

К вопросу об этиопатогенетической терапии синдрома хронической тазовой боли

В.Р. Пепенин, Ю.В. Кукурекин, С.В. Пепенин, С.В. Сердюк

Луганское отделение Ассоциации сексологов и андрологов Украины

При хронической тазовой боли проводили исследования, направленные на выявление воспалительных процессов в органах малого таза, – ультразвуковое, традиционные анализы секрета предстательной железы, а также иммуноферментные анализы крови и ПЦР на микрофлору. Патогенетическую терапию хронических простатовезикулитов осуществляли с применением препарата гафлос на фоне лазерной ректальной терапии, биотканевой и введением свечей с гафлосом чрез 12 ч, что помогало поддерживать высокую терапевтическую концентрацию препарата в крови. Высокая эффективность обусловлена параллельным применением свечей с гафлосом. Купирование болевого синдрома наблюдали через 5–10 дней комплексной патогенетической терапии. Копулятивная функция восстанавливалась по мере купирования болевого синдрома и явлений воспаления в пораженных органах.

Ключевые слова: хронический простатовезикулит, гафлос, синдром хронической тазовой боли, болевой синдром.

Хронический простатовезикулит часто сопровождается болевым синдромом различной выраженности, который обозначается как синдром хронической тазовой боли [2, 4, 5], хотя причинным фактором его могут быть и другие болезненные состояния [10]. Диагностика предусматривает выявление скрытых инфекций, передающихся половым путем [6], что обеспечивает возможность этиопатогенетической терапии. Эта патология может вызывать расстройства сексуального здоровья – эректильную дисфункцию, ускоренную эякуляцию и других фаз копулятивного цикла, а также мужское бесплодие [4].

Основными критериями для назначения антибактериальной терапии являются индивидуальные показатели бактериологического исследования секрета предстательной железы [15], ИФА и ПЦР, на TORCH-инфекции. К причинным факторам хронического бактериального простатита относят грамотрицательные бактерии, в первую очередь *E.coli*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, реже – грамположительные – *Enterococci*, *Staphilococci*, *Streptococci* [12]. При выборе антибактериального средства следует 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 следует использовать в качестве базисной терапии [1].

Особую сложность при лечении представляют те случаи воспалений предстательной железы, когда они сочетаются с поражением семенных пузырьков, часто сопровождающихся боле-

вым синдромом различной степени выраженности [3, 13] в подздошных областях колющего или давящего характера с одной (односторонний везикулит) или обеих сторон (двусторонний везикулит). Могут наблюдаться боль и рези при семяизвержении, изменение состава эякулята, повышение температуры тела. Патоспермия при этом нередко является причиной мужского бесплодия, трактуемого как экскреторно-токсическая форма.

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 лекарственных 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].

Цель исследования: оценка эффективности фторхинолонового средства IV поколения гафлос в комплексной терапии обострений хронических простатовезикулитов и везикулитов с применением препарата *per os*, на фоне ректальной лазерной терапии предстательной железы и семенных пузырьков и применяемых местно свечей с гафлосом (330 мг).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 36 пациентов (основанная группа) в возрасте 22–52 года с помощью стандартного урологического исследования – осмотр наружных половых органов, пальцевой ректальный осмотр, анализы мочи, секрета предстательной железы, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, иммуноферментного исследования крови на микрофлору до и после комплексного лечения. Также диагностику осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) – из мочеиспускательного канала и эякулята.

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 УЗИ предстательной железы и семенных пузырьков. Выявленные поражения простаты и семенных пузырьков в виде серозных везикулитов с болевым синдромом той или иной степени выраженности ((хроническая тазовая боль) сопровождалась нарушениями копулятивной функции – эректильной дисфункцией и ускоренной эякуляцией. При УЗИ органов малого таза серозные воспаления семенных пузырьков определялись в виде растянутых, увеличенных образований с одной или обеих сторон, 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 ее доли и утолщением капсулы на стороне поражения. В секрете предстательной же-

Динамика объективных показателей после лечения в основной группе

УЗИ органов малого таза: отсутствие данных о наличии обострения простатозекулита	УЗИ органов малого таза: имеются данные о наличии простатозекулита	Лабораторные данные: отсутствие инфекции	Лабораторные данные: наличие инфекции
30 (83,3%)	6 (16,7%)	34 (94,4%)	2 (5,6%)

Таблица 2

Динамика объективных показателей после лечения в контрольной группе

УЗИ органов малого таза: отсутствие данных о наличии обострения простатозекулита	УЗИ органов малого таза: имеются данные о наличии простатозекулита	Лабораторные данные: отсутствие инфекции	Лабораторные данные: наличие инфекции
26 (68,4%)	12 (31,6%)	30 (78,9%)	8 (21,1%)

лезы обнаруживалось увеличенное содержание лейкоцитов (до 1/2 и более поля зрения), уменьшение числа лецитиновых зерен, та или иная микрофлора – *U. ureaplasma*, *V. gardnerella*, *G. mycoplasma*, *E. coli*, *proteus*, *S. aureus*, *S. pyogenes*.

