

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Кыргызская государственная медицинская академия

На правах рукописи
УДК 616-08-031.81-059; 616.65-002 (076.5)

Рысбаев Болотбек Асекович

**Клинико-лабораторная характеристика и эффективность
комплексной терапии больных хроническим бактериальным
простатитом**

14.00.40 – Урология

АВТОРЕФЕРАТ
**диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских
наук**

БИШКЕК – 2003

Работа выполнена на кафедре урологии Кыргызской государственной медицинской академии и Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Усупбаев Акылбек Чолпонкулович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Аюбаев Альбек Сагитович

кандидат медицинских наук
Кадыров Абдуллаат Саматович

Ведущая организация: Ташкентский институт
усовершенствования врачей
Республики Узбекистан

Защита состоится 7 июня 2003 г. в 10.00 на заседании диссертационного совета К14.02.195 при Кыргызской государственной медицинской академии по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

Автореферат разослан «___» _____ 2003 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

М.Б. Абдыкалыков

Список сокращений

АВР – активированное время рекальцификации
АКТ – аутокоагуляционный тест
АЧНЛ – абсолютное число нейтрофильных лейкоцитов
АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
ВМАТ – время максимальной агрегации тромбоцитов.
ВСАТ – внутрисосудистая агрегация тромбоцитов
ИСЛК – индекс сдвига лейкоцитов крови.
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации
ПИ – протромбиновый индекс
ПЖ – предстательная железа.
АБ-РОК – аутологичные розеткообразующие клетки
КЕ-РОК – комплексные розеткообразующие клетки
РБ-РОК – ранние розеткообразующие клетки
СЕ-РОК – стабильные розеткообразующие клетки
ТЕ-РОК – тотальные розеткообразующие клетки
СА-степень агрегации.
СРТА – средний размер тромбоцитарных агрегатов
ПСАТ – показатель спонтанной агрегации тромбоцитов
ПИАТ – показатель индуцированной агрегации тромбоцитов
РФМК – растворимые фибринмономерные комплексы
Фб – фибриноген.
ФСФ – фибринстабилизирующий фактор
Тфр – теофиллинрезистентные лимфоциты
Тфч – теофиллинчувствительные лимфоциты
ХП – хронический простатит
ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы
ЭБ – эритроциты барана.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Хронические простатиты – наиболее распространённое заболевание мочеполовой системы у мужчин репродуктивного возраста (И.Ф. Юнда, 1987; О. Л. Тиктинский, 1990; Б.У. Джарбусынов, 1991; В.Н. Ткачук, 2000; E Screponi et al., 2001).

Сложность патогенеза хронического простатита, многообразие субъективных и функциональных расстройств, неудовлетворительные результаты лечения, длительность течения, нарушение половой функции, психоэмоциональные расстройства определяют необходимость поисков новых подходов в диагностике и лечении хронического простатита (А.С. Кодкин, 1987; В.Н. Ткачук, 1987; М.М. Васильев и соавт., 1991; Е.Б. Мазо и соавт., 2001; T.D. Moon, 1997; W.L. Strohmaier, K.H. Bichler, 2000).

В связи с этим весьма важны способы лечения, направленные на основные патогенетические факторы заболевания: ликвидация инфекции, восстановление микроциркуляции и стабилизация иммунной системы (А.В. Амосов, 1989; Ц.К. Боржиевский, 1989; А.Р. Гуськов и соавт., 1997; А.И. Неймарк, А.А. Ломшаков, 2000; D. Canale et al., 1993; Y. Jia et all, 2001).

В настоящее время одним из перспективных и эффективных методов лечения хронических простатитов является лимфотропная терапия, обеспечивающая высокую регионарную концентрацию препаратов, улучшение оттока секрета предстательной железы.

В современной литературе немало данных о высокой эффективности эндолимфатической (прямой) терапии при лечении гнойно-воспалительных процессов различной локализации, онкологических, инфекционных заболеваний (Р.Х. Чилингилов, 1986; Ю.М. Левин и соавт., 1987; В.М. Буянов и соавт., 1990; С.У. Джумабаев, 1990; Я.М. Песин и соавт., 2000).

Литературные данные, посвященные изучению эффективности эндолимфатической и регионарной лимфотропной терапии при хроническом простатите немногочисленны, и касаются, в основном, клинической картины, ультразвуковой и бактериологической диагностики (МР. Долгий и соавт., 1987; М.А. Василевский и соавт., 1995; В.И. Александров, 1998).

Особого внимания заслуживает изучение факторов, приводящих к микроциркуляторным нарушениям, имеющих важное значение в развитии хронического простатита, при комбинированном применении регионарной лимфотропной терапии и модификаторов гемостаза, иммунной системы.

Однако некоторые аспекты изучаемого вопроса освещены недостаточно, а именно роль внутрисосудистых, гемореологических факторов в развитии хронического простатита. Вместе тем, значимость тромбоцитарного фактора в воспалительном процессе, внутренние механизмы активации тромбоцитов, приводящие к замедлению скорости кровотока, с применением нового методического подхода, метода корреляционной фотометрии, при хроническом простатите, позволяющего оценить величину образующихся агрегатов, контролировать степень нарушения проходимости сосудов, не изучены.

К тому же в литературе не имеется всестороннего исследования клинической картины, гемореологических, микроциркуляторных, иммунологических факторов у больных с хроническим простатитом под влиянием регионарной лимфотропной терапии. Практически отсутствуют исследования эффективности сочетанного применения регионарной лимфотропной терапии, модификаторов гемостаза и иммуномодуляторов.

Настоящие исследования позволят, с одной стороны, выявить активность воспалительного процесса при хроническом простатите, с другой – пути целенаправленного воздействия на патогенетические звенья заболевания.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных хроническим бактериальным простатитом путём комбинированного применения регионарной лимфотропной терапии, модификатора гемостаза и иммуномодулятора на основании оценки клиники, гемореологических, микроциркуляторных и иммунологических факторов.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние гемореологического и иммунного статуса у здоровых и больных хроническим бактериальным простатитом;
2. Изучить изменение клинико-лабораторных показателей у больных хроническим бактериальным простатитом при традиционном способе проведения антибактериальной терапии;
3. Выявить особенности функционального состояния тромбоцитов и иммунологического статуса при регионарной лимфотропной терапии;
4. Изучить клинико-лабораторные проявления хронического простатита под влиянием лимфотропной терапии на фоне применения модификатора гемостаза;
5. Оценить параметры гемостаза и иммунного статуса у больных хроническим простатитом при сочетанном использовании лимфостимуляции, модификатора гемостаза и модулятора иммунной системы.

Научная новизна:

1. Впервые применён новый методический подход, метод корреляционной фотометрии, позволяющий оценить изменения агрегабельности тромбоцитов, среднего размера образующихся агрегатов, активность воспалительного процесса, прогнозировать течение хронического простатита и эффективность медикаментозной терапии.
2. Представлена комплексная клинико-лабораторная характеристика хронического простатита и установлена эффективность комбинированного применения регионарной лимфотропной терапии, модификатора гемостаза и иммуномодулятора в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом. Показана роль внутрисосудистой активации тромбоцитов в развитии хронического простатита.

