Особенности течения хронического простатита на фоне комплексного лечения с применением озонотерапии

Ю.Ю. ВИННИК[1], В.И. ПРОХОРЕНКОВ, В.Г. НИКОЛАЕВ

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Clinical evaluation of the course of chronic urethrogenic prostatitis during combination treatment using ozone therapy

YU.YU. VINNIK, V.I. PROKHORENKOV, V.G. NIKOLAYEV

Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

Ключевые слова: хронический простатит, озонотерапия, система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите, сексуальная формула мужская.

Key words: chronic prostatitis, ozone therapy, a symptom rating system in chronic prostatitis, male sexual formula.

В настоящее время в России отмечается значительный рост заболевания хроническим простатитом (ХП) [1]. Увеличение количества пострадавших мужчин исследователи чаще связывают с ростом инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также нарушением ритма половой жизни, климатическими и социальными факторами. ХП ведет к значительному снижению трудоспособности, нарушению фертильной и генеративной функции [2]. Заболевание объединяет разные формы патологического процесса в простате, проявляющиеся воспалением железистой и интерстициальной ткани, протекающего в хронической форме [3]. Большое значение уделяется диагностическим критериям ХП. Жалобы пациентов с ХП характеризуются тремя разносторонними синдромами — болевым, дизурическим и сексуальным [4], что обусловливает пеструю клиническую картину и сложность ранней диагностики заболевания. Эти проявления, имеющие субъективный характер, ученые пытаются объективизировать и количественно выразить с помощью математических шкал.

За рубежом широко используются шкалы Международного индекса эректильной функции (IIEF) и оценки симптомов хронического простатита (NIH — CPSI), предложенные Национальным институтом здоровья (США) [4]. В то же время, несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении ХП, клинические проявления остаются недостаточно персонифицированными. Применяемые опросники имеют ряд существенных недостатков и достаточно громоздки.

В последнее десятилетие в нашей стране все чаще применяются система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП) и сексуальная формула мужская (СФМ), способствующие мониторингу состояния больных ХП и определению эффективности лечения [5, 6]. Однако в доступной литературе мы не нашли материалов об использовании данных анкет при лечении хронического простатита (ХП) с использованием озонотерапии.

Цель нашего исследования — изучение клинических проявлений ХП на фоне лечения с применением озонотерапии с помощью квантификационных шкал СОС-ХП и СФМ.

Проведено обследование 306 пациентов 22—35 лет (средний возраст 28,24±0,21 года), страдающих ХП, относящихся к возрастной группе мужчин первого периода зрелого возраста и постоянно проживающих в Красноярске. Все обследуемые проходили стационарное лечение ХП в уроандрологическом отделении Городской больницы №4.

Пациентам проводилась стандартная терапия ХП, которая включала антибиотик (таблетки левофлоксацин по 500 мг 1 раз в сутки 20 дней), простатопротекторы (свечи ректальные витапрост по 1

© Коллектив авторов, 2013

[1]e-mail: vinnik33@mail.ru

Таблица 1. **Частота выявления возбудителей ИППП и условно-патогенных микроорганизмов у больных ХП в зависимости от метода исследования**

Возбудитель	Метод выявления	Количество больных	
		абс.	%
Neisseria gonorrhoeae	Микроскопия	36	11,8
	Посев	50	16,3
Trichomonas vaginalis	Микроскопия	103	33,7
	Посев	155	50,7
Ureaplasma urealyticum T-960	ПЦР	51	16,7
Ureaplasma parvum	ПЦР	46	15
Mycoplasma genitalium	ПЦР	32	10,5
Mycoplasma hominis	ПЦР	38	12,4
Chlamidia trachomatis	ПЦР	87	28,4

Примечание. ПЦР — полимеразная цепная реакция.

свече на ночь — 20 дней; раствор простакор по 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки — 20 дней), α-адреноблокатор (таблетки тамсулозина гидрохлорид по 0,4 мг 1 раз в сутки — 20 дней), нестероидные противовоспалительные средства (таблетки нимесулид по 10 мг 1 раз в сутки — 10 дней), противопротозойный препарат (при выявлении *T. vaginalis* — таблетки орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки — 10 дней), вазоактивные препараты и витамины.

Следуя этиопатогенетическому обоснованию, мы включили в комплекс лечебных мероприятий ХП, ассоциированного с ИППП, два наиболее эффективных метода озонотерапии. Для приготовления озонсодержащих растворов использовали озонотерапевтическую установку УОТА-60-01 «Медозон». Физиологический раствор в количестве 400 мл предварительно озонировали, пропуская через него озонокислородную смесь до достижения концентрации озона в жидкости 4—6 мкг/мл, после чего вводили внутривенно пациенту. На курс лечения проводили 7 вливаний. Помимо этого, местно в прямую кишку применялись аппликации специально приготовленного озонированного масла в сочетании с массажем простаты (10 процедур). Эффективность терапии ХП оценивали до и через 30 сут после лечения с помощью ТРУЗИ простаты, анализа секрета простаты и эякулята, пальцевого ректального исследования, квантификационных шкал СОС-ХП и СФМ, лабораторных данных, объективного обследования.

