

Ефективність супозиторіїв Дистрептаза у лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит (синдром запального хронічного тазового болю, категорія IIIA)

Є.А. Литвинець

Івано-Франківський національний медичний університет

У роботі розглянуто аспекти етіології та патогенезу хронічного абактеріального простатиту (синдрому запального хронічного тазового болю (СЗХТБ)), наведено результати лікування 58 хворих з даною патологією. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група отримувала терапію за загальноприйнятими схемами, II група + супозиторії Дистрептаза. Аналіз результатів лікування свідчить, що застосування свічок Дистрептаза дозволяє добитися кращих результатів лікування хворих на хронічний абактеріальний простатит у порівнянні з контрольною групою і досягти стійкого клінічного ефекту.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит, Дистрептаза, лікування.

Згідно з даними більшості фахівців на хронічний простатит страждають 30–45% чоловіків [1, 3–6, 9]. На даний час вважають, що лише 5–10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, близько 60–65% – це небактеріальні простатити і 30–35% – простатодіяні [2, 9, 10].

Лікування хворих на хронічний простатит залежить від ступеня вираженості захворювання, його тривалості, приєднання порушень статевих функцій. Проте, ефективність лікування низька. Відновити функцію передміхурової залози дуже важко. У пацієнтів молодого віку може розвинути еректильна дисфункція, порушується репродуктивна функція [3, 6]. Усе це виправдовує пошук нових методів лікування даного захворювання. Згідно з даними літератури, розвитку хронічного простатиту обов'язково передують порушення гемодинаміки. У передміхуровій залозі виникає повнокрів'я, стаз, що сприяє розвитку запалення і є причиною загострення хронічного простатиту [4, 9]. Оцінка кровотоку в передміхуровій залозі довгий час здійснювалася за допомогою реографії.

Останнім часом для оцінки змін в передміхуровій залозі стали широко використовувати ультразвукові дослідження (УЗД), а для оцінки її гемодинаміки кольорову ультразвукову трансректальну ангіографію.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування супозиторіїв Дистрептаза у хворих на хронічний абактеріальний простатит (СЗХТБ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На лікуванні та під спостереженням знаходились 58 хворих на хронічний абактеріальний простатит. Середній вік пацієнтів склав $29,3 \pm 3,5$ року (від 19 до 43 років), тривалість захворювання від 8 міс до 5 років (в середньому $3,8 \pm 1,2$ року). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ;

б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Ультразвукове обстеження цим хворим проводили на апараті SONDLINЕ G60S з ректальним датчиком 5–10 МГц. Оцінювали стан паренхіми залози, дослідження в режимі сірої шкали: розміри і об'єм залози, контури і симетричність часток залози, стан капсули, сім'яних міхурців, наявність додаткових структур в паренхімі. У режимі кольорового доплерівського картування, а також в імпульсно-хвильовому режимі оцінювали характер судинного малюнка (хід судин, їх діаметр, кількість судин в симетричних ділянках залози) з наступним графічним зображенням спектра доплерівського зсуву частот у вибраній судині. Кількісну оцінку проводили за щільністю судинного сплетення (ЩСС) (судин/см²) і за діаметром судин (ДС). Якісним показником геодинаміки в ПЗ були: 1) пікова швидкість кровотоку Шп (см/с), 2) діастолічна швидкість кровотоку Шд (см/с), 3) середня лінійна швидкість кровотоку См (см/с), 4) пульсаційний індекс ПІ (ум. од.), 5) індекс резистентності ІР (ум. од.), 6) об'ємний кровотік ОК (л/хв). Слід зазначити, що зображення і відповідно візуалізація судин ПЗ значно покращується за умов використання методики енергетичного доплера, яка дає більш багату і насичену судинами картинку тканини ПЗ в усіх її відділах.

Також проводили анкетування під час звернення та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях ПЗ.

