КОМПЛЕКСНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У СУПРУЖЕСКИХ ПАР

УДК [616.65-002:618.12-002]-058.833-085.838

Бадретдинов Р.Р.: директор, д.м.н.;
Бадретдинова Л.М.: начальник лечебно-диагностического комплекса, д.м.н.;
Гимазова Р.Ф.: врач гинеколог;
Мусин Д.Р.: врач-уролог, к.м.н.
ГУП санаторий «Зеленая роща», г. Уфа, Республика Башкортостан

COMPREHENSIVE SPA TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN COUPLES

Badretdinov RR; Badretdinova LM; Gimazova RF; Musin DR

Введение

Распространенность хронического простатита (ХП) в общей популяции составляет 5–8% [1, 19]. Простатит является по значимости третьим заболеванием предстательной железы (ПЖ) после рака и доброкачественной гиперплазии и составляет более 20% среди урологической патологии [7]. Основные факторы возникновения простатита – инфекционные поражения урогенитального тракта и патологические процессы в ПЖ вследствие гормональных и иммунных сдвигов в организме мужчины, нарушения васкуляризации и иннервации железы [8, 11]. В последнее время данное заболевание, к сожалению, все чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста (85%), как правило, перенесших трихомонадную, гонококковую, хламидийную, уреаплазменную и другие инфекции, передающиеся половым путем [10, 20]. Для простатита характерно длительное и упорное течение с частыми рецидивами, что диктует необходимость поиска новых подходов к лечению, так как терапия больных простатитом должна быть комплексной, направленной на все этиопатогенетические факторы заболевания [9, 12, 18]. В 90% случаев инфекция проникает в ПЖ через уретру, а простатит является осложнением воспаления мочеиспускательного канала. Следует подчеркнуть, что при проникновении возбудителей может возникнуть как острый или хронический простатит, так и бессимптомное носительство микроорганизмов без каких–либо признаков воспалительного процесса. Это зависит не столько от путей инфицирования, сколько от биологических свойств возбудителей и индивидуальных особенностей защитных реакций организма. Даже внедрение заведомо патогенных микроорганизмов не всегда влечет за собой развитие воспаления [21, 17].

Сальпингоофорит (СО) возникает при проникновении в маточные трубы, а затем и в яичники стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, гонококков, микобактерий туберкулёза, паравенерических инфекций (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гарднереллы) и других патогенных микроорганизмов [6, 16]. Кокки и кишечная палочка попадают из матки восходящим путём, а микобактерий туберкулёза – с током крови из лёгких и других органов. Развитие воспалительного процесса приводит к нарушению целостности эпителиального покрова маточных труб, инфильтрации их стенок; они спаиваются с яичниками в единое воспалительное образование. Течение СО острое, подострое или хроническое с наклонностью к рецидивам. При остром процессе беспокоят боли в нижней части живота, общее недомогание, температура повышается до 38–38,5˚С, живот напряжён в нижних отделах, болезненный при пальпации. Эти явления стихают при переходе заболевания в подострую стадию. При хроническом сальпингоофорите (ХС) возникают периодические или постоянные боли в нижней части живота и пояснице, бесплодие, нарушения менструального цикла [14]. При влагалищном исследовании находят увеличенные придатки матки. Диагноз основывается на данных анамнеза (осложнённое течение абортов или родов, беспорядочная половая жизнь, туберкулёз лёгких и пр.), особенностях клинической картины заболевания и результатах инструментально-лабораторного исследования [4, 13].

Существующие в настоящее время традиционные методы лечения ХП (массаж ПЖ, антибактериальная, противовоспалительная терапия) и ХС (антибактериальная, противовоспалительная терапия, массаж гинекологический, отдельные физиотерапевтические процедуры) не всегда приносят желаемые результаты, что обосновывает поиск более эффективных лечебно-восстановительных мероприятий [5, 9, 15].

Чрезвычайно важным фактором, обуславливающим многие неспецифические и специфические лечебные эффекты ванн, является химический состав воды, используемой для процедур. Анализ литературных и собственных данных позволяет выделить основные эффекты, обусловленные химическими факторами: первичные физико-химические сдвиги в покровных тканях, сопровождающиеся значительным изменением ионной и микроэлементной конъюнктуры; проникновение химических веществ через кожу и слизистые оболочки с последующим общерезорбтивным действием; раздражение рецепторного аппарата кожи и слизистых оболочек; выброс из клеток кожи биологически активных веществ. Действие природных лечебных факторов оказывает общее терапевтическое воздействие, повышает резистентность

организма и может быть эффективным при воспалительных заболеваниях органов репродуктивной системы [2, 3].

