

# Применение витапроста в комплексном лечении хронического простатита хламидийной этиологии

**Д.Ф. Тучин, Р.А. Бистрица**

Андрологическая клиника, г. Одесса

В настоящее время в нашей клинике мы активно используем при лечении хронического простатита хламидийной этиологии биорегуляторные пептиды. К биорегуляторным пептидам относятся биологически активные вещества, обладающие максимальной физиологичностью и считающиеся наиболее перспективными среди разнообразия средств, имеющих биорегуляторную направленность. Одним из таких препаратов, созданных для лечения разных форм простатита, является Витапрост. Основным действующим веществом препарата Витапрост является комплекс полипептидных фракций, выделенный из предстательной железы крупного рогатого скота. Биорегуляторные пептиды относятся к эндогенным физиологически активным веществам – цитомединам. Особенностью препарата Витапрост является широта терапевтического воздействия на предстательную железу: восстановление микроциркуляции в органе с уменьшением тромбообразования, антиадгезивная и антиагрегационная способность; уменьшать отечность предстательной железы и лейкоцитарную инфильтрацию интерстициальной ткани; регуляция тонуса мышц мочевого пузыря, в том числе детрузора; снижение числа лейкоцитов в секрете предстательной железы; снижение титра выявленного возбудителя или угнетение его жизнедеятельности, что свидетельствует об опосредованном бактериостатическом действии препарата на секрет предстательной железы; иммуномодулирующими свойствами с корреляцией систем Т- и В-лимфоцитов, воздействием на метаболическую активность фагоцитов.

**Цель работы:** оценка эффективности биорегуляторных пептидов в комплексной терапии хронического простатита.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов хламидийной этиологии. У этих больных мы применяли одновременно с базисной антибактериальной терапией препарат Витапрост в форме суппозиториев. Все больные получали Витапрост ежедневно по 1 свече в сутки в течение 15 дней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные по окончании лечения контрольные клинические и лабораторные исследования выявили у 16 пациентов значительное клиническое улучшение: исчезновение боли в промежности и над лобком, отсутствие дискомфорта в паху и мошонке, жжения в промежности и мочеиспускательном канале, выделений из мочеиспускательного канала, дизурии. У 3 пациентов не отмечено положительной динамики. Критериями успешного лечения считали разрешение клинической симптоматики, улучшение общего состояния, нормализацию клинико-лабораторных показателей, отсутствие возбудителей инфекции в урогенитальном материале при контрольных исследованиях методами ИФА и ПЦР.

## ВЫВОДЫ

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что Витапрост является препаратом с широким спектром терапевтического воздействия на патологический процесс в предстательной железе, влияющий на многие звенья патогенеза хронического простатита хламидийной этиологии и имеющий устойчивый лечебный эффект.

# Методи діагностики та усунення обструктивної нефропатії у вагітних

**Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова**

Одеський національний медичний університет

Діагностика гестаційних, функціональних обструкцій більш складна і вимагає виконання додаткових тестів.

**Мета дослідження:** визначити характер функціональних порушень нирок та обґрунтівти типи уретерогідронефрозу у вагітних – «обструктивний» і «функціональний».

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вагітні були рандомізовані на групи наступним чином: 1-а група – порівняння: вагітні жінки без ускладнень інфекційно-запального характеру нирок та сечових шляхів ( $n=30$ ). 2-а група – основна клінічна, представлена ( $n=90$ ) вагітними, що отримували лікування на госпітальному етапі з приводу інфекційно-запальних ускладнень з боку нирок та сечових шляхів. 3-я група – контрольна, яку складають ( $n=20$ ) невагітні жінки без інфекційно-запальних захворювань нирок та сечових шляхів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні УЗД нирок і сечоводів на різних термінах гестації в положенні ортостазу у 78% пацієнтів верифіковане розширення чашково-мискової системи (з них у 78% спостерігалася піелоектазія в розмірах від 27 до 40 мм, з калікоектазією до 25 мм; у 22% спостерігалася тільки калікоектазією до 24 мм), так само значне розширення сечоводів до 10 мм, у 17% хворих відзначалося потовщення паренхіми нирок за рахунок набряку з ознаками тільки калікоектазії до 15–18 мм, у 5% пацієнтів відзначалося тільки збільшення товщини паренхіми нирок. При проведенні УЗД нирок та сечоводів в положенні кілоностазу на «здоровому боці» у 69% пацієнтік виявлено значне скорочення чашково-мискової системи (ЧМС) в 1,5 разу, також відзначено зменшення діаметра се-