Применяли схему терапии, направленную на купирование воспалительного процесса путем: проникновения антибактериального препарата гафлокс в ткани – пероральный прием 400 мг препарата на фоне лазерной ректальной терапии в течение 10 дней, свечи с гафлоксом на ночь ректально № 10. Кроме того, вводили простатилен, алоэ.

Контрольная группа – 38 пациентов (в возрасте 26–54 года) – получали гафлокс внутрь 400 мг один раз в день, биотканевую и лазерную терапию. Свечи – уросепт по одной свече два раза в день в течение 10 дней.

Оценку эффективности лечения проводили на основании клиничко-лабораторных данных после 10 дней терапии по описанной выше 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 предстательной железы, изменения при УЗИ органов малого таза.

Эффективность лечения признана 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 УЗИ предстательной железы и семенных пузырьков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате обследования 36 пациентам основной группы, у которых были выявлены обострения хронических бактериальных простатозекулитов, наличие серозных везикулитов подтверждалось данными УЗИ органов малого таза [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 уменьшение выраженности боли в области промежности, подвздошных областях, рези при мочеиспускании, чувства дискомфорта в половых органах. Через 10 дней по окончании комплексного лечения патологических состояний, «стержнем» которого являлся антибактериальный препарат гафлокс и ректально вводимые свечи с гафлоксом, субъективное улучшение отметили 33 пациента (94,4%). Быстрый клинический эффект достигался,

по нашему мнению, воздействием данного лекарственного средства с длительным периодом элиминации в плазме крови (7–14 ч) при приеме первых 400 мг гафлокса и через 12 ч введением ректально свечей с этим же препаратом.

Это создавало: а) эффект «ударной дозы» на протяжении, практически, всего периода лечения, а также сохранение высокого уровня препарата в крови и тканях за счет вводимого гафлокса в свечах через 12 ч после приема его внутрь; б) достаточную терапевтическую эффективность по отношению к грамотрицательным и грамположительным микроорганизмам; в) усиление действия препарата гафлокс лазерной ректальной терапией проверенными уже многими годами использования в практике аппарата ЛУ («Аппамед», Киев); г) потенцирование терапевтического эффекта использованием свечей с гафлоксом.

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 мужчин и их семей, что и является моделью конечных результатов терапии каждого пациента с нарушенной сексуальной функцией вследствие хронических простатозекулитов и их обострений (и не только).

Изменения объективных данных в основной и контрольной группах представлены в табл. 1 и 2.

Представленные в табл. 1 и 2 данные свидетельствуют о достаточно значимых позитивных изменениях при УЗИ в основной группе – 83,3% (отсутствие изменений, характерных для серозных и гнойных везикулитов, в предстательной железе) и лабораторных данных – 94,4% (уменьшение числа лейкоцитов в эякуляте значительно), которые полностью соответствовали субъективному состоянию пациентов после лечения. В контрольной группе результаты были более скромными.

ВЫВОДЫ

1. При хронической тазовой боли следует проводить исследование на возможное наличие обострений хронических простатозекулитов или серозных и гнойных везикулитов.
2. Лечение должно быть комплексным и включать в качестве обязательного компонента антибактериальный препарат.
3. Целесообразно использование для этого фторхинолона IV поколения гафлокс на фоне лазерной и иммунной терапии с обязательным введением свечей с гафлоксом через 12 ч.
4. Купирование болевого синдрома вполне возможно при таком лечении в течение 5–10 дней.
5. Параллельно с этим, восстанавливается копулятивная функция и улучшается качество жизни семьи.

До питання етіопатогенетичної терапії синдрому хронічного тазового болю

В.Р. Пепенін, Ю.В. Кукурєкін, С.В. Пепенін, С.В. Сердюк

У разі хронічного тазового болю проводили дослідження, спрямовані на виявлення запальних процесів в органах малого тазу – ультразвукове, традиційні аналізи секрету передміхурової залози, а також імуноферментні аналізи крові та ПЛР на мікрофлору. Патогенетичну терапію хронічних простатовезикулітів здійснювали із застосуванням препарату гафлоск на тлі лазерної ректальної терапії, біотканинної і введенням свічок з гафлоском через 12 год, що допомагало підтримувати високу терапевтичну концентрацію препарату в крові. Висока ефективність зумовлена паралельним застосуванням свічок з гафлоском. Купірування больового синдрому спостерігали через 5–10 днів комплексної патогенетичної терапії. Копулятивна функція відновлювалася у міру купірування больового синдрому та явищ запалення в уражених органах.

Ключові слова: хронічний простатовезикуліт, гафлоск, синдром хронічного тазового болю, больовий синдром.