На выделения из уретры жаловались 167 (54,6%) пациентов. При объективном обследовании у 107 (35%) мужчин, страдающих ХП, губки уретры были отечны, у 211 (69%) — гиперемированы, у 122 (39,9%) — вывернуты. При лабораторном исследовании уретрального отделяемого микроскопическим, бактериологическим и геномным методами у всех больных выявлены ИППП **(табл. 1)**. Чаще всего обнаруживались трихомонады у 155 (50,7%) пациентов, хламидии у 87 (28,4%) и уреаплазмы у 97 (31,7%) мужчин. После лечения наблюдалась полная элиминация ИППП.

В соответствии с анамнезом длительность заболевания ХП колебалась от 3 мес до 12 лет и в среднем составила 3,27±0,43 года. Продолжительность заболевания до 1 года встречалась у 89 (29,1%) пациентов, от 1 года до 3 лет — у 120 (39,2%), 3—5 лет — у 71 (23,2%), более 5 лет — у 26 (8,5%) мужчин. По социальному статусу больные ХП делились на следующие категории: рабочие — 33 (10,8%), студенты — 10 (3,3%), полицейские — 12 (3,9%), служащие — 94 (30,7%), частные предприниматели — 100 (32,7%), неработающие — 49 (16%), медицинские работники — 8 (2,6%). Из них 188 (61,4%) были женаты. Одного ребенка имели 83 (27,1%), двоих детей — 29 (9,5%) мужчин.

Характеристика мужской копулятивной функции до и после лечения ХП отражена в **табл. 2**.

Из **табл. 2** следует, что после лечения ХП в соответствии с балльной оценкой сексуальная функция у обследованных мужчин достоверно улучшилась и стала соответствовать средней статистической норме.

Проведенный нами анализ СОС-ХП выявил ряд особенностей, касающихся наличия, выраженности и изменчивости дизурического и болевого синдромов, а также качества жизни (КЖ) больных ХП. Характеристика болевого синдрома в зависимости от локализации представлена в **табл. 3**.

До лечения наиболее часто боль при ХП локализовалась в мочеиспускательном канале у 161 (52,6%) мужчины и промежности у 183 (59,8%). В то же время после окончания терапии ХП предпочтительных мест локализации болевого синдрома выявлено не было.

Анкета СОС-ХП позволила упростить выявление и анализ жалоб больных ХП, оценить симптомы заболевания, получить объективную характеристику всего многообразия клинических проявлений у конкретного мужчины.

При мониторинге терапевтических мероприятий у больных ХП анкета СОС-ХП продемонстрировала свою эффективность для контроля состояния пациентов и оценки результатов проводимого лечения. После заполнения все анкетные показате-

Таблица 2. **Характеристика сексуальной мужской функции до и после лечения ХП**

Показатель	До лечения, баллы	После лечения, баллы	*p*
I. Потребность в половых сношениях	3,06±0,05	3,28±0,04	<0,001
II. Настроение перед сношением	3,09±0,04	3,27±0,04	<0,001
III. Половая предприимчивость	2,97±0,04	3,12±0,04	<0,001
IV. Частота осуществления полового акта	3,09±0,04	3,27±0,04	<0,001
V. Эрекция полового члена	3,48±0,03	3,63±0,03	<0,001
VI. Длительность полового сношения	3,14±0,05	3,60±0,03	<0,001
VII. Частота половых отправлений	2,86±0,04	3,31±0,04	<0,001
VIII. Настроение после сношения	3,12±0,05	3,51±0,03	<0,001
IX. Оценка успешности половой жизни	3,02±0,05	3,36±0,04	<0,001
X. Длительность полового расстройства	3,30±0,07	3,30±0,07	—
Первая триада (I+II+III)	9,12±0,12	9,67±0,09	<0,001
Вторая триада (IV+V+VI)	9,71±0,09	10,52±0,07	<0,001
Третья триада (VII+VIII+ IX)	8,99±0,12	10,17±0,08	<0,001
Сумма показателей СФМ	31,13±0,36	33,66±0,25	<0,001

Таблица 3. **Локализация болевого синдрома у больных ХП до и после лечения**

Место расположения	До лечения		После лечения		*p*
	абс.	%	абс.	%	
Над лобком, в паху	68	22,2	38	12,4	<0,001
Половой член, мошонка	82	26,8	47	15,4	<0,001
Мочеиспускательный канал	161	52,6	42	13,7	<0,001
Промежность	183	59,8	43	14,1	<0,001
Задний проход, прямая кишка, крестец	115	37,6	42	13,7	<0,001