Практическая значимость

1. Установлено важное значение исследования микроциркуляторных, гемореологических, иммунологических факторов для диагностики,

определения степени активности воспалительного процесса и прогнозирования течения хронического простатита.

2. Применена методика исследования внутрисосудистой активации тромбоцитов, позволяющая контролировать степень проходимости сосудов и обеспечивать своевременную коррекцию микроциркуляторных расстройств в ходе лечения.

3. Включение комбинированной регионарной лимфотропной терапии и модификаторов гемостаза, иммунной системы в комплексное лечение больных хроническим простатитом повышает эффективность курса лечения, способствует ликвидации микроциркуляторных расстройств, полностью нормализует иммунный статус.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. У больных хроническим простатитом отмечаются выраженные расстройства микроциркуляции, гемореологии и иммунной системы. Обострение хронического простатита сопровождается активацией внутрисосудистых, тромбоцитарных факторов, что может быть одним из гемодинамических механизмов развития хронического простатита. Выявленный дисбаланс иммунного статуса проявлялся снижением количественных показателей Т-звена иммунитета, нарушением дифференцированности, функциональной принадлежности Т-лимфоцитов, увеличением количества В-лимфоцитов и подавлением их функциональной активности.

2. Выявлена зависимость микроциркуляторных, гемореологических факторов от течения хронического простатита, степени активности воспалительного процесса. В период обострения установлены активация гемореологического статуса, повышение среднего радиуса тромбоцитарных агрегатов, что является одним из микроциркуляторных механизмов развития хронического простатита.

3. Применение лимфотропной терапии в отдельности и в сочетании с модификатором гемостаза при комплексном лечении больных хроническим простатитом значительно повышает общую эффективность курса лечения, устраняет микроциркуляторные и застойные явления в предстательной железе, полнее купирует обострение воспалительного процесса, способствует нормализации иммунного статуса, но до нормы некоторые показатели Т-лимфоцитов не доходят.

4. Комбинированный метод лимфотропной терапии и модификаторов гемостаза, иммунной системы в комплексном лечении больных хроническим простатитом наряду с улучшением клинических, гемореологических проявлений болезни, полностью нормализует иммунный статус.

Внедрение результатов исследования в практику

1. Метод комбинированного применения регионарной лимфотропной терапии и модификаторов гемостаза, иммунной системы в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом внедрён в отделениях урологии №1 Национального госпиталя, ГКБ №1 и поликлиники Национального Центра кардиологии и терапии.

2. Новые сведения о роли внутрисосудистой активации тромбоцитов в развитии хронического простатита используются в учебном процессе кафедры урологии КГМА. По результатам исследования изданы методические рекомендации «Современные лабораторные методы в диагностике и лечении больных хроническим простатитом», (Бишкек, 2002).

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на VII международной конференции молодых учёных и студентов, Бишкек, 2001; на международной конференции урологов, Бишкек, 2001; на VIII международной конференции молодых учёных и студентов, Бишкек, 2002; на республиканском обществе урологов. Бишкек, 2003.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 статей и 1 методическая рекомендация.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 137 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, описания материала, методов исследования, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 22 таблицами, 26 рисунками. Библиография включает 193 источника отечественных и зарубежных авторов.

Материал и методы исследования

Общая характеристика обследованных больных

Обследовано 93 больных хроническим бактериальным простатитом в стадии обострения, находившихся на обследовании и амбулаторном лечении в НЦКиТ и урологического отделения Национального госпиталя.

Возраст больных составил от 18 до 50 лет, в среднем $33,5 \pm 1,49$ лет, 1,43 % составили пациенты до 20 лет, 37,7 % – от 20 до 30 лет, 43,47 % – от 31 до 40 лет, 17,4 % – от 40 до 50 лет.

Проанализирована давность заболевания: менее 1 года выявлена у 5,7 % больных, от 1 года до 5 лет – у 77 %, от 5 до 10 лет – у 17,3 %. При анализе места жительства больные распределились следующим образом: в городах проживали 27,6 %, а 72,4 % – в сельской местности.

Больные в период обострения предъявляли жалобы на боли в пояснично-крестцовой области, в яичках, под лоном, учащенное болезненное мочеиспускание, вялую эрекцию, преждевременную эякуляцию, раздражительность, нарушение сна.

При ректальном исследовании предстательная железа была болезненной в 83,3 % случаях, у 37,5 % больных она была увеличена, а у 70,9 % больных определялись значительные уплотнения.

Возбудителями заболевания у больных были кишечная палочка, стафилококк, протей, гемолитические стрептококки. Рост числа колоний в 1 мл секрета или в 1 мл мочи составлял от 50.000 колоний до 1.000.000.

Стафилококки выявлены у 62,8 % больных, кишечная палочка – 19,4 %, гемолитический стрептококк – 12,9 %, протей – 3,23 %, гарднерелла – 1,7 % больных.

В процессе работы обследованные больные хроническим простатитом были отнесены к бактериальным простатитам согласно Международной классификации (США, 1995).

По степени активности воспалительного процесса (Б.У. Джарбусынов, и соавт., 1996) обследованные больные составили:

- катаральная форма – отсутствие
- фолликулярная форма – 34,1 %
- паренхиматозная форма – 65,9 %

По тактике лечения больные были разделены на 2 группы:

- 1-ю группу (контрольную) составили 24 больных, которым антибиотики вводили внутримышечно.

- во 2-ю группу (основная) были включены 69 больных, которым был применён лимфотропный способ введения антибиотиков.

В свою очередь, больные 2 группы были разделены на 3 подгруппы:

- подгруппа 2а (28 человек) получала лимфотропную терапию.
- подгруппа 2б (21 человек) прошла курс регионарной лимфотропной терапии в сочетании с модификаторами гемостаза
- подгруппа 2в (20 человек) принимала модификаторы гемостаза, иммунной системы на фоне регионарной лимфотропной терапии.

Больные хроническим простатитом обследовались в период обострения (до лечения) и на 10-14 день после лечения.

Комплексное лечение больных включало: 1) антибактериальную терапию; 2) витаминно-физиотерапия; 3) восстановление микроциркуляции; 4) стабилизация иммунной системы; 5) рассасывающие средства; 6) массаж предстательной железы.

Для лимфотропной терапии нами выбрана паховая область. На проекции наружного отверстия пахового канала подкожно вводили антибиотик, разведённый в 4-5 мл новокаина, обладающий свойством уменьшать частоту и амплитуду сокращений лимфангиона. Следствием этого является уменьшение скорости распространения препарата в центральном направлении, проникновение большей его части в коллатеральные лимфатические сосуды, повышение диффузии в окружающие ткани и, следовательно, увеличение концентрации препарата в регионе введения.

Введение антибиотиков осуществляли с учётом антибиотикограммы 2 раза в сутки. Продолжительность антибактериальной терапии составляла 10 дней.

