

Пелоидотерапия и органная гемодинамика при хроническом простатите

П.М. Клименко, Е.В. Соболева, В.А. Чабанов, А.В. Сагоконь, Н.П. Клименко, С.Э. Шимкус
Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Кольбелью грязелечения в Украине является Крым. Особый интерес представляет пелоидотерапия – старый, до сих пор актуальный метод лечения. Механизм лечебного действия грязи складывается из сочетанного воздействия химического, механического и температурного факторов. Эффект действия грязи проявляется в расширении сосудов и ускорении в них кровотока. Это объясняется неспецифическим адаптационным ответом на поступление в организм через кожу или межклеточное пространство белковых молекул и ионов, находящихся в водной фазе грязи.

Под наблюдением находили 68 пациентов в возрасте 21–40 лет с диагнозом хронический простатит (ХП). Диагноз был установлен на основании клинического, урологического, ультразвукового и лабораторного исследований. Пациенты были разделены на две группы: группа А (n – 34) и группа В (n – 34). Пациенты группы А получали традиционную медикаментозную терапию. В группе В пациентам назначали аналогичную терапию, но в сочетании с пелоидотерапией. Комплекс процедур состоял из грязевых аппликаций по типу «трусов», температурой 38–40°C, продолжительностью 20 мин, через день, десятидневным курсом

Контроль состояния пациентов проводили с учетом жалоб больных на основании Международной системы учета оценки симптомов при заболеваниях поджелудочной железы (табл. 1).

Суммарный балл IPSS оценивают сами пациенты. Оценка общего состояния по сумме баллов (S+L): легкая степень – не более 7 баллов; средняя – от 8 до 19; тяжелая степень – от 20 до 35 и очень тяжелая – более 35 баллов. Качество жизни, которое оценивает сам пациент, представлено в табл. 2, и

по системе IPSS – в табл. 3. Индекс оценки качества жизни оценивают, как и в предыдущем случае.

Больные в группах А и В относительно тяжести состояния были распределены примерно поровну. В начале и в конце лечения пациентам было предложено заполнить анкету Международной системы учета оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы. Количественное распределение больных до лечения представлено в табл. 3.

Как видно из рис. 1, тяжелая степень оценки качества жизни исчезла. Из 15 мужчин группы А (22%) с тяжелой степенью 5 (7,5%) перешли в разряд средней степени, 7 (10%) – в разряд легкой степени и 3 пациента (4,5%) по окончании лечения жалоб не отмечали. Из 14 мужчин группы В (20,5%) с тяжелой степенью 1 (1,5%) перешел в разряд средней степени, 1 (1,5%) – в разряд легкой степени и 12 пациентов (17,5%) по окончании лечения жалоб не отмечали. Миграция больных со средней степенью оценки качества жизни в более легкие фракции происходила следующим образом: из 7 пациентов группы А (10%) один пациент (1,5%) остался в той же группе средней тяжести, но со значительным уменьшением количества баллов (с 18 до 9). Четверо больных (6%) перешли в разряд легкой степени. Двое пациентов (3%) по окончании лечения жалоб не отмечали. У пациентов со средней степенью в группе В результаты лечения были более впечатляющими: из 8 пациентов (12%) в группе средней тяжести не осталось никого, один больной (1,5%) перешел в разряд легкой степени. Остальные 7 пациентов (10,5%) по окончании лечения жалоб не отмечали. Из 12 больных группы А с легкой степенью трое (4,5%) остались в той же группе, 9 (13%) жалоб не предъявляли. Все пациенты группы В с легкой степенью (n – 12, 17,5%) в результате лечения жалоб не отмечали. Количество мужчин, не предъявляв-

Таблица 1

Жалобы больных хроническим простатитом в баллах

Жалобы	Не бывает	Не чаще 1 раза в неделю	Менее чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Более чем в половине случаев	Почти всегда
Рези при мочеиспускании	0	1	2	3	4	5
Болевой оргазм	0	1	2	3	4	5
Неприятные ощущения в мошонке	0	1	2	3	4	5
То же в бедрах или пояснице	0	1	2	3	4	5
То же в области промежности	0	1	2	3	4	5
Императивные позывы к мочеиспусканию	0	1	2	3	4	5
Неоднократные ночные мочеиспускания	0	1	2	3	4	5

Оценка качества жизни пациентов (в баллах)

Как Вы оцениваете качество жизни	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Тяжело сказать	Плохо	Очень плохо	Невыносимо
	0	1	2	3	4	5	6

Таблица 3

Распределение качества жизни пациентов по системе IPSS до лечения

IPSS	Группа А	Группа В	Всего
Тяжелая степень (20-35 баллов)	15 (22%)	14 (21%)	29 (43%)
Средняя степень (8-19 баллов)	7 (10%)	8 (12%)	15 (22%)
Легкая степень (до 7 баллов)	12 (17,5%)	12 (17,5%)	24 (35%)