Материал и методы

Санаторно-курортное лечение в условиях санатория «Зеленая роща» проводилось 47 супружеским парам больным ХП и СО в возрасте от 18 до 45 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 до 4 лет. Всем мужчинам проведено обследование, включавшее пальцевое ректальное обследование, анализ секрета простаты, IPSS, ТРУЗИ, ПЦР-диагностику соскоба из уретры, исследование уровня ПСА у мужчин старше 40 лет. Всем женщинам проведено обследование, включавшее бимануальное обследование, осмотр в зеркалах, ТВУЗИ, ПЦР-диагностику соскоба из заднего свода влагалища, кольпоскопию

Показаниями к лечению у мужчин были дизурические расстройства или болевой синдром, среднее значение IPSS составляло 20,9 баллов, обнаружение у всех Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealyticum (Parvum + T960) методом ПЦР, нарушения секрета предстательной железы (увеличение количества лейкоцитов до 20–40 в поле зрения, снижение количества лецитиновых зерен, наличие бактериального компонента), наличие признаков ХП по данным ТРУЗИ.

Показаниями к лечению у женщин были дизурические расстройства, циклические боли в молом тазу, обнаружение у всех Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealyticum (Parvum + T960) методом ПЦР, мазок на микрофлору с заднего свода влагалища – увеличение лейкоцитов до 40 в поле зрения, незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий, обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора: обнаружение ключевых клеток, наличие признаков СО по данным ТВУЗИ.

У больных с обострением ХП и СО назначалась антибактериальная терапия, с учетом чувствительности микроорганизмов (продолжительностью до 21 дня), физиотерапия с применением аппаратно-программного комплекса КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» 10–12 процедур, общие природные сероводородные ванны с применением третьего лечебного режима (температура воды 35–37° С, продолжительность процедуры от 8 до 12 минут, концентрация сульфидов 150 мг/дм^3, процедуры проводились через день, курс лечения 10 ванн), женщинам отпускали сероводородные гинекологические орошения (температура 35–37° С, продолжительность процедуры 5–7 минут, концентрация сульфидов 50 мг/дм^3, процедуры проводились через день, курс 8–10 орошений), классический массаж спины 2,5 ед. до 10–12 процедур, лечебное плавание 8–10 процедур, ЛФК в зале 8–10 занятий, природный лечебный терренкур ежедневно.

Результаты и их обсуждение

При контрольных ПЦР – анализах, через 1 мес. после завершения лечения, Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealyticum (Parvum + T960) ни у одной супружеской паре не выявлены. После лечения ХП купирование болевого синдрома отмечено у 100% больных, дизурического синдрома у 43 (91,5%), улучшение половой функции отмечено у 45 (95,7%). При использовании опросника у исследуемых больных IPSS среднее значение составило 3,2 балла. При контрольном обследовании (через 1 месяц) нормализация количества лейкоцитов в секрете ПЖ отмечена у 44 (93,6%), увеличение количества лецитиновых зерен у 43 (91,5%) больных. Нормализация размеров ПЖ, восстановление ее эластической консистенции, безболезненность отмечены у 41 больных (87,2%), у остальных 6 (12,8%) при исчезновении болезненности железы оставались незначительные уплотнения и неровности. При ТРУЗИ восстановление однородной эхоструктуры ПЖ наблюдалось у 41 (87,2%); нормализация размеров ПЖ у 44 (93,6%); исчезновение гиперэхогенных участков у 40 (85,1%) больных. Улучшение теста кристаллизации секрета ПЖ выявлено у 41 больных (87,2%), при этом его нормализация выявлена у 46 (97,8%).

В ходе проведенного лечения СО было выявлено, что положительная динамика клинической проявлений (купирование болевого синдрома, увеличение подвижности придатков при обследовании) отмечена у 41 (87%) пациенток, при повторном микроскопическом исследование мазка улучшение у 46 (98%) – количественное доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, лейкоцитов до 5 в поле зрения, единичные чистые клетки эпителия, при повторном ТВУЗИ исследовании структура, как матки, так и придатков становилась более упорядоченной, однородной, снижалась зернистость и эхоплотность у 43 (92%), косвенные признаки спаечного процесса не подтвердились у 35 (75%) пациенток после лечения, кольпоскопическая картина без отрицательной динамики у 46 (98%) пациенток (многослойный плоский эпителий в норме, цилиндрический эпителий в норме, нормальная зона трансформации).