Учитывая значение нарушения кровообращения, роль сосудистого генеза в патогенезе хронического простатита, и комплексном лечении больных хроническим простатитом использован гемореологический препарат – пентоксифиллин. Пентоксифиллин улучшает реологические свойства крови за счёт его действия на патологически изменённую деформируемость эритроцитов, на способность крови к течению на всех

уровнях ветвления сосудистого русла, угнетения агрегаций тромбоцитов, уменьшения повышенной вязкости крови, положительного влияния на микроциркуляцию в области с нарушением кровоснабжения.

Пентоксифиллин применялся в дозе 0,2 г 3 раза в день внутрь в течение 14-21 дней.

Одним из перспективных путей в патогенетической терапии хронического простатита является коррекция возникающих нарушений иммунного статуса. Однако в литературе отсутствуют исследования, в которых отражены результаты иммуномодулирующей терапии больных хроническим простатитом при сочетанном использовании лимфотропной терапии и модификаторов гемостаза, иммунной системы:

Тимадин оказывает стимулирующее действие на регенераторные процессы при иммунодефицитных состояниях, а также применяется для профилактики простатитов вирусной и бактериальной природы.

Иммуномодулятор – тималин вводился 1 раз в сутки внутримышечно в дозе 0,01 г. Продолжительность лечения 10 дней.

Всем больным, поступившим на лечение, проводился следующий комплекс исследований, отраженных в табл. 1.

Таблица 1

Перечень лабораторных анализов

Наименование показателей	Методы исследования
1. Лабораторная диагностика 1.1. Показатели активности воспалительного процесса: - Лейкоциты секрета в п/эр - Лейкоциты секрета в 1 мкл - Абсолютное содержание нейтральных лейкоцитов - ИСЛК, ЛИИ	Общепринятым методом По унифицированным методам Расчётным путём
1.2. Исследование гемореологических показателей: - Количество тромбоцитов - Степень агрегации, показатели спонтанной, индуцированной агрегации, время максимальной агрегаций, внутрисосудистая агрегация, тромбоцитокрит - Метод корреляционной фотометрии – средний размер образующихся агрегатов - Гемостатические факторы (8 тестов)	На гемоанализаторе «Cobas Micros» – (Франция) На лазерном анализаторе «Analyser aggregation» – (Россия – Австрия) На лазерном анализаторе «Analyser aggregation» – (Россия-Австрия) По В. Л. Балуда и соавт., 1980
1.3. Иммунный статус (14 тестов)	По О. Maochini et al. (1964); A. Bovm (1968); M. Iondal et al. (1972); S. Gupta et al. (1976)
2. Бактериологическая диагностика	Общепринятым методом
3. Ультразвуковая диагностика	На аппарате «Алока-630» – (Япония)

Статистическая обработка полученных материалов проводилась с использованием стандартных статистических программ. Достоверность различий между показателями определялась с помощью критерия Стьюдента с использованием персонального компьютера «Pentium II».

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-лабораторная характеристика больных хроническим бактериальным простатитом.

Исследования показали, что клиническая картина хронического простатита в период обострения характеризовалась наличием болевого синдрома различной локализации (85,5%), дизурическими (74,2%), психоэмоциональными (5%), сексуальными расстройствами (15,7%), болезненностью предстательной железы со сглаженностью – срединной бороздки, наличием уплотнений в предстательной железе, неоднородностью экоструктуры паренхимы предстательной железы.

Большое диагностическое значение имело исследование секрета предстательной железы. У всех обследованных больных количество лейкоцитов превышало 15 в поле зрения. У 34,1 % больных количество лейкоцитов было до 20, у 65,9 % – выше 20 в поле зрения. Количество лецитиновых зёрен в умеренном количестве определялось у 88,8 % больных, у 11,2 % – в большом количестве.

Относительное число лейкоцитов в 1 мкл у 43,9 % больных колебалось в пределах от 300 до 1000, а у 56,1 % больных – от 1009 до 3000 в 1 мкл.

Количество лейкоцитов (рис. 1) в секрете предстательной железы ($1047 \pm 43,1$), АЧНЛ крови ($4086,3 \pm 77,1$) превышало аналогичные показатели здоровых лиц (соответственно $300 \pm 3,9$, $3109,7 \pm 82,5$, $p < 0,001$) и совпадало с повышением абсолютного числа нейтрофильных лейкоцитов, индексов интоксикации лейкоцитов, сдвига лейкоцитов крови, отражающих особенности изменений формулы лейкоцитов, степени интоксикации и активности воспалительного процесса.

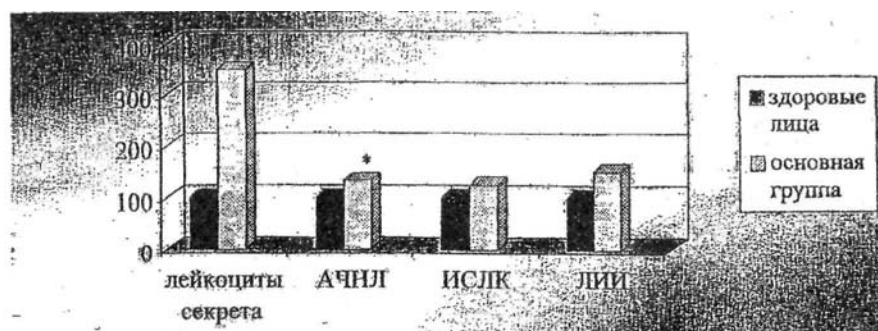


Рис. 1. Клеточный состав секрета ПЖ и крови (%) у больных хроническим простатитом

* – результат достоверно отличается от такового у здоровых лиц.

Особый интерес заслуживают исследования кинетики агрегатообразования у больных хроническим простатитом (табл. 2). Гемореологический статус указывал на активацию сосудистых факторов, функциональных свойств тромбоцитов, повышение размера образующихся

агрегатов, свертывающего потенциала крови. Индукция агрегации тромбоцитов медиаторами воспаления обеспечивает их активное участие в воспалительном процессе.

Таблица 2

Агрегатограмма больных хроническим простатитом

№	Наименование показателей	Здоровые (доноры) n=28	Больные ХП n=93	P1-2
1	СА, %	5,60±1,28	11,79±1,55	0,002
2	СРГА, усл.	4,05±0,11	9,46±0,89	0,001
3	ПСАТ, (коэф)	0,159±0,056	0,437±0,041	0,001
4	ПИАТ, (коэф.)	0,597±0,038	0,885±0,127	0,02
5	ВМАТ, сек.	13,7±1,38	16,79±2,52	-
6	ВСАТ., отн.	0,154±0,05	0,243±0,043	-
7	Адгезия, %	15±0,90	23,98±0,662	0,001
8	Тромбоцитокрит, (коэф)	0,33±0,02	0,34±0,018	-

Выявлено достоверное повышение степени агрегации тромбоцитов (110 %), среднего размера тромбоцитарных агрегатов (109 %), показателей спонтанной (174 %), индуцированной агрегации тромбоцитов (48 %) параллельно с повышением внутрисосудистой агрегации (57 %), характеризующих скрытую активацию крови.