Хворі були поділені на дві групи: I групу склали 28 пацієнтів, які лікувались за загальноприйнятими схемами, II група (30 пацієнтів) одержувала комплексне лікування + супозиторії Дистрептаза (виробник БІОМЕД СЕРА ЕНД ВАССІНЕС ПРОДАКТІОН ЛТД. ЛЮБЛІН, Польща) за схемою по 1 свічці 2 рази на добу ректально 3 дні, потім по 1 свічці 1 раз на добу ще 9 днів. Один супозиторій містить стрептокінази 15 000 МО, стрептодорнази 1250 МО. Групи були співставні за діагнозом та віком.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Контрольне обстеження, проведене після завершення запропонованого нами курсу терапії, підтвердило зникнення запального процесу в ПЗ (табл. 1). Так, кількість лейкоцитів в секреті ПЗ в пацієнтів I групи знизилась з 69,8 до 14,6, а у пацієнтів II групи, які вживали Дистрептаза, з 70,4 зменшилась до 7,2, відзначено підвищення кількості лецитинових зерен. Пацієнти також відзначали значне зменшення суб'єктивних проявів, часто з повною ліквідацією больового синдрому, а також значне поліпшення загального стану і копулятивної функції. Але

ці показники були кращими у хворих II групи. Так, при анкетуванні у пацієнтів I групи сумарний бал за IPSS до лікування становив $26,4 \pm 0,31$; індекс оцінки якості життя L дорівнював $4,2 \pm 0,05$; оцінка загального стану за сумою балів (S+L) = $30,6 \pm 0,3$ (див. табл. 1). Після 15 днів лікування: IPSS = $18,2 \pm 0,18$; L = $3,8 \pm 0,054$ і (S+L) = $22,0 \pm 0,2$. Через 30 днів після лікування: IPSS = $9,6 \pm 0,05$; L = $2,2 \pm 0,005$ і (S+L) = $11,8 \pm 0,1$.

У пацієнтів II групи, які разом з комплексною терапією одержували Дистрептазу, сумарний бал за IPSS до лікування = $26,8 \pm 0,3$; індекс оцінки якості життя L = $4,2 \pm 0,05$ і оцінка загального стану за сумою балів (S+L) = $31,0 \pm 0,28$. Після 15 днів лікування: IPSS = $11,6 \pm 0,1$; L = $2,4 \pm 0,05$ і (S+L) = $14,0 \pm 0,23$. Через 30 днів лікування: IPSS = $2,1 \pm 0,05$; L = $1,4 \pm 0,05$ і (S+L) = $3,5 \pm 0,05$.

Під час ультразвукового обстеження хворих, як I так і II групи, в режимі сірої шкали у 82,6% реєстрували в паренхімі залози ділянки фіброзу, переважно периуретрально і в центральних зонах. Досить часто спостерігається неоднорідність залози у вигляді чергувань дрібних зон підвищеної ехогенності (ділянки склерозу, кальцинації, клітинної інфільтрації), пониженої ехогенності (зона запального набряку і інфільтрації, гнійного розплавлення тканин). Контур залози в більшості випадків був рівний, іноди зазубрений через наявність фіброзних спайок, які утворилися при переході запалення на парапростатичну клітковину. Під час проведення кольорової ангіографії у цих хворих спостерігалось збіднення судинного малюнка, його дезорганізація, значне зниження пікових лінійних швидкостей, ЩСС, ДС, об'ємного кровотоку в зв'язку із впливом на судини запального інфільтрату або ділянок застою (табл. 2). При цьому в центральній зоні ПЗ ЩСС і середній ДС був більший, ніж в периферійній зоні. Це свідчить про неоднорідне зниження ЩСС. Переважно в периферійній зоні і в гіпоехогенних ділянках (ділянки фіброзу). Периферійна зона залози у хворих на хронічний простатит характеризується більш низькою васкуляризацією, ніж центральна зона.

Після проведеного лікування спостерігається помірне збільшення пікових лінійних швидкостей в судинах центральної зони, збільшення ДС і ЩСС, особливо у пацієнтів II групи. ОК і ЩСС у цій групі збільшились майже вдвічі (див. табл. 3). У периферійних зонах ПЗ на фоні лікування також відзначається збільшення лінійних і середніх швидкостей, помірне збільшення ДС, ЩСС і значне збільшення ОК і знову це більшою мірою виражено у пацієнтів II групи (табл. 3). Це свідчить, що включення в комплекс лікування хворих на хронічний абактеріальний простатит супозиторіїв Дистрептаза покращує кровопостачання ПЗ та мікроциркуляцію в самій залозі, сприяє збільшенню концентрації лікарських засобів у вогнищі запалення.

