапія / В.І. Степаненко, О.І. Літус // *Здоровье мужчины*. - 2006. - № 1. - С. 79-88.

## Резюме

**Бородина Н.М., Меркулов В.И., Захарова Э.Б., Тютюнник И.В., Кукурекин Ю.В.** Особенности терапии хронического простатита-везикулита.

Проведена оценка применения гатилина в комплексной терапии 44 больных с обострениями хронического бактериального простатита-везикулита. Использовали гатилин как антибактериальный препарат в

комплексної терапії. Виражений клінічний ефект - купірування алгічного синдрому, дискомфорту в області гепіталії отримали 94,4% больних, зниження числа лейкоцитів в секреті простати і закуляте досягнуто у 83,3% больних, позитивна УЗІ- динаміка отмечена в 80% случаев. Ефективність використання, удобство примененія, мінімальний рівень побочних ефектів, неперодолжителное время лечения, сравнительная дешевизна препарата позволяют рекомендовать гатилин для использования в клинической практике в комплексной терапии хронических простато-везикулитов.

**Ключевые слова:** хронический простато-везикулит, гатилин, синдром хронической тазовой боли, болевой синдром.

#### Резюме

**Бородіна Н.М., Меркулов В.И., Захарова Э.Б., Тютюнник І.В., Кукурекін Ю.В. Особливості терапії хронічного простато-везикуліти.**

При хронічній тазової болю проводили дослідження, спрямовані на виявлення запальних процесів в органах малого тазу - ультразвукове, традиційні аналізи секрету передміхурової залози, також імуноферментні аналізи крові та ПЛР на мікрофлору. Патогенетичну терапію хронічних простато-везикулітом здійснювали із застосуванням препарату гатілін на тлі лазерної ректальної терапії апаратами "Оріон" ("Жива", Москва) і ЛУ ("Аппамед", Київ), біотканевої. Купірування болювого синдрому спостерігали через 5-10 днів комплексної патогенетичної терапії. Копулятивна функція відновлювалася в міру купірування болювого синдрому та вищ запалення в уражених органах.

**Ключові слова:** хронічний простато-везикуліт, гатілін, синдром хронічного тазової болю, болювий синдром.

#### Summary

**Borodina N.M., Merkulov V.I., Zaharova E.B., Tyutyunnik I.V., Kukurekin Yu.V. Features of therapy of chronic prostatitis-vesiculitis.**

In chronic pelvic pain was carried out studies aimed at identifying inflammation in the pelvic organs, ultrasound, conventional analysis of the prostate gland secretions are also linked immunosorbent assay and PCR of blood on the microflora. Pathogenetic therapy of chronic prostatitis-vesiculitis carried out with the use of the drug Gatilin against rectal laser therapy apparatuses "Orion" ("GIVA", Moscow) and "LU" (Appamed, Kiev), biotkaneyov. Relief of pain was observed in 5 - 10 days of the complex pathogenetic therapy. Copulative function was restored as relief of pain and the effects of inflammation in affected organs.

**Key words:** chronic prostato-vesiculitis, gatilin, syndrome of chronic pelvic pain, pain syndrome.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. В.Р. Піпенін

УДК 617.7-007.681-08

## АЛГОРИТМИ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ СТАДІЙ ВТОРИННОЇ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ

**П.А. Бездітко, І.М. Без коровайна**

*Харківський національний медичний університет  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна  
академія" (Полтава)*

#### Вступ

Вторинна неоваскулярна глаукома є найбільш тяжкою формою глаукоми, що підпадає під третю ступінь рефрактерності [4] і веде до незворотної сліпоти та виснажливого болювого синдрому, різко погіршуючи якість життя пацієнтів. Виникнення цього процесу пов'язане з ішемією внутрішніх шарів сітківки, внаслідок первинного захворювання і супроводжується рубезозом райдужки і кута передньої камери, що робить мало-ефективними традиційні антиглаукомні втручання [10]. Однак не дивлячись на це, при діабетичній ретинопатії та первинній глаукомі існують чіткі алгоритми лікування і профілактики подальшого розвитку, розроблена кратність та етапність проведення медикаментозної терапії, а при вторинній неоваскулярній глаукомі практичні лікарі позбавлені рекомендацій поетапного лікування різних стадій, що сприяє швидкому прогресуванню процесу, переходу його в запущені форми і сліпоті на фоні високого внутрішньоочного тиску.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дана робота виконана в рамках основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету і являє фрагмент НДР "Особливості змін переднього відрізка ока у хворих на цукровий діабет" (№ держреєстрації 0108U005258).

**Мета дослідження:** розробити алгоритми патогенетичного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми, на основі поетапного вивчення клініко-патогенетичних факторів її розвитку.