Таблица 4

Региональный кровоток в предстательной железе после лечения

Показатель	Группа А	Группа В	Всего
Гиперемический тип	5 (7,4%)	3 (4,4%)	8 (11,8%)
Ишемический тип	7 (10,3%)	2 (2,9%)	9 (13,2%)
Смешанный тип	3 (4,4%)	1 (1,5%)	4 (5,9%)
Неизменное сосудистое русло	19 (27,9%)	28 (41,2%)	47 (69,1%)

Группа А Группа В

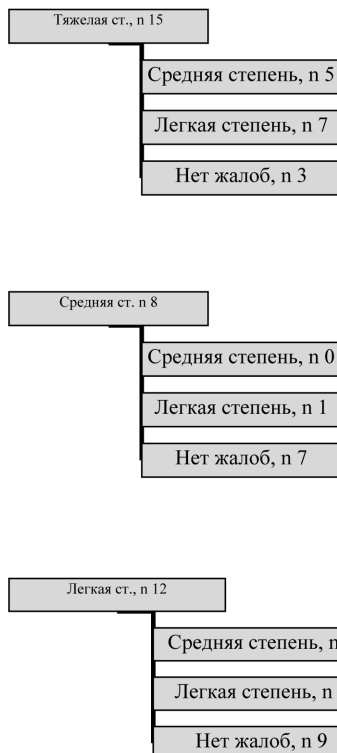


Рис. 1. Оценка качества жизни исследуемых больных

ших жалоб, в группе В превышало таковое в группе А более чем в 2 раза (31 и 14 человек соответственно).

По данным ТРУДС предстательной железы, нормализация кровообращения в предстательной железе преобладала у пациентов группы В (табл. 4).

Более наглядно изменения васкуляризации представлено на рис. 2, 3.

Группа А (ТРУДС)

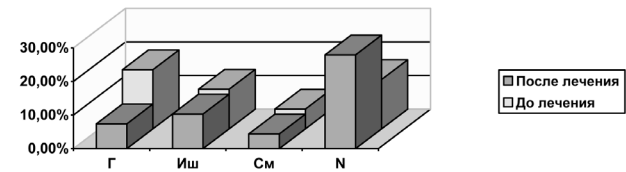


Рис. 2. Изменения васкуляризации предстательной железы в группе А после санаторно-курортного грязевого лечения

Группа В (ТРУДС)

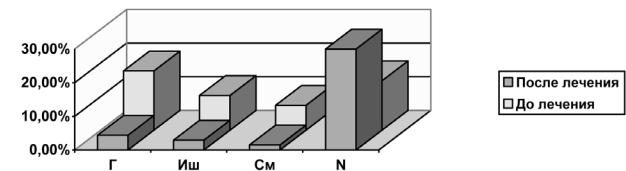
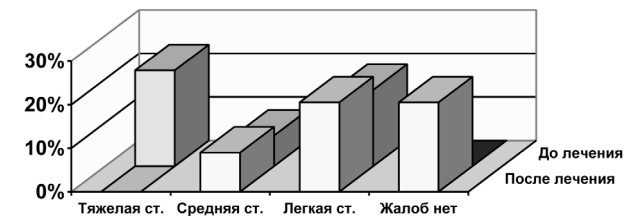


Рис. 3. Изменения васкуляризации предстательной железы в группе В после санаторно-курортного грязевого лечения

Группа А (IPSS)



Группа В (IPSS)

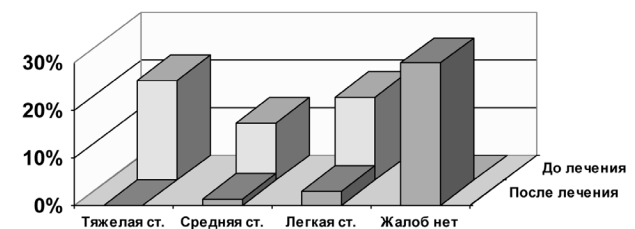


Рис. 4. Показатели качества жизни больных ХП после грязевого санаторно-курортного лечения

Как видно из данных рис. 2, 3, у пациентов, получавших только медикаментозную терапию, нормализации кровотока при ишемической и смешанной формах нарушения васкуляризации практически не отмечалось. Ишемический тип васкуляризации был выявлен у 8 пациентов (12%) до лечения и у 7 пациентов (10,3%) после лечения; смешанный тип васкуляризации до начала лечения был выявлен у 3 больных (4,4%) и у 4 (6%) после лечения. При этом медикаментозная терапия была достаточно эффективной при гиперемическом типе сосудистой реакции 12 мужчин (17,5%) до лечения и 5 (7,4%) – после. В группе В результаты комплексной терапии выглядели гораздо более впечатляюще. Количество больных при гиперемическом, ишемическом и смешанном типе сосудистых нарушений снижалось с 12 (17,5%), 7 (10%), 5 (7%) пациентов до 3 (4,4%), 2 (2,9%), 1 (1,5%) соответственно.