Побічної дії при застосуванні свічок Дистрептаза нами не виявлено.

ВИСНОВКИ

Як свідчать результати лікування, включення в комплекс терапії супозиторіїв Дистрептаза стимулювало магістральні артеріоли, включення в роботу артеріоловонозних шунтів, що і сприяло ліквідації запального процесу у передміхуровій залозі та дозволяє досягти позитивних результатів терапії і стійкого клінічного ефекту. Отже, одержані дані свідчать про доцільність включення свічок Дистрептаза в комплексну терапію хворих на хронічний абактеріальний простатит (СЗХТБ).

Таблиця 1

Результати оцінки симптомів у процесі лікування

Показники	До початку лікування	Через 15 днів лікування	Через 30 днів лікування
I група			
IPSS	$26,4 \pm 0,31$	$18,2 \pm 0,18^{**}$	$9,6 \pm 0,05^{**}$
L	$4,2 \pm 0,05$	$3,8 \pm 0,05^{**}$	$2,2 \pm 0,05^{**}$
S+L	$30,6 \pm 0,3$	$22,0 \pm 0,2^{**}$	$11,8 \pm 0,1^{**}$
II група			
IPSS	$26,8 \pm 0,3$	$11,6 \pm 0,1^{**}$	$2,1 \pm 0,05^{**}$
L	$4,2 \pm 0,05$	$2,4 \pm 0,05^{*}$	$1,4 \pm 0,05^{**}$
S+L	$31,0 \pm 0,28$	$14,0 \pm 0,23^{**}$	$3,5 \pm 0,05^{**}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (достовірність з попереднім етапом лікування);
+ $p < 0,05$; * $p < 0,01$ (достовірність з I групою).

Таблиця 2

Показники кровотоку в ПЗ у хворих I групи до і після лікування (M±m)

Показники	Центральна зона		Периферична зона	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ШП, см/с	$9,14 \pm 0,048$	$10,42 \pm 0,52$	$9,18 \pm 0,42$	$12,8 \pm 0,72^{**}$
ШД, см/с	$2,48 \pm 0,29$	$2,92 \pm 0,26$	$2,71 \pm 0,28$	$3,18 \pm 0,28$
См, см/с	$6,08 \pm 0,34$	$6,86 \pm 0,32$	$5,6 \pm 0,28$	$7,28 \pm 0,32^{**}$
Пі, ум. од.	$1,23 \pm 0,05$	$1,24 \pm 0,04$	$1,22 \pm 0,05$	$1,22 \pm 0,04$
ІР, ум. од.	$0,74 \pm 0,02$	$0,74 \pm 0,02$	$0,71 \pm 0,02$	$0,72 \pm 0,02$
ДС, см	$0,04 \pm 0,001$	$0,05 \pm 0,002^{**}$	$0,04 \pm 0,001$	$0,05 \pm 0,002^{**}$
ЩСС, судин/см ²	$0,78 \pm 0,32$	$0,89 \pm 0,28$	$0,62 \pm 0,28$	$0,78 \pm 0,34$
ОК, л/хв	$0,01 \pm 0,001$	$0,08 \pm 0,001^{**}$	$0,01 \pm 0,002$	$0,02 \pm 0,01$

** $p < 0,01$ (достовірність до та після лікування).

Таблиця 3

Показники кровотоку в ПЗ у хворих II групи до і після лікування (M±m)