Отмеченные изменения указывают на состояние гиперчувствительности тромбоцитов. Гиперсенситивность кровяных пластинок характеризует степень активности воспалительного процесса, особенно, в случаях с высоким количеством лейкоцитов в секрете предстательной железы. Наряду с, активацией тромбоцитов отмечалось усиление их адгезии (в 1,6 раза).

В свою очередь, нарушения кинетики агрегации тромбоцитов, приводят к изменению гемокоагулирующих свойств крови в виде гиперкоагуляции (ПИ, АВР, АЧТВ, $p < 0,02$), повышения РФМК у 80,43 % больных, ФСФ на 22 %, Фб на 27 %, замедления ФА на 48 %, $p < 0,001$, что свидетельствуют о скрытой активности свертывающего потенциала крови, напряженности в функциональной системе гемостаза, способствующего внутрисосудистой агрегации тромбоцитов и нарушению микротока.

Характерны изменения типов кривых индуцированной агрегации по относительному среднему радиусу агрегатов: типичная двухфазная необратимая кривая с присущей второй волной агрегации, иначе называемой фазой высвобождения эндогенного АДФ, стимулирующего активность тромбоцитарного фактора.

У больных хроническим простатитом индуцированная агрегация тромбоцитов по относительному среднему радиусу, агрегатов представлена на рис. 2.

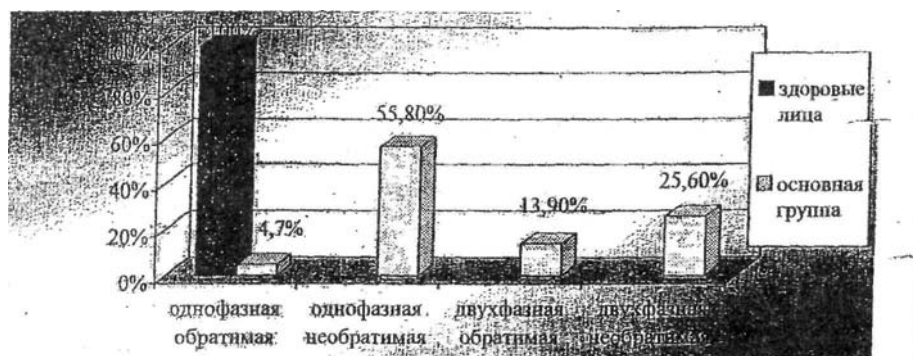


Рис. 2. Типы кривых индуцированной агрегации по относительному среднему размеру агрегатов

Увеличение размера образующихся агрегатов, выраженность внутрисосудистой активации крови в сочетании с высоким количеством лейкоцитов в секрете предстательной железы, большим процентом случаев положительных паракоагуляционных тестов, замедлением тока крови (фибринолитической активности, фибриногена) указывают на активность воспалительного процесса и нарушение микроциркуляции, что совпадают с наблюдениями Ж.С. Мамбетова (1998) по данным реографических показателей и Я.В. Шаляпина (2000) по данным цветного дуплексного сканирования.

Эти данные свидетельствуют о том, что при хроническом простатите реакция микроциркуляторного русла выражена, не ограничивается стазом, а переходит в стадию образования тромбopodobных веществ. Полученные данные подтверждают большую значимость гемореологических факторов в развитии хронического простатита и свидетельствуют об изменчивости их функциональной активности, о роли тромбоцитарного фактора в патогенезе хронического простатита, его исходе. Накопленные данные убеждают о тесной связи между внутрисосудистыми факторами и клиническими проявлениями болезни.

У больных ХП происходит перестройка циркулирующего пула лимфоцитов, которая проявляется в изменении соотношения Т-клеток.

Обнаружение поверхностных маркеров (антигенов, рецепторов) иммунокомпетентных клеток, основанное на особенностях кинетики розеткообразования, дало возможность оценить отдельные субклассы Т-лимфоцитов по их дифференцированности и функциональной принадлежности. Так, изучение способности лимфоцитов образовывать розетки с ЭБ в ранние сроки инкубации показало, что относительное и абсолютное содержание ранних Е-РОК с высоко- и среднеаффинными Е-рецепторами ($41,74 \pm 0,884$, $p < 0,001$) было ниже показателей здоровых лиц ($47 \pm 1,18$). Содержание малодифференцированных Т-лимфоцитов, входящих в популяцию стабильных Е-РОК ($23,37 \pm 0,779$; $0,46 \pm 0,033$, $p < 0,01$), было также снижено ($30,29 \pm 0,60$, $0,60 \pm 0,05$). Отмечена тенденция к повышению Т-клеток, образующих розетки с аутоэритроцитами, что прогностически неблагоприятно. Видимо, незрелые Т-лимфоциты не в состоянии осуществить адекватную защиту организма от инфекции. Вследствие этого

воспалительный процесс протекает тяжелее, имеет тенденцию к хроническому течению, большей распространённости процесса (В.Л.Рыбкина, 1989). Уровень тотальных Е-РОК ($68,5 \pm 0,946$, $p < 0,001$), характеризующих общую популяцию Т-клеток с разными свойствами, был ниже контрольных цифр ($77,65 \pm 0,85$). Аналогичные изменения отмечались со стороны комплексных Е-РОК, в которые входят Т-клетки, не экспрессирующие Е-рецептор.

Функциональная активность Т-лимфоцитов была нарушена, о чём свидетельствует уменьшение содержания теофиллинрезистентных Т-лимфоцитов ($38,6 \pm 1,21$, $p < 0,001$) и теофиллинчувствительных Т-лимфоцитов ($17,6 \pm 1,02$, $p < 0,001$).

В ходе исследования было установлено повышение относительного ($7 \pm 0,639$, $p < 0,02$) и абсолютного ($0,142 \pm 0,017$, $p < 0,02$) содержания В-лимфоцитов в единицах объема крови (вместо $4,26 \pm 0,83$; $0,081 \pm 0,02$ у доноров).

При изучении функции В-лимфоцитов выявлено подавление их функциональной активности, на что указывало снижение в крови содержания иммуноглобулинов А ($2,35 \pm 0,209$, $p < 0,02$); М, ($1,07 \pm 0,104$, $p < 0,002$); G ($12,52 \pm 0,809$).

Относительное содержание нулевых клеток, отражающих поступление в общую циркуляцию клеток, не завершивших цикл дифференцировки, имело тенденцию к повышению, а абсолютное содержание этих клеток было достоверно повышено ($0,769 \pm 0,041$, $p < 0,05$), что, по-видимому, можно объяснить снижением аффинности их рецепторов, о чём свидетельствуют изменения показателей ранних и стабильных Е-РОК.

У больных хроническим простатитом в остром периоде повышается содержание циркулирующих иммунных комплексов ($0,066 \pm 0,0059$, $p < 0,05$ против нормы $0,05 \pm 0,003$).

Таким образом, при хроническом простатите нарушается микроциркуляция предстательной железы в виде выраженности внутрисосудистых факторов, замедления тока крови, образования тромбоцитарных агрегатов, приводящие к нарушению системы гемостаза и ухудшению течения воспалительного процесса. Одновременно выявлен иммунный дисбаланс, проявляющийся снижением Т- и повышением В-звеньев иммунитета. Очевидно, хронический простатит, протекая на фоне дефицита Т-клеток, снижения их функциональной активности, изменения степени зрелости и аффинности их рецепторов, и накопления В-клеток с пониженной их функцией, ведёт к недостаточной противомикробной защите и распространению воспалительного процесса.

