

Лечение больных хроническим абактериальным простатитом с нарушением фертильности

Treatment of the patients with chronic abacterial prostatitis and fertility disturbances

Sh.R. Satibaldiev,
E.Sh. Satibaldiev, V.V. Evdokimov

Chronic prostatitis (CP) stays at the first place in the structure of the inflammatory diseases of the genital sphere in men. Incidence of the CP in general population is 9%, in the structure of the urological consultations – 35%. CP is a disease presenting with frequent disturbances of the fertility.

86 patients with the age of 18-55 (mean 35 years) years old with abacterial CP (CAP) in the remission phase were investigated. Disease duration was 2-8 years. All patients were divided among 2 corresponding groups (56 and 30 patients – main and control groups, correspondingly) according to the clinical signs and severity of the fertility dysfunction. Pathospermia was noticed in ejaculate in the form of permanent oligoasthenozoospermia. Rehabilitation measures in the main group included physiotherapy and balneotherapy: sinusoid-modulated currents sacroabdominally; mud applications; coniferous-salt bathes, physical therapy, prostate massage; ultraviolet exposure of the autoblood, psychotherapy and medications when needed. Control group patients received medication therapy without rehabilitation.

As the result of the therapy it could be stated that rehabilitation complex was more effective. Prominent differences were related to the concentration, motility and normality of the spermatozooids. Spermatozoid concentration in the main group was 13% higher, in control – 2% higher compared to the initial state, active motility was 22% and 8% higher, correspondingly, normal forms concentration increased at 14% in both groups.

Drawing a conclusion, complex treatment of the CP accompanied with fertility disturbances increase the fertility of the ejaculate and could be recommended for the treatment of CP with pathospermia.

Ш.Р. Сатыбалдыев¹, Е.Ш. Сатыбалдыев¹, В.В. Евдокимов²

¹Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения, Бишкек

²НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России

Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний органов мужской половой системы. Частота встречаемости ХП в общей популяции составляет 9%, а по обращаемости к урологу по поводу ХП – около 35% [1, 2]. ХП одно из наиболее распространенных урологических заболеваний, сопровождающееся нарушением репродуктивной функции, так как длительно протекающий воспалительный процесс, приводит к изменению гемодинамики и застойным явлениям в железе, и нарушению секреторной функции предстательной железы (ПЖ) [3, 4].

Наиболее распространенной формой ХП (более 80%) является невоспалительный ХП III Б по общепринятой классификации, предложенной национальным институтом здоровья США.

Особенностью данного заболевания является то обстоятельство, что оно широко распространено в популяции молодого возраста, влияет на качество жизни мужчины и создает тем самым проблему не только медицинской направленности, но и социальной. На фоне существующей тенденции снижения рождаемости проблема мужской фертильности заслуживает постоянного внимания клиницистов и исследователей [5-8].

Причиной заболевания так же часто являются нарушений в нейроэндокринной и иммунной системах. Эти нарушения в значительной мере

определяют хроническое течение воспалительного процесса в ПЖ [9, 10]. В этой связи не вызывает сомнения, что полноценное лечение больных ХП III Б составляет важную практическую задачу урологии. Эффективность лечения зависит от многих факторов, связанных с возрастом пациента, стадией заболевания и является комплексным и индивидуальным с учетом особенностей каждого больного. Методы комплексной терапии включают физиотерапевтические воздействия с использованием специальной аппаратуры. По показаниям больных направляют на санаторно-курортное лечение, где часто используют грязелечение, различного рода ванны: солевые, хвойные и др. Разнообразие подходов к лечению больных ХП, в том числе абактериального, свидетельствует о том, что эта проблема также сохраняет актуальность и в широком медико-социальном плане [11-13].

Цель работы – оценка эффективности медицинской реабилитации больных хроническим абактериальным простатитом с репродуктивной дисфункцией и использованием различных физиобальнеопроцедур наряду с традиционной терапией в условиях специализированного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 86 больных хроническим абактериальным простатитом в фазе ремиссии с нарушениями репродуктивной функции в возрасте

от 18 до 55 лет (средний возраст 35 лет). Длительность заболевания составляла от 2 до 8 лет, в среднем – 3,5 года. Больные находились в течение 20 – 24 дней в урологическом отделении Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения г. Бишкека.

Больные были разделены на две сопоставимые группы, по клиническим признакам и выраженности нарушений репродуктивной функции. В той и другой группе отмечено снижение либидо: в I группе у 30 человек (53%), во II – у 7 человек (23%). Расстройство эякуляции по типу ускоренного семяизвержения наблюдалось приблизительно в равном числе случаев: в I группе у 28 пациентов (50%), во II группе – у 14 (46%). В анализах эякулята отмечена патоспермия. До и после проводимого лечения все пациенты подвергались урологическому обследованию: пальцевое ректальное исследование предстательной железы; УЗИ ПЖ проводили на аппарате «Aloka SSD-630» линейным и секреторным датчиком. Осуществляли также микроскопию секрета ПЖ. Сперматогенез оценивали согласно рекомендациям ВОЗ 4-го издания [14].