При сравнении данных по системе IPSS и динамики васкуляризации очевидна корреляция между оценкой качества

жизни пациентов и результатами ультразвуковой ангиографии в одноименных группах.

ВЫВОДЫ

1. При сравнении результатов комплексного (в сочетании с пелоидотерапией) и медикаментозного лечения отмечается высокая степень корреляции между оценкой качества жизни пациентов по системе IPSS и результатов ультразвукового исследования.

2. Применение пелоидотерапии в сочетании с традиционным медикаментозным лечением повышает эффективность лечения в 2,6 раза.

3. Сочетанное воздействие пелоидотерапии и аллопатического лечения эффективно при лечении нарушений всех видов васкуляризации хронического простатита.

4. Медикаментозное лечение особенно эффективно для купирования гиперемических форм хронических простатитов. В отношении ишемических и смешанных форм васкуляризации изолированная медикаментозная терапия не дает ожидаемых результатов.

УДК 616.65-002.2-008.8-078.7

Ефекти цитокінів еякуляту на показники патоспермії у хворих на хронічний абактеріальний простатит, ускладнений ексреторно-токсичним непліддям

Г.М. Драннік, І.І. Горпинченко, Т.В. Порошина, К.Р. Нуріманов, В.С. Савченко, Л.І. Добровольська, І.І. Тарасова

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Узагальнені результати дослідження ELISA-методом на STAT-FAX 303 Plus концентрацій цитокінів у сім'яних плазмах 136 хворих на хронічний абактеріальний простатит. Установлено, що порушення функціонального стану клітин, які продукують в еякуляті цитокіни, є складовою формування ексреторно-токсичного непліддя. Показники патоспермії корелюють з концентрацією TGF- β , IL-17 і VEGF в еякуляті.

Ключові слова: хронічний простатит, імунітет, цитокіни, фертильність.

Поширеність хронічного простатиту у всьому світі є високою та має тенденцію до збільшення. Відсутність комплексних досліджень з питань етіологічного спектра, топічної діагностики, лікування та профілактики їх рецидивів визначають доцільність виконання науково-дослідних робіт з урахуванням новітніх даних сучасної імунології.

Центральне місце у регуляції запальної і імунної реактивності на локальному і системному рівнях посідає цитокинова мережа. За допомогою цитокінів регулюється характер, глибина та тривалість запалення як складової імунологічних реакцій, вони є медіаторами всіх трьох типів тканинних процесів при запаленні – ексудації, альтерації та проліферації, деякі з цитокінів при хронічному запаленні можуть виступати основою формування фіброзу та склерозу тканин [5]. Важливо, що продукція цитокінів при запаленні забезпечується

не тільки «запальними» макрофагами, Т-хелперами (Th), Т-регуляторними (Treg) клітинами, але й епітеліальними, фібробластними клітинами, ендотеліоцитами 2-го типу, насамперед, посткапілярних венул ушкодженого органа. Так, встановлено, що епітеліальні клітини передміхурової залози (ПЗ) експресують Toll-like-рецептори (TLR) [8] та рецептори цитокінів [2]. Відомо, що після взаємодії TLR з конкретними групами асоційованих з патогенами молекулярних патернів (PAMP) відбувається передача в клітину активаційного сигналу, результатом чого є, насамперед, синтез прозапальних цитокінів [4]. Ураховуючи, що в епітеліальних клітинах ПЗ виявлена mRNA інтерлейкінів (IL)-1, -4, -6, -8, -13, фактора некрозу пухлин-альфа (TNF- α), трансформіноного фактора росту-бета (TGF- β); в стромальних клітинах – mRNA IL-1, -6, -8, -13, TNF- α , TGF- β [11], можливою є участь простатичних клітин в каскадних цитокін-опосередкованих реакціях та процесах, що супроводжують хронічний перебіг захворювання та порушення репродуктивної компоненти статевої функції при мінімальній кількості імунокомпетентних клітин in situ ПЗ. Продукцентами цитокінів є також тестікулярні клітини Лейдига, клітини Сертолі, перитубулярні і епітеліальні клітини придатків яєчка, сім'яних пухирців, залоз Купера [2]. Біологічне значення ефектів цитокінів еякуляту на сперматозоїди не з'ясовано.

Мета дослідження: визначення патогенетично значущих