човоду в 2 рази, а у 3% пацієнток практично до нормальних розмірів. У 28% пацієнток редукції порожнинної системи не настало, що дозволило віддиференціювати «обструктивний» тип порушення уродинаміки від «функціонального». У вагітних з початковим гідронефrozом (24 випадки), діагностованим відповідно з даним алгоритмом і тенденцією до зменшення його в динаміці терміну вагітності, ознаки аномального розвитку верхніх сечових шляхів виявлено не було. У решти вагітних (66 випадки) з діагностованим помірним або вираженим гідронефrozом в 81,1% випадків був діагностований вроджений гідронефroz і в 18,9% (26 вагітних) випадків – обструктивний характер порушення відтоку сечі з верхніх сечових шляхів. При динамічному спостереженні вагітних відзначали стабільну дилатацию ЧМС або її прогресування, з причини чого даним вагітним був встановлений внутрішній стент (11 вагітних) з підбором розміру з урахуванням ширини сечоводу, а 15 вагітним виконана чerezшкірна пунктійна нефростомія (ЧПНС) з використанням нефростомічного дренажу діаметром 6 Fr. У ході спостереження за вагітними в післяопераційний період відзначено, що переносимість нефростомічного дренажу краца, ніж внутрішнього стента. У 8 вагітних, яким було встановлено

внутрішній стент протягом усієї вагітності відзначали больові відчуття в області сечового міхура (6 вагітних), неодноразову макрогематурую (2 вагітні), стійку лейкоцитурую, помірну еритроцитурую, в одному випадку було проведено рестентування у зв'язку зі втратою стента за рахунок вираженої атонії сечоводу. У 4 вагітних проблем з «носінням» внутрішнього стента не виникло, що пов'язано з якістю підбору розмірів стента щодо розміру сечоводу. При більш детальному вивченні даних встановлено, чим менше діаметр внутрішнього стента, тим раніше ліквідується атонія сечоводу після видалення його в післяпологовий період.

### ВИСНОВКИ

Для досягнення позитивного ефекту важливо оптимальне співвідношення діаметрів стента і сечоводу, термінів стояння стента. Уродинамічний ефект від ЧПНС на верхні сечові шляхи було повне відключення сечоводу і відведення сечі безпосередньо з миски, за рахунок чого не створювався великий гідростатичний тиск. Також, як і при стентуванні, нормалізувальний ефект частіше і швидше виникає при застосуванні дренажів меншого діаметра, секреторно-евакуаторна функція була задовільною.

# Эффективность лечения хронической тазовой боли у больных хроническим простатитом категории IIIБ применением экстракорпоральной магнитной иннервации (ExMI) тазового дна

**М.В. Шостак, Р.В. Савчук**

Одесский национальный медицинский университет

---

Хронический простатит (ХП) категории IIIБ, подразумевающий хроническую невоспалительную тазовую боль (ХТБ) без существенных лабораторных проявлений на протяжении 3 мес и более, представляет собой широко распространенную и резистентную к лечению патологию. Экспериментальные и клинические данные, подтверждающие связь источника ХТБ с тазовым дном, определяют новые приоритеты поиска современных эффективных и безопасных средств лечения данной патологии.

**Цель исследования:** изучить повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациентов с ХП категории IIIБ путем применения экстракорпоральной магнитной иннервации (ExMI) тазового дна.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стал 31 больной с ХТБ на фоне ХП (средний возраст 38,6 года), которым проведена экстракорпоральная магнитная иннервация (ExMI) тазового дна прибором Neocontrol (Kitalpha, Германия) в качестве монотерапии, курс – 12 процедур (15 Гц/10 мин + 30 Гц/10 мин + 60 Гц/10 мин, 3 раза в неделю). ExMI основана на экстракорпоральной активации ветвей срамных и тазовых внутренностных нервов по принципу магнитной индукции Фарадея направленным пульсирующим магнитным полем с нейротропным двигательным потенциалом, что обеспечивает сочетанные сокращения всех мышечно-фасциальных слоев тазового дна. Оценка эффективности терапии и динамики качества жизни проводили обработкой шкал симптомов ХП

NIH-CPSI и качества жизни, связанного со здоровьем SF-36 до и после лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты переносили сеансы ExMI удовлетворительно, субъективно улучшение отметили 25 (80,6%) больных. Динамика проявлений боли по NIH-CPSI характеризовалась снижением ее интенсивности с  $13,7 \pm 1,1$  до  $9,4 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ ), уменьшением выраженности расстройств мочеиспускания – с  $6,0 \pm 0,8$  до  $4,6 \pm 0,6$  ( $p = 0,06$ ), изменением качества жизни – с  $9,4 \pm 0,7$  до  $4,6 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). В результате лечения существенно улучшились показатели физической активности SF-36 ( $\Delta M = 27,6\%$ ) и уменьшились показатели эмоционального влияния заболевания ( $\Delta M = 47,7\%$ ). Значительное улучшение достигнуто в отношении показателей психического здоровья ( $p < 0,001$ ,  $\Delta M = 30,7\%$ ) и самооценки пациентов ( $\Delta M = 27,6\%$ ), общее качество жизни охарактеризовалось увеличением суммарного балла SF-36 на 26,6% ( $p < 0,05$ ).

### ВЫВОДЫ

ExMI тазового дна – высокоэффективное и безопасное средство лечения пациентов с ХП IIIБ, существенно снижающее проявления ХТБ и улучшающее качество жизни больных. Оптимизация лечебных режимов ExMI и терапевтических подходов к лечению больных этой категории – перспективное средство патогенетического устранения ХТБ, несущее в себе потенциал решения этой медицинской проблемы.