Для оценки жалоб пациента и исследования анамнестических данных использовали анкету, содержащую 10 вопросов, определяющих состояние либидо, эрекции, оргазма, копуляции, включая самооценку этих компонентов половой функции. Использовали метод реографии с применением прямокишечного активного электрода для изучения гемодинамики предстательной железы и кровообращения кавернозных тел.

Больным I-й группы назначали следующий лечебно-реабилитационный комплекс:

- синусоидально модулированные токи (СМТ) по сакроабдоминальной методике от аппарата «Амплипульс 4» на надлонную и пояснично-крестцовую области, по 5 минут, длительность посылки импульса и паузы 2:3, через день, 8 сеансов;

- грязевые аппликации через день, 8 сеансов;
- хвойно-солевые ванны продолжительностью 10 минут, через день, 8 сеансов;
- лечебную физкультуру (ЛФК) – ежедневно, 8 сеансов;
- массаж ПЖ, 8 сеансов через день;
- ультрафиолетовое облучение (УФО) аутокрови, 7 сеансов;
- медикаментозная терапия (обезболивающие и противовоспалительные препараты, ректальные свечи с простатином, ректальные грязевые тампоны);
- курс психотерапии.

Всем больным 2-й группы назначали только медикаментозную терапию, включающую обезболивающие противовоспалительные препараты без использования физиотерапевтических методик вышеуказанного лечебно-реабилитационного комплекса.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета STATISTICA 6. Полученные результаты представлены в виде средних арифметических значений параметров и их среднеквадратических ошибок. Достоверность различий полученных данных определяли по критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследованиями установлено, что 8% больных хроническим абактериальным простатитом первой группы указывали на малосимптомное течение заболевания, во второй группе этот показатель равен 6%. Боли отмечали 29 (51%) больных I-й группы и 10 (33%) больных 2-й группы. Чаще боли локализовались над лоном, в промежности, в паховых областях и яичках. Дизурия выявлена у 44% больных I-й группы и у 41% больных 2-й группы. Копулятивная дисфункция отмечена у 20 (35%) пациентов I-й группы и 7 (23%) пациентов 2-й группы. Психоэмоциональные расстройства в виде быстрой утомляемости, раздражительности, нарушения сна

отмечали у 27 (48%) и у 8 (26%) больных I-й и 2-й групп соответственно. В I-й группе при ректальном обследовании ПЖ болезненность определена у 87% больных, увеличение размеров ПЖ – у 58% больных. Во 2-й группе при ректальном обследовании ПЖ болезненность определена у 83% больных, увеличение размера ПЖ – у 41% больных. Ультразвуковая картина ПЖ у пациентов обеих групп характеризовалась диффузными изменениями, застоем секрета в альвеолах железы и чаще всего они носили умеренно выраженный характер.

При исследовании эякулята увеличение вязкости выявлено у 31 (55%) больных I-й группы и 9 (30%) 2-й группы. Олигозооспермия выявлена у 26 (46%) и 9 (30%) I-й и 2-й групп соответственно, а астенозооспермия различной степени выраженности – у 30 (53%) и 9 (30%) больных соответствующих групп.

В результате проведенного курса терапии установлено, что применение разработанного лечебно-реабилитационного комплекса повышает эффект лечения по сравнению с только традиционной медикаментозной терапией, применяемой для лечения больных невоспалительной формой хронического абактериального простатита. Клиническая симптоматика оценивалась на основании жалоб пациента, температурной кривой, лейкоцитоза секрета простаты, результатов аппаратурных методов. Анализ клинических симптомов показал, что в I-й группе боли купировались у 27 (48%) больных, во 2-й у 6 (20%) ($p < 0,05$). Дизурия у больных I-й группы уменьшалась на 6-9-й день, исчезала на 12-14-й дни лечения, во 2-й группе уменьшение дизурии наблюдалось на 10-12-й день, ее исчезновение – на 12-15-й день.

В I-й группе усиление адекватных эрекции отмечено у 49% пациентов, во 2-й – у 36% ($p < 0,05$); нормализация либидо отмечена у 27% и 20% больных I-й и 2-й групп соответственно ($p < 0,05$); усиление оргазма у 6% в обеих группах. После курса

лечения больные отмечали улучшение общего состояния, нормализацию сна, снижение раздражительности. В 1-й группе произошло уменьшение психоэмоциональных расстройств на 18%, во 2-й – только на 4% ($p<0,01$).