Влияние комплексной терапии на клинико-лабораторные проявления у больных хроническим бактериальным простатитом.

По тактике лечения больные были разделены на 2 группы:

- 1-ю группу (контрольную) составили 24 больных, которым антибиотики вводили внутримышечно.

- во 2-ю группу (основная) были включены 69 больных, которым антибиотики вводили подкожно (лимфотропная терапия).

В результате проведенного лечения у больных 1 группы купировались как субъективные признаки острых воспалительных явлений в ПЖ в виде исчезновения болей у 57,9 % больных, дизурии – у 36,8 %, сексологических расстройств, так и объективные признаки: инфильтративных изменений в ПЖ – 47,4 %, сглаженности срединной бороздки – у 46,7 % больных.

При исследовании секрета предстательной железы количество лейкоцитов нормализовалось у 31,5 % больных, а лецитиновых зерен – у 65 % больных, однако число лейкоцитов до 10 в поле зрения сохранилось у 68,5 % больных.

Абсолютное количество лейкоцитов секрета простаты в 1 мкл снизилось на 30 %, а абсолютное содержание нейтрофильных лейкоцитов на 13,1 %. Выявлена тенденция возвращения индекса интоксикации лейкоцитов к значениям здоровых лиц, а индекс сдвига лейкоцитов крови ещё оставался на величинах, превышающих таковой показатель у доноров. Эти данные свидетельствуют об уменьшении интоксикации, но явления воспаления ещё полностью не купировались (табл. 3).

Таблица 3

Изменение клеточного состава крови и секрета ПЖ у больных хроническим простатитом при традиционном способе проведения антибактериальной терапии

№	Наименование показателей	Здоровые (доноры) n=28	1-я группа		P1-2	P2-3
			До лечения n=20	После лечения n=20		
1	Лейкоциты секрета, 106/л	300±3,9	780±34,44	547±30,8	0,001	0,001
2	ИСЛК (коэф)	1,96±0,4	2,48±0,142	2,04±0,061	-	-
3	ЛИИ (коэф)	1±0,6	1,27±0,107	0,99±0,065	-	-
4	АЧНЛ (в 1 мкл)	3109,7±82,5	4135,4±103,3	3597,6±62,13	0,001	0,001

Функциональная активность тромбоцитов оставалась выше величин, отмечаемых у доноров, хотя установлено уменьшение числа функционально активных тромбоцитов по сравнению с показателями до лечения (рис. 3).

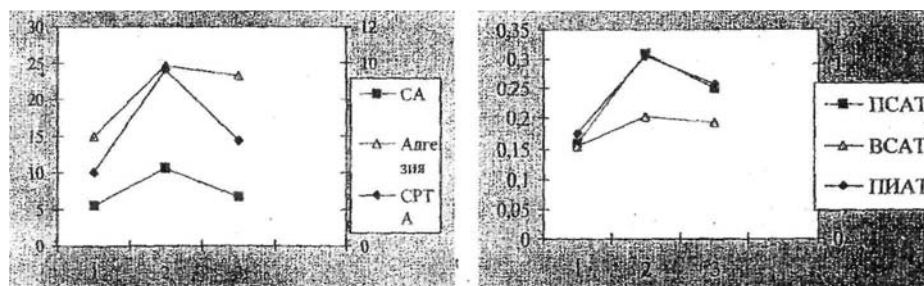


Рис. 3. Кинетика агрегации тромбоцитов у больных ХП при традиционном способе проведения антибактериальной терапии

Примечание: 1 – здоровые; 2 – до лечения; 3 – после лечения.

Выявлена нормализация лишь отдельных показателей гемостазиограммы ПИ, Фб, $p < 0,02$).

Восстановление свертывающего потенциала крови произошло лишь у 46,7 %, отрицательные паракоагуляционные тесты определялись у 66,7 %.

Традиционный способ проведения антибактериальной терапии не приводил к нормализации и иммунного статуса. Лечение не оказало существенного влияния на уровень всех показателей Т- и В-звена иммунитета.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группе больных, получивших антибиотики внутримышечно, полного улучшения общего состояния больных не отмечалось, нормализовались лишь отдельные показатели агрегатограммы и гемостазиограммы, сохранялись застойные, внутрисосудистые явления, дисфункция иммунного статуса.

Под влиянием регионарной лимфотропной терапии отмечался значительный клинический эффект. Боли сохранились у 15 % больных, дизурические явления оставались у 10 % больных, сексуальных расстройств не отмечалось. Предстательная железа осталась без существенных изменений у 10,7 % больных с сохранением болезненности у 7,14 %.

Число лейкоцитов секрета предстательной железы нормализовалось у 75 % больных. Число лецитиновых зерен определялось в большом количестве у 85 % больных.

Число лейкоцитов секрета простаты в 1 мкл было снижено на 68 %, а абсолютное содержание нейтрофильных лейкоцитов составило $3345,6 \pm 83,7$, вместо $4271,3 \pm 80,2$, полного восстановления указанных параметров не наблюдалось. Патологические изменения предстательной железы сохранились лишь у 15 % больных, а в секрете – у 3 больных, т.е. применение регионарной лимфотропной терапии дало положительный эффект как в клинической симптоматике, так и в изменениях гемореологического статуса.

Изменения гемореологических факторов указывали на улучшение застойных явлений, восстановление микроциркуляции, кровотока у 75 % больных. Об этом свидетельствуют нормализация внутрисосудистых факторов, в частности, снижение до исходного уровня СА ($p < 0,001$), СРТА, ПСАТ, ПИАТ ($p < 0,001$), ВСАТ ($p < 0,01$); свертывающего потенциала крови за исключением фибринмономерных комплексов, которые оставались положительными у 25 % больных.

Кривая индуцированной агрегации тромбоцитов представляла у 77,8 % больных однофазную обратимую, а у 22,2 % – однофазную необратимую, т.е. приостановлено формирование агрегатов, нарушающих проходимость сосудов.

Эти данные указывают на то, что образовавшиеся тромбоцитарные агрегаты подверглись самопроизвольной дезагрегации, восстанавливался микроток, о чём свидетельствуют и изменения гемостатических свойств крови.

Любопытно отметить связь клинического течения заболевания с изучаемыми параметрами гемореологического статуса: период ремиссии (у 75 % больных) характеризуется восстановлением лейкоцитов секрета, внутрисосудистых факторов, гемостатических свойств крови. У 25 % больных, у которых количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения, явления болезненности, уплотнений в предстательной железе, неполное восстановление показателей индуцированной, внутрисосудистой агрегации, адгезивности тромбоцитов, наличие положительных паракоагуляционных тестов, сохранялись остаточные явления воспалительного процесса

На фоне лечения регионарной лимфотропной терапией установлены положительные сдвиги со стороны иммунологических показателей. Содержание В-лимфоцитов и иммуноглобулинов А, G достигли физиологических величин. При дифференцированном анализе некоторые показатели Т-клеток не достигли величин, наблюдаемых у здоровых лиц (табл. 4).