Таблица 4. **Характеристика болевого синдрома до и после лечения ХП**

Показатель СОС-ХП	До лечения	После лечения	*p*
I. Место локализации болевого синдрома:			
a) над лобком, в паху	0,22±0,02	0,12±0,02	<0,001
b) половой член, мошонка	0,27±0,03	0,15±0,02	<0,001
c) мочеиспускательный канал	0,53±0,03	0,14±0,02	<0,001
d) промежность	0,53±0,03	0,14±0,02	<0,001
e) задний проход, прямая кишка, крестец	0,38±0,03	0,14±0,02	<0,001
II. Связь болевого синдрома с эякуляцией:			
a) боль при эякуляции	0,29±0,03	0,11±0,02	<0,001
b) боль после эякуляции в областях локализации болевого синдрома (I)	0,22±0,02	0,008±0,02	<0,001
III. Периодичность болевого синдрома	2,62±0,07	1,18±0,06	<0,0001
IV. Интенсивность болевого синдрома	2,05±0,04	0,86±0,05	<0,0001

ли СОС-ХП были подвергнуты статистической и суммарной обработке. В первую очередь подсчитывали баллы, характеризующие болевой, дизурический синдромы, простаторею и КЖ.

Отмечено статистически значимое уменьшение болевого и дизурического синдромов ХП (снижение баллов в анкете СОС-ХП) **(табл. 4 и 5)**. КЖ у мужчин, страдающих ХП, улучшилось (снижение баллов в анкете СОС-ХП) **(табл. 6)**. Периодичность простатореи не изменилась.

Во вторую очередь определяли индекс симптоматики (ИС) ХП, характеризующий суммарную оценку баллов болевого, дизурического синдромов и простатореи **(табл. 7)**.

Последним рассчитывали КИ-ХП, который, помимо количественной, отражал качественную характеристику заболевания. В зависимости от степени выраженности клинических проявлений ХП подразделяется на незначительный (0—10 баллов), умеренный (11—25 баллов) или значительный (26—50 баллов).

Согласно полученным данным, во время лечения средние показатели КИ-ХП статистически достоверно уменьшились с 20,28±0,41 до 11,22±0,36 балла, что по принятой градации соответствует нижней границе умеренной степени ХП.

Таким образом, квантификационные шкалы СОС-ХП и СФМ позволяют стандартизировать

Таблица 5. **Характеристика дизурического синдрома до и после лечения ХП**

Показатель СОС-ХП	До лечения, баллы	После лечения, баллы	*p*
V. Частота возникновения ослабления струи мочи, прерывистого мочеиспускания или неполного опорожнения мочевого пузыря	1,59±0,10	0,83±0,07	<0,001
VI. Частота возникновения поллакиурии	1,20±0,10	0,59±0,05	<0,001
VII. Частота возникновения ноктурии	0,19±0,03	0,08±0,02	<0,001
VIII. Частота возникновения дриплинга	1,40±0,10	0,88±0,07	<0,001

Таблица 6. **Характеристика простатореи и КЖ мужчины до и после лечения ХП**

Показатель СОС-ХП	До лечения, баллы	После лечения, баллы	*p*
IX. Периодичность простатореи	0,57±0,07	0,55±0,07	<0,01
X. Влияние ХП на деловую активность	2,25±0,06	1,15±0,05	<0,001
XI. Частота размышлений о симптомах ХП	2,29±0,05	1,28±0,05	<0,001
XII. Личное отношение к проявлениям ХП	3,62±0,05	2,92±0,08	<0,001

Таблица 7. **Характеристика индекса отдельных синдромов, КЖ, симптоматики в целом и КИ-ХП до и после лечения**

Показатель СОС-ХП	До лечения, баллы	После лечения, баллы	*p*
Боль (I+II+III+IV)	7,17±0,11	2,93±0,14	<0,001
Дизурия (V+VI+VII+VIII)	4,39±0,30	2,38±0,18	<0,001
КЖ (X+XI+XII)	8,16±0,12	5,36±0,16	<0,001
ИС-ХП (боль+дизурия+IX)	12,13±0,32	5,86±0,23	<0,001
КИ-ХП (ИС-ХП+КЖ)	20,28±0,41	11,22±0,36	<0,001

проявления ХП и оценить эффективность терапии. После окончания комплексного лечения ХП с применением общей и местной озонотерапии нам удалось добиться симптоматического улучшения — снизить интенсивность болевого синдрома, уменьшить дизурические расстройства, улучшить сексуальную функцию и КЖ мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.* Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. Экспер и клин урол 2010; 1: 4—11.
2. *Сегал А.С.* Заболевания половой системы мужчин. М: Икар 2010; 324.
3. *Молочков В.А., Ильин И.И.* Хронический уретрогенный простатит. М: Медицина 2004; 288.
4. *Щеплева П.А.* Простатит. М: МЕДпресс-информ 2007; 232.
5. *Лоран О.Б., Сегал А.С.* Система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП). Урология 2001; 5: 16—19.
6. *Васильченко Г.С., Ботнева И.Л., Винник Ю.Ю. и др.* Общая сексопатология. Руководство для врачей. М: Медицина 2005; 512.