Наиболее информативным показателем степени выраженности воспалительного процесса является количество лейкоцитов в поле зрения при микроскопическом исследовании секрета ПЖ. Динамика количества лейкоцитов в исследуемых группах представлена в таблице 1.

В 1-й группе после курса лечения число больных с нормальным уровнем лейкоцитов в секрете (не более 10) составило почти 70%, во 2-й – только 40% ($p<0,05$). Повышенное количество лейкоцитов в 1-й группе сохранилось у 30% больных, в контрольной – у 60% ($p<0,05$).

В результате проведенных реабилитационных мероприятий, включающий физиобальнеолечение, ЛФК, психотерапию, установлено, что применение предлагаемого комплекса лечения повышает его эффектив-

ность по сравнению с традиционной терапией.

У всех наблюдаемых больных отмечена положительная динамика: улучшение общего состояния, уменьшение болевого симптома, уменьшение дизурии, улучшение микроскопической картины секрета ПЖ, уменьшение вязкости спермы и положительную динамику эхографических показателей, по данным реографии – улучшение пульсового кровенаполнения органов малого таза, увеличение венозного оотока в простате. По данным реофаллографии отмечено улучшение венозной циркуляции, повышение тонуса сосудов, увеличена интенсивность кровотока кавернозных тел, что положительно отражалось на эректильной функции, подтверждаемой при анкетировании опросника.

При исследовании эякулята получены следующие результаты (табл. 2).

Отмечено незначительное повышение объема эякулята в обеих группах.

Более заметные различия по группам выявлены по параметрам

концентрации, подвижности и доли нормальных форм сперматозоидов ($p<0,05$).

Концентрация сперматозоидов у больных первой группы по сравнению с исходным уровнем повысилась на 13% ($p<0,05$), во второй – на 2%, активная подвижность – на 22% ($p<0,05$) и 8% соответственно, доля нормальных форм сперматозоидов увеличилась в обеих группах на 14%. При сравнении параметров эякулята после проведенного курса лечения можно выделить более высокую эффективность лечения в 1-й группе: концентрация сперматозоидов повысилась на 15% ($p<0,05$), активная подвижность – на 16% ($p<0,05$), доля нормальных форм сперматозоидов – на 52% ($p<0,01$) по отношению к таковому во 2-й группе.

Оценивая результаты лечения по такому критерию, как наступление беременности в супружеской паре, следует отметить преимущества комплексной терапии: беременность наступила у шести (11,3%) жен пациентов 1-й группы, и у двух (9,1%) жен пациентов 2-й группы.

Исходя из полученных данных, следует отметить, что комплексное лечение больных хроническим абактериальным простатитом с нарушением репродуктивной функции создает более высокий уровень фертильности эякулята, и позволяет рекомендовать его у этой категории пациентов, в том числе и при выявленной патозооспермии.

Таблица 1. Динамика количества лейкоцитов в секрете предстательной железы

Количество лейкоцитов в секрете ПЖ, в поле зрения	1-я группа Чел. (%)		2-я группа Чел. (%)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0-5	0	11(19,6%)	0	2(6,7%)
6-10	0	28(50%)	0	10(33,3%)
11-20	38(67,8%)	10(17,8%)	15(50%)	15(50%)
21-30	10(17,8%)	7(12,5%)	10(33,3%)	3(10%)
Больше 30	8(14,2%)	0	5(16,7%)	0

Таблица 2. Изменение параметров эякулята до и после лечения

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Объем эякулята	3,2±1,9	3,5±1,3	3,3±1,5	3,6±1,2
Концентрация сперматозоидов, млн/мл	29,6±7,5	33,5±6,1	28,2±5	29±6,4
Количество активноподвижных сперматозоидов, %	24,5±5,1	29,9±3,6	23,5±3,2	25,6±4,2
Доля нормальных форм сперматозоидов в 1 мл эякулята, %	34,1±4,8	39±3,2	22,3±5,4	25,5±4,4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что изучение состояния репродуктивной функции, а также психо-соматического статуса у больных хроническим абактериальным простатитом, осложненным нарушениями фертильности, и применение разработанного лечебно-реабилитационного комплекса с использованием физических факторов, ЛФК и психотерапии несомненно позволяет улучшить эффективность лечения и качество жизни пациента. ■

Резюме:

Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний органов мужской половой системы. Распространенность ХП в общей популяции составляет 9%, а по обращаемости к урологу – около 35%. ХП относится к заболеваниям, часто сопровождающимся нарушением репродуктивной функции.

Цель проведенной работы – оценка эффективности медицинской реабилитации больных хроническим абактериальным простатитом с нарушением фертильности с использованием различных физиобальнеопроцедур наряду с традиционной терапией в условиях специализированного стационара.