Таблица 4

Иммунный статус у больных ХП под влиянием комплексной терапии

№	Наименование показателей	До лечения n=22	После лечения		
			1 группа n=20	2а n=28	2в n=20
1	Т-лимф., % абс.	62,43±0,49 1,14±0,061	64,3±0,833 1,352±0,096	67,4±0,866* 1,09±0,107	69,58±0,921* 1,346±0,101
2	РЕ-РОК, % абс.	41,74±0,88 0,73±0,049	45,44±2,26 0,93±0,095	46,9±2,218* 0,775±0,096	47,58±1,013* 0,954±0,074*
3	СЕ-РОК, % абс.	23,37±0,78 0,46±0,033	25,44±1,31 0,507±0,057	27,62±2,126 0,434±0,054	29,83±0,736* 0,520±0,048
4	АЕ-РОК, % абс.	3,81±0,342 0,073±0,009	3,33±0,357 0,08±0,017	3,15±0,173 0,125±0,088	3,72±0,499 0,067±0,006
5	ТЕ-РОК, % абс.	68,5±0,946 1,20±0,069	68,78±1,19 1,456±0,113	73,7±1,472* 1,194±0,119	76,7±0,736* 1,406±0,109
6	КЕ-РОК, % абс.	69,7±0,905 1,27±0,065	71,78±0,952 1,805±0,116*	76,5±1,212* 1,15±0,193	78,4±0,552* 1,444±0,121
7	Тфр., % абс.	38,6±1,21 0,686±0,053	41,78±1,428 0,842±0,060	44,3±1,472* 0,721±0,066	45,75±1,750* 0,917±0,075*
8	Тфч., % абс.	17,6±1,02 0,358±0,042	18,89±0,833 0,509±0,046*	22,8±1,385* 0,468±0,115	23,53±1,473* 0,478±0,04*
9	Тфр./Тфч.	2,19±0,283	2,21±0,170	1,92±0,151	1,94±0,245
10	В-лимф., % абс.	7±0,639 0,142±0,017	5,22±0,595* 0,126±0,021	5,3±0,432* 0,146±0,014	4,75±0,865* 0,129±0,014
11	«О» клетки, % абс.	28,5±0,922 0,769±0,041	24,9±1,547* 0,451±0,066	24,0±1,125* 0,341±0,054*	25,41±1,750 0,535±0,055*
12	Иммуногл. А, г/л М, г/л G, г/л	2,35±0,209 1,07±0,104 12,52±0,809	2,29±0,209 1,13±0,107 11,87±1,071	3,373±0,302* 1,25±0,273 14,47±0,714*	3,69±0,297* 1,29±0,257 14,58±1,785
13	ЦИК, ед.	0,066±0,0059	0,080±0,018	0,057±0,011	0,049±0,015

Примечание: * – достоверность различий при сравнении с данными до лечения.

Таким образом, лимфотропный путь введения антибиотиков оказался эффективным и позволяет создать высокую концентрацию препарата в ПЖ,

способствует разрешению воспалительных явлений, активизации гемореологических параметров и иммунного статуса.

У больных, получивших регионарную лимфотропную терапию и модификатор гемостаза – пентоксифиллин, получена положительная динамика, характеризующаяся исчезновением болей у 90,48 % больных, дизурических явлений – у 95,24 %, болезненности ПЖ – у 95,24 % с сохранением уплотнений лишь у 9,52 %.

Количество лейкоцитов секрета простаты, абсолютное содержание нейтрофильных лейкоцитов, индекса интоксикации, индекса сдвига крови достигли величин, наблюдаемых у доноров. Количество лецитиновых зерен в большом количестве определялось у 100 % больных.

О разрешении инфильтративных процессов в предстательной железе указывали восстановление абсолютного содержания нейтрофильных лейкоцитов, индекса сдвига лейкоцитов крови и индекса интоксикации лейкоцитов ($p < 0,001 - 0,002$).

Сравнительный анализ данных гемореологического статуса, установленных у больных до и после лечения, показал, что изучаемые параметры снизились до величин, наблюдаемых у здоровых лиц.

По мере выздоровления больного тромбоцитарные агрегаты подверглись самопроизвольной дезагрегации у 100 % больных, в результате чего проходимость сосудов восстанавливается. Об этом показывает и снижение на 100 % показателя внутрисосудистой агрегации тромбоцитов ($p < 0,001$).

Наиболее значимыми оказались результаты изменения коагуляционно-фибринолитического звена гемостаза. Коагуляционный потенциал крови достиг нормальных физиологических величин. Выявлено, что у больных после лечения тесты на продукты паракоагуляции были положительными у 10 % больных вместо положительных 90 % случаев до лечения.

Таким образом, комбинированная терапия вызывает стабильно выраженное снижение степени агрегации тромбоцитов, среднего радиуса агрегатов, блокирует фазу высвобождения тромбоцитов по кривой индуцированной агрегации. Сочетанное применение регионарной лимфотропной терапии с модификатором гемостаза влияло не только на течение воспалительного процесса, но и на сосудистые факторы, реологические свойства крови, полностью восстанавливая микроциркуляцию.

В результате применения пентоксифиллина и тималина на фоне лимфотропной терапии было установлено, что боли прекратились у 95 % пациентов, дизурические и сексологические явления отсутствовали у всех больных. Болезненность в предстательной железе отсутствовала у всех больных, а уплотнения сохранились у 5 % больных.

При исследовании секрета ГОК количество лейкоцитов секрета простаты нормализовалось у 83,3 %, а в 1 мкл число лейкоцитов снизилось в 4 раза, лецитиновых зерен в большом количестве обнаруживалось у 100 % больных. Клиническое выздоровление сопровождалось нормализацией

абсолютного числа нейтрофильных лейкоцитов, индексов интоксикации и сдвига лейкоцитов крови.

Динамическая функция тромбоцитов нормализовалась полностью при сравнении с показателями доноров.

Сходные изменения отмечались со стороны гемокоагуляционных свойств крови. Процентное снижение гемореологических показателей при сравнении с исходными данными до лечения было значительным, что соответствовало показателям активности воспалительного процесса, указывая на связь клинической симптоматики с изменением динамической функции тромбоцитов.

Отмечено выраженное стимулирующее действие тималина на показатели Т-звена иммунитета. Выявлено увеличение всех субпопуляций клеточного аффинитета до значений, наблюдаемых у здоровых доноров. Установлено восстановление активности Т-клеток. Показано снижение содержания В-клеток с нормализацией уровня иммуноглобулина А и М.

Анализ изучаемых клиничко-лабораторных проявлений у больных хроническим бактериальным простатитом в зависимости от методов терапии показал, что комбинированное применение регионарной лимфотропной терапии, модификаторов гемостаза и иммунной системы оказывает более существенное положительное влияние на клиническую картину, гемореологический, иммунный статус (рис. 4).