The question of etiopathogenetic therapy chronic pelvic pain syndrome

V.R. Pepenin, Y.V. Kukurekin, S.V. Pepenin, S.V. Serduk

In chronic pelvic pain conducted studies aimed at identifying inflammation in the pelvic organs, ultrasound, traditional analyzes of prostate secretion, also linked immunosorbent assays and PCR on blood microflora. Pathogenetic therapy of chronic prostatitis – vezikulita performed using the drug on a background gafloks rectal laser therapy, and introduction biotkanevoy candles with gafloksom through 12:00, which helped to maintain a high therapeutic concentration of drug in the blood. The presence of a high performance parallel application associate candles with gafloksom. Relief of pain was observed after 5–10 days complex pathogenetic therapy. Copulatory function recovered as relief of pain and inflammation phenomena in the affected organs.

Key words: chronic prostatitis-like vesicles, gafloks, chronic pelvic pain syndrome, pain syndrome.

Сведения об авторах

Пепенін Владимир Разумникович – ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, 1;

Кукурєкін Юрий Васильевич – Луганское отделение Ассоциации сексологов и андрологов Украины, 91031, г. Луганск, ул. Курчатова, 10. E-mail: kukurekin-uv@mail.ru

Пепенін Сергей Владимирович – Луганская областная клиническая больница, 91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, 14; тел.: (0642) 77-04-27

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И. /Горпинченко И.И., Бойко Н.И. /Осложненный урогенитальный хламидиоз //Здоровье мужчины, 2002. – № 2.
2. Горпинченко И.И. /Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. /Препарат Фромилід в комплексной терапии хронического урогенитального хламидиоза //Здоровье мужчины, 2004. – № 3.
3. Горпинченко И.И. /Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. /Изучение клинической эффективности альфа-один аденоблокатора терарозин у мужчин при синдроме хронической тазовой боли //Здоровье мужчины, 2005. – № 3.
4. Гурженко Ю.Н. Клиническое изучение эффективности использования препарата Зиквин в терапии урогенитального хламидиоза // Здоровье мужчины, 2005. – № 3. – С. 183–186.
5. Виненцов Ю.А. /Виненцов Ю.А., Грачев Р.А., Золочевский С.А., Виненцов А.Ю. /Лечение хронического простатита с болевым синдромом/ Тезисы научных трудов Всероссийского Конгресса по андрологии, Сочи, 2007. – 70 с.
6. Дергачев А.Н. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов. – М.: Изд-во РУДН, 1995.
7. Калинина С.Н. /Калинина С.Н., Александров В.П., Тиктинский О.Л./ Этиологические и эпидемиологические особенности простатитов, везикулитов, эпидидимитов, обусловленных урогенитальной скрытой инфекцией и осложненных нарушением половой функции //Мужское здоровье / Материалы конференции, М., 2003.
8. Коган О.С. /Коган О.С., Власенко Л.Ю., Семаков Д.В., Романенко Д.В. – К лечению хронического простатита/Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье», М., 2003. – 34 с.
9. Кукурєкін Ю.В. /Кукурєкін Ю.В., Гудзенко А.П. Нарушения сексуального здоровья. Патогенетическая терапия. – Луганск, 2007.
10. Лямин Б.А. /Лямин Б.А., Сивков А.В., Аполихин О.И., Ощепков В.Н., Дарий Е.В. Комплексный подход в лечении больных хроническим инфекционным простатитом/ Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье». – М., 2003. – 39 с.
11. Мазо Е.Б. /Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Касаткина Л.Ф., Школьников М.Е., Попов С.В./ Нервно-мышечная дисфункция тазового дна как возможная причина синдрома хронической тазовой боли при хроническом бактериальном простатите / Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье», М., 2003. – 44 с.
12. Митьков В.В. /Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в 2-х томах – М.: Видар, 1999, № 1. – С. 39–126.
13. Пасечников С.П. /Пасечников С.П., Митченко Н.В./ Применение Цифрана ОД в лечении острого неосложненного пиелонефрита // Здоровье мужчины, 2004. – № 3. – С. 107–110.
14. Пепенін В.Р. /Пепенін В.Р., Кукурєкін Ю.В., Акулинін В.Н./ Интенсивная терапия синдрома хронической тазовой боли, обусловленной хроническим везикулитом// Здоровье мужчины, 2006. – № 1. – С. 57–61.
15. Пепенін В.Р. /Пепенін В.Р., Кукурєкін Ю.В., Акулинін В.Н., Гонцов Ю.В./ Хронические везикулиты как причина бесплодия / Современная терапия //Здоровье мужчины, 2007. – № 2. – С. 399–201.
16. Степаненко В.І. /Степаненко В.І., Літус О.І./ Поліетіологічні чинники і поліпатогенетичні механізми розвитку хронічного інфекційного простатиту/ Клінічний перебіг, ускладнення, діагностика, раціональна терапія //Здоровье мужчины, 2006. – № 1. – С. 79–88.

Статья поступила в редакцию 17.02.2014