Показники	Центральна зона		Периферійна зона	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ШП, см/с	$9,15 \pm 0,48$	$13,8 \pm 0,72^{**}$	$9,18 \pm 0,45$	$15,6 \pm 0,78^{**}$
ШД, см/с	$2,52 \pm 0,28$	$3,8 \pm 0,32^{**}$	$2,72 \pm 0,26$	$4,2 \pm 0,34^{**}$
См, см/с	$5,86 \pm 0,32$	$7,68 \pm 0,34$	$5,82 \pm 0,28$	$8,94 \pm 0,42^{**}$
Пі, ум. од.	$1,18 \pm 0,05$	$1,28 \pm 0,06$	$1,24 \pm 0,06$	$1,26 \pm 0,05$
ІР, ум. од.	$0,68 \pm 0,02$	$0,76 \pm 0,02^{*}$	$0,74 \pm 0,02$	$0,75 \pm 0,02$
ДС, см	$0,05 \pm 0,004$	$0,06 \pm 0,004$	$0,04 \pm 0,002$	$0,06 \pm 0,002^{**}$
ЩСС, судин/см ²	$0,79 \pm 0,15$	$1,38 \pm 0,16^{*}$	$0,66 \pm 0,34$	$0,98 \pm 0,4$
ОК, л/хв.	$0,01 \pm 0,01$	$0,24 \pm 0,01^{**}$	$0,01 \pm 0,002$	$0,06 \pm 0,01^{**}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (достовірність до та після лікування).

Эффективность суппозиториев Дистрептаза в лечении больных с хроническим абактериальным простатитом (синдромом воспалительной хронической тазовой боли, категория IIIA)

Е.А. Литвинец

В работе рассмотрены аспекты этиологии и патогенеза хронического простатита, приведены результаты лечения 58 больных с данной патологией. Пациенты были разделены на две группы. I группа получала стандартную терапию, II + свечи Дистрептаза. Анализ результатов лечения показал, что применение суппозиториев Дистрептаза разрешает получить лучшие результаты лечения больных с хроническим абактериальным простатитом по сравнению с I группой и достичь стойкого клинического эффекта.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, Дистрептаза, лечение.

The Efficacy of Distreptasa Suppositories in Treating of Chronic Bacterial Prostatitis (Syndrome of Phlogotic Inveterate Pelvic Pain, IIIA Category)

E.A. Litvinets

The aspects of ethiology and pathogenesis of inveterate prostatitis are discussed in this article. Treatment results of 58 patients with the given pathology are presented. The patients were divided into two groups. The first group was treated with the standard therapy, the second was treated with the standard therapy and Distreptasa Suppositories. The analysis of treatment results showed that the treatment by means of Distreptasa Suppositories helps achieve better therapeutic results of patients with the chronic bacterial prostatitis in comparison with the first group and obtain stabile clinical effect.

Key words: chronic bacterial prostatitis, Distreptasa, treatment

ЛИТЕРАТУРА

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 320 с.
2. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас – руководство по урологии. – Днепропетровск: Днепр-VAL, 2000. – Т. 2. – С. 473–512.
3. Горпинченко И.И., Клименко П.М., Павловский Ю.Э. Гемодинамическая классификация простатитов //Здоровье мужчины. – 2004. – № 1. – С. 44–48.
4. Горпинченко И.И., Литвинец Е.А. Сучасні підходи та шляхи оптимізації лікування хворих на хронічний простатит //Здоровье мужчины. – 2007. – № 3. – С. 48–56.
5. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Исследование клинической эффективности современного комплексного лечения больных хроническим неспецифическим простатитом с использованием препаратов Хемомицин и Витапрост // Здоровье мужчины. – 2005. – № 3. – С. 136–143.
6. Гурженко Ю.Н. Современный взгляд на проблему синдрома хронической тазовой боли // Здоровье мужчины. – 2005. – № 2. – С. 118–125.
7. Литвинец Е.А., Костенко Л.В. Кольорова ультразвукова ангиографія в діагностиці хронічного простатиту //Галицький лікарський вісник. – 2006. – № 1. – С. 40–42.
8. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
9. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. Митькова В.В. – М.: Издательский дом Видар-М, 2003. – 720 с.
10. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
11. Hong S.J. and ol. Transrectal color Doppler imaging is effective for the posttreatment monitoring of prostatic inflammation // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 480–488.
12. Veneziano S., Pavlica P., Mannini D. Color Doppler ultrasonographic scanning in prostatitis: clinical correlation // Eur. Urol. – 1995. – V. 28, № 1. – P. 6–9.
13. Neikel I.C., Downey L., Dark I., Ceri H., Olson M. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate // Journal of Urology. – 1995. – V. 153, № 2. – P. 527–529.
14. Ghobich A. Voiding dysfunction associated with chronic bacterial prostatitis // Eur. Urol. – 2002; 42: 159–162.