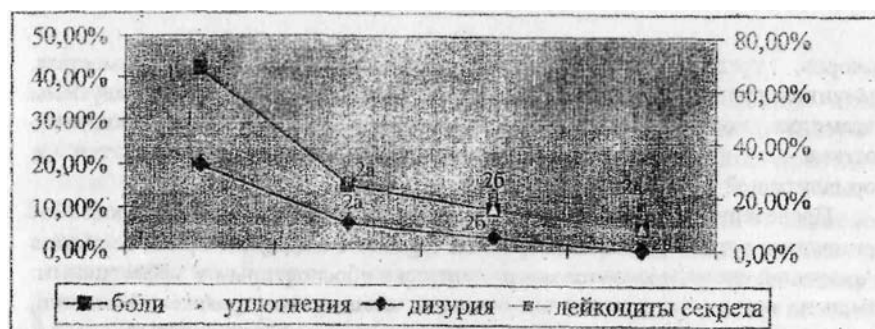


Рис. 4. Основные клинические проявления под влиянием проводимой терапии

Примечание: 1 – в/м, 2а – лимфотропно, 2б – лимфотропно и пентоксифиллин, 2в – лимфотропно, пентоксифиллин и тималин.

Отмечены значимые изменения со стороны проявлений этнической симптоматики. Катаральные явления воспалительного процесса отмечались соответственно группам лишь у 15,4 – 9,9 – 8,9 % больных в отличие от пациентов 1 группы (44,8 %).

Полученным данным соответствовали изменения гемореологических показателей (рис. 5).

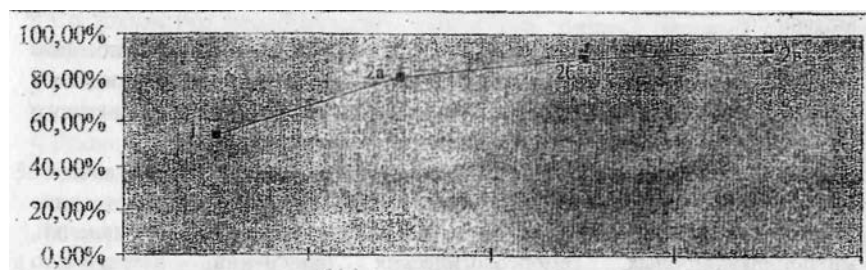


Рис. 5. Процент восстановления лабораторных показателей под влиянием проводимой терапии

Примечание: 1 – в/м, 2а – лимфотропно, 2б – лимфотропно и трентал, 2в – лимфотропно, пентоксифиллин и тималин.

Полное восстановление изучаемых параметров наблюдалось соответственно группам больных: у 53,8 % больных – контрольной группы, у 82,3 % – пациентов, получивших лимфотропную терапию в отдельности, у 89,6 % – модификаторы гемостаза на фоне лимфотропной терапии; у 93,3 % – модификаторы гемостаза и иммунной системы на фоне лимфотропной терапии, т.е. выявлена связь основных проявлений болезни с клинико-лабораторными показателями, что подтверждается параметрами иммунного статуса.

У больных, получивших только лимфотропную терапию, некоторые показатели Т-клеток по аффинности не достигли величин, наблюдаемых у доноров, тогда как в группах, получивших модификаторы гемостаза, иммунной системы на фоне лимфотропной терапии, по всем исследуемым параметрам получена положительная динамика: восстановление клеточного состава и функционального состояния Т-клеток, В-лимфоцитов с нормализацией их функциональных свойств.

Проведенные исследования позволяют считать, что комбинированное применение регионарной лимфотропной терапии с модификаторами гемостаза и иммунной системы является патогенетически обоснованным и эффективным: отмечено значительное улучшение основных клинических проявлений болезни, разрешение воспалительного процесса, ликвидация застойных явлений, восстановление микроциркуляции, гемореологических свойств крови, нормализация иммунной системы.

ВЫВОДЫ

1. Хронический простатит сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции гемореологии, проявляющиеся в повышении внутрисосудистой активации тромбоцитов, среднего радиуса образующихся агрегатов, растворимых фибринмономерных комплексов, фибриногена, замедлении фибринолитической активности, крови. Одновременно выявлен дисбаланс иммунного статуса в виде снижения всех субпопуляций Т-лимфоцитов, повышения В-лимфоцитов, подавления их функциональной активности.

2. Лечение больных хроническим простатитом традиционным способом проведения антибактериальной терапии не приводит к полному улучшению общего состояния больного (44,8%), гемореологического статуса (53,8%) и показателей Т- и В-звеньев иммунитета.

3. Включение регионарной лимфотропной терапии в комплексное лечение больных оказывает выраженный клинический эффект (75%) на течение заболевания, способствует устранению застойных явлений, микроциркуляторных, гемореологических нарушений, разрешению воспалительного процесса в ПЖ (82,3%), нормализации показателей иммунного статуса, но до нормы некоторые параметры Т-лимфоцитов не доходят.

4. Эффективность регионарной лимфотропной терапии повышается при сочетанном применении с модификатором гемостаза – пентоксифиллином, оказывая положительное влияние на клиническое течение (81,1%), микроциркуляцию, со значительным противовоспалительным, антиагрегационным, ингибирующим эффектом на функциональную активность тромбоцитов (89,6%) больных хроническим простатитом.

5. Сочетанное применение регионарной лимфотропной терапии, пентоксифиллина и иммуномодулятора – тималина наряду со значительным положительным клиническим эффектом (91,1%), улучшает гемореологические проявления болезни (93,3%), восстанавливает микроциркуляцию, полностью корректирует иммунный статус.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В комплексное обследование больных необходимо включать методы корреляционной фотометрии, агрегатного состояния крови и иммунного статуса для своевременной диагностики и эффективности проводимой терапии.

2. Информативными критериями определения степени активности воспалительного процесса и эффективности терапии является показатель активаций тромбоцитов, повышение среднего радиуса тромбоцитарных агрегатов на уровне микроциркуляции и избыточного количества растворимых фибринмономерных комплексов.

3. Метод комбинированного применения регионарной лимфотропной терапии с модификаторами гемостаза и иммунной системы, рекомендуется для устранения микроциркуляторных, внутрисосудистых, иммунологических расстройств, предупреждения прогрессирования заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Кинетика агрегации тромбоцитов у больных хроническим простатитом. // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии: Сборник научных трудов VII конференции молодых ученых и студентов. – Бишкек, 2001. – С. 158-160.
2. Состояние гемореологического, иммунного статуса у больных хроническим простатитом. // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом Тысячелетии: Сборник научных трудов VII конференции молодых ученых и студентов. – Бишкек, 2001. – С. 161-164 (Соавт.: Тыналиев М.Т., Тухватшин Р.Р.).
3. Клинико-иммунологические сдвиги у больных хроническим простатитом под влиянием лимфотропной терапии. // Актуальные вопросы урологии; Матер. международной конференции урологов. – Бишкек, 2001. – С. 136-140.
4. Лимфотропная регионарная терапия в комплексном лечении больных хроническим простатитом. // Актуальные вопросы урологии: Матер. международной конференции урологов. – Бишкек, 2001. – С. 140-145.
5. Трентал и лимфотропная терапия в комплексном лечении больных хроническим простатитом. // Центрально-азиатский медицинский журнал.- 2002. – Том VIII. Приложение 2. – С. 120-122 (Соавт.: Усупбаев А.Ч.).
6. Метод корреляционной фотометрии в оценке результатов лечения хронического простатита. // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 2002. – Том VIII. Приложение 2. – С. 122-124.
7. Клинико-лабораторные показатели у больных хроническим простатитом под влиянием лимфотропной терапии. // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 2002. – Том VIII. – № 2. – С. 165-169 (Соавт.: Усупбаев А.Ч.).
8. Современные лабораторные методы в диагностике и лечении больных хроническим простатитом: Методические рекомендации для врачей. – Бишкек, 2002. – 19 с.