Были обследованы 86 больных хроническим абактериальным простатитом в фазе ремиссии с нарушениями репродуктивной функции в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 35 лет). Длительность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Больные были разделены на 2 сопоставимые по клиническим признакам и выраженности нарушений фертильности группы. В 1-ю (основную) группу вошли 56 пациентов, во 2-ю (контрольную) – 30 пациентов. В анализах эякулята отмечена патоспермия в форме устойчивой олигоастенотератозооспермии.

Лечебно-реабилитационный комплекс, назначаемый больным 1-й группы включал курс физио- и бальнеотерпии: синусоидально-модулированные токи по сакроабдоминальной методике; грязевые аппликации; хвойно-солевые ванны, лечебную физкультуру; массаж предстательной железы (ПЖ); ультрафиолетовое облучения аутокрови, курс психотерапии и медикаментозную терапию по показаниям. Больным 2-й группы назначали медикаментозную терапию без применения реабилитационного комплекса.

В результате проведенного курса терапии установлено, что применение разработанного реабилитационного комплекса повышает эффект лечения по сравнению с традиционной терапией. Заметные различия по группам выявлены по параметрам концентрации, подвижности и нормальных форм сперматозоидов. Концентрация сперматозоидов в 1-й группе повысилась на 13%, во 2-й – на 2%, активная подвижность – на 22% и 8% соответственно, доля нормальных форм сперматозоидов увеличилась в обеих группах на 14%. Исходя из полученных данных, следует отметить, что комплексное лечение больных хроническим абактериальным простатитом с нарушениями репродуктивной функции создает более высокий уровень фертильности эякулята, и позволяет рекомендовать этот комплекс для лечения этой категории пациентов, в том числе при выявленной патозооспермии.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, патоспермия, физиотерапевтическое лечение, бальнеологическое лечение, фертильность эякулята.

Key words: chronic abacterial prostatitis, pathospermia, physiotherapy, balneology, fertility of ejaculate.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М. 2006, 180 с.
2. Урология. Национальное руководство [Под ред. Лопаткина Н.А.]. М.: 2009. С. 965-990.
3. Евдокимов В.В. Фармакотерапия острого и хронического простатита. // Трудный пациент. 2010. Т. 8, N 6-7. С. 40-43.
4. Дорофеев С.Д., Кудрявцева Л.В., Хромов Р.А. Принципы сезонной профилактики обострений хронического простатита. // Экспериментальная и клиническая урология, 2013. N 4. С. 66-70.
5. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Демидко Ю.Л., Спивак Л.Г. Лечение хронического простатита как профилактика возможного развития аденомы предстательной железы. // Урология. 2012. N 2. С. 1- 4.
6. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э. Лечение хронического простатита у подростков. // Материалы 4 Всероссийской научно-практ. конф. «Рациональная фармакотерапия в урологии». М., 2010. С. 23-25.
7. Тер-Аванесов Г.В., Назаренко Т.А., Кулаков В.И. Фертильность мужчин в XXI веке. // Андрология и генитальная хирургия. 2000. N 1. С. 32-36.
8. Шахова М.А. Вспомогательные репродуктивные технологии в браке при мужском бесплодии: Автореферат дисс. ... д-ра .м.н., М., 2007. 46 с.
9. Монолов Н.К. Влияние бальнеологических факторов курорта Ыссык-Ата на фертильность больных хроническим простатитом: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2006. 21 с.
10. Разумов А.Н. Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. // Материалы Международного конгресса «Здравницы-2003», Кисловодск, 2003. С. 5-8.
11. Урпин М.В. Комплексная терапия в лечении хронического простатита с применением аппарата Аэлтис-синхро-02. // Материалы IX конгресса «Мужское здоровье», М., 2013. С. 118-119.
12. Назаров Т.Н., Новиков А.И., Михайличенко В.В., Ризоев Х.Х. Применение димексид-ферментной смеси в комплексной терапии хронического бактериального простатита у мужчин с нарушением фертильности. // Андрология и генитальная хирургия. 2001. N 4. С. 54- 57.
13. Неймарк А.И., Ноздрачев Н.А. Способы восстановления фертильности у больных хроническим абактериальным простатитом. // Материалы IX конгресса «Мужское здоровье», М., 2013. С. 55-56.
14. Руководство ВОЗ по исследованию эякулята человека. М., 2000, 183 с.



Витапрост®

15 лет

ЭКСПЕРТ
В ЛЕЧЕНИИ
ПРОСТАТЫ



РЕЗУЛЬТАТЫ УБЕЖДАЮТ!*

- снижает боль и дискомфорт
- улучшает качество жизни (по шкале NIH-CPSI)
- уменьшает объем предстательной железы
- не подавляет сексуальную активность

*По результатам простого слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования по изучению эффективности и безопасности препарата Витапрост®, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава (г. Москва)

ТЕПЕРЬ
И В ТАБЛЕТКАХ