Выводы

Комплексное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у супружеских пар в условиях санатория «Зеленая роща» является высокоэффективным и приводит к скорейшей реабилитации пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Шпоть Е.В., Султанова Е.А. Применение левофлоксацина (Лефокцина) при хроническом простатите. // Русский медицинский журнал. – 2011.– № 16.– С. 1018–1023.
2. Бабайцева А.Ю., Мельникова Л.С., Ходасевич Л.С., Гордон К.В. Роль ультразвукового исследования в оценке эффективности курортного лечения хронических воспалительных заболеваний женских тазовых органов. Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии // Материалы Международного конгресса «Здравница-2004». 5-8 октября 2004г. Санкт-Петербург. М., 2004. – С. 53.
3. Владимирский Е.В., Владимирская Н.Л. Механизмы и эффекты бальнеотерапии. Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии // Материалы Международного конгресса «Здравница-2004». 5-8 октября 2004г. Санкт-Петербург. М., 2004. – С. 81.
4. Карпухин И.В., Кияткин В.А., Ли А.А. Физические факторы в комплексной терапии больных хроническим простатитом. Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской федерации // Материалы Международного конгресса «Здравница-2009». Самарская область, 21–23 мая 2009 г. М., 2009. – С. 86.
5. Ковалева Ю.В. Методы исследования репродуктивной функции у женщин – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2008. – 246 с.
6. Кубанова А.А., Кисина В.И. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. – М.: Литтерра, 2005. – 882 с.
7. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. и др. Рациональная фармакотерапия в урологии. – М.: Литтерра, 2006. – 466 с.
8. Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Аполихин О.И. и др. Хронический простатит. Монография на CD–ROM. НИИ урологии МЗ РФ. – М., 2004.

Sulfatonic®

9. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. Левофлоксацин в лечении инфекции мочевыводящих путей // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 9. – С.16–17.
10. Набер К., Бергман Б. и др. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 4. – С. 347–363.
11. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Раснер П.И. Оптимизация алгоритма диагностики и лечения хронического бактериального простатита // Русский медицинский журнал. 2008. - №16. – С. 34–38.
12. Степенский А.Б., Попов С.В., Муфагед М.Л. Диагностика и лечение хронического простатита // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. – № 7. – С. 396–401.
13. Супрун Л.Я., Дивакова Т.С., Ржеусская Л.Д., Занько С.Н. Практические навыки по акушерству и гинекологии – Мн.: Новое знание, 2002. – 166 с.
14. Тумилович Л.Г., Геворкян М. Н. Справочник гинеколога- эндокринолога – М.: Практическая медицина, 2010. – 208 с.
15. Яковлев В.П., Яковлев С.В. и др. Рациональная антимикробная фармакотерапия. – М.: Литтерра, 2003. – 1008 с.
16. Abrams P., Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T. The standardization of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society // Int Urogynecol J. –1990. – №1. – P.45–58.
17. Bergman B. On the relevance of gram–positive bacteria in prostatitis. Infection 1994. – № 22 (Supp I). – P.22.
18. Guercio S., Terrone C., Tarabuzzi R. et al. PSA decrease after levofloxacin therapy in patients with histological prostatitis // Arch Ital Urol Androl 2004. – №76(4). – P.154–8.
19. Naber K.G. Management of bacterial prostatitis: what's new? // BJU Int 2008 Mar. – 101 Suppl №3. – P. 7–10.
20. Nickel JC, Xiang J. Clinical significance of nontraditional bacterial uropathogens in the данной статье
21. Jeong C.W., Lim D.J., Son H., Lee S.E., Jeong H. Treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: levofloxacin, doxazosin and their combination // Urol Int. 2008.– №80(2). – P.157–61.

Резюме

Проведен анализ эффективности лечения 47 супружеских пар с хроническими заболеваниями органов малого таза с применением природных сероводородных ванн и сероводородных гинекологических орошений, общих санаторных и современных физиотерапевтических методов лечения в сочетании с антибактериальной терапией в условиях санатория «Зеленая роща».

Ключевые слова: простатит, сальпингоофарит, санаторно-курортное лечение, сероводородные ванны, физиотерапевтические процедуры, сероводородные гинекологические орошения, антибактериальная терапия, воспалительные заболевания органов малого таза, лечение супружеских пар.

Abstract

In this article the effectiveness of the treatment 47 married couples with chronic diseases of the pelvic organs with the use of natural hydrogen sulfide and hydrogen sulfide baths gynecological irrigations common spa and modern physiotherapy treatments in combination with antibiotic therapy under the sanatorium «Green Grove».

Keywords: prostatitis, salpingoofaritis, spa treatment, hydrogen sulfide baths, physiotherapy, sulphide gynecological irrigation, antibiotic therapy, inflammatory diseases of the pelvic organs, treatment of couples.

Контакты:
Бадретдинов Рамиль Рафаилович. E-mail: green@bashnet.ru
Бадретдинова Людмила Михайловна. E-mail: ldkgreen@mail.ru
Гимазова Раиля Флитовна: E-mail: gimazova@yandex.ru
Мусин Денис Расимович. E-mail: denmus@list.ru