РЕЗЮМЕ

Б.А. Рысбаевдин «Бактериялык өнөкөт простатитке чалдыккан оорулуулардын клиникалык-лабораториялык мүнөздөмөсү жана комплекстүү дарылоонун натыйжалуулугу» деген темада 14.00.40 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына талапкерлигине карата диссертациясына.

Өзөктүү сөздөр: простатити, гемореологиясы, микроциркуляциясы, иммундук статусу, лимфотроптук дарылоо, гемостаздын жана иммундук системанын модификаторлору.

Текшерүү регионардык лимфотроптук дарылоону, гемостаздын жана иммундук системанын модификаторлору аралаштырып колдонуунун натыйжасында өнөкөт простатитке чалдыккандарды дарылоонун натыйжалуугун жогорулатуу максатын көздөгөн.

18ден 50 жашка чейинки бактериялык өнөкөт простатити өтүшүп кеткен 93 оорулуу текшерилген.

ӨП (ХП) чалдыккандар дарылоо тактикасына ылайык 2 топко бөлүнгөн: 1 – топту (көзөмөлдөгү) антибиотиктер этине ийне менен киргизилген 24 оорулуу түздү. 2 – топко (негизги) антибиотиктер лимфотроптук жол менен киргизилген 69 оорулуу кирген.

Өнөкөт простатитке чалдыккандарда микроциркулярдык, гемореологиялык абалдарынын бузулуусу байкалып, булар тромбалар түрүндөгү агрегаттардын, кан тамырлардын ичиндеги тромбоциттердин агрегатташуусу, эритме фибринмономердик комплекстердин, фиброгендердин радиусунун кеңейиши жана кандын фябринолитикалык жандануусунун басандашы түрүндө лимфоциттердин санынын көбөйүшү, алардыга функциялык жанданышынын басандашы түрүндө иммундук системанын чаржайыттанышы аныкталган.

Регионардык лимфотроптук дарылоону, гемостаздын жана иммундук системанын модификаторлору аралаштырып колдонуу патогенетикалык жактан жөндүү жана натыйжалуу болуп саналат: дарттын негизги клиникалык көрүнүшүнүн олуттуу жакшырышы, сезгенүүнүн оң чечилиши, сенектенүүнүн жок кылынышы, микроциркуляциянын, кандын гемореологиялык касиеттеринин калыбына келиши, иммундук системанын толугу менен кадимки абалга келиши белгиленген.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын урологияда сезгенүүнүн басандашы даражасын текшерүү үчүн, дарылоонун катыйжалуулугун көзөмөлдөө жана ооруунун кийинки агымын алдын ала билүү үчүн пайдаланууга болот.

РЕЗЮМЕ

диссертации Рысбаева Б.А. на тему «Клинико-лабораторная характеристика и эффективность комплексной терапии больных хроническим бактериальным простатитом» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.40 – урология

Ключевые слова: простатит, гемореология, микроциркуляция, иммунный статус, лимфотропная терапия, модификаторы гемостаза и иммунной системы.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных хроническим бактериальным простатитом путем комбинированного применения регионарной лимфотропной терапии, модификаторов гемостаза и иммунной системы.

Обследовано 93 больных хроническим бактериальным простатитом в стадии обострения в возрасте от 18 до 50 лет.

По тактике лечения больные ХП были разделены на 2 группы: 1-ю группу (контрольную) составили 24 больных, которым антибиотики вводили внутримышечно. Во 2-ю группу (основную) вошли 69 больных, которым применен лимфотропный путь введения антибиотиков.

Представлена динамика клинических симптомов, гемореологического и иммунного статуса у больных ХП.

У больных хроническим простатитом отмечено нарушение микроциркуляторных, гемореологических факторов, проявляющиеся в увеличении радиуса тромбоподобных агрегатов, внутрисосудистой агрегации тромбоцитов, растворимых фибринмономерных комплексов, фибриногена и замедлении фибринолитической активности крови. Выявлен дисбаланс иммунного статуса в виде снижения всех субпопуляций Т-лимфоцитов, увеличения количества В-лимфоцитов, подавления их функциональной активности.

Комбинированное использование регионарной лимфотропной терапии с модификаторами гемостаза и иммунной системы является патогенетически обоснованным и эффективным: отмечено значительное улучшение основных клинических проявлений болезни, разрешение воспалительного процесса, ликвидация застойных явлений, восстановление микроциркуляции, гемореологических свойств крови, полная нормализация иммунной системы.

Результаты исследования могут быть использованы в урологии для определения степени активности воспалительного процесса, контроля эффективности терапии и прогноза дальнейшего течения заболевания.

RESUME

of the thesis of B.A. Rysbaev on the theme: «Clinicolaboratory characteristics and efficiency of complex therapy of patients with chronic bacterial prostatitis» for receive the degree of candidate of medical science 14.00.40 – urology.

Key words: prostatitis, hemorheology, microcirculation, immune status, lymphotropic therapy, modifiers of a hemostasis and immune system.

The aim of research: the rise of efficiency of treatment by an of patients with chronic bacterial prostatitis as a result of combined application of local lymphotropic therapy, modifiers of a hemostasis and immune system.

93 patients with chronic bacterial prostatitis were examined at the stage of peaking in the age of from 18 till 50 years.

The patients by chronic prostatitis were divided into 2 groups: depending the first group (24 patients) had received intramuscularly, and the second group (69 patients) received antibiotics lymphotropically.

The patients had disturbances of microcirculatory, haemoreological factors, manifesting the increasing of the radius, intraluminal platelet aggregation, soluble fibrinmonomeric complexes, fibrinogen and the slowing of the fibrinolytic blood activity. It was found a dysbalance of the immune system as a decline of all subgroups of T-lymphocytes, an increased amount of B-lymphocytes, depressing its functional activity.

Combined usage local of lymphotropic therapy with modifiers of a hemostasis and immune system is pathogenetically justified and effective: the considerable improvement of main clinical manifestations of illness, permission of the inflammatory process, disappearance of stagnant phenomena, restoring of microcirculation, haemoreological of properties of a blood, normalization of the immune system is marked.

The results of the study may be used in urology for activity rate determination of the alterative process, control of the effectivity of the therapy and prognosis of the further disease progressin.