

УДК 616.65—006.55

Э. А. ЗУНИХИС, Ю. Л. АЛЕКСАНДРОВ

СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Изучено влияние различных вариантов противовоспалительной терапии на клиническое течение аденомы предстательной железы I и II стадии. Лучшие результаты получены при сочетанном лечении гепаринотерапией с антибиотиками, препаратами нитрафуранового ряда, сульфаниламидами, физиопроцедурами и массажем простаты. Рекомендуется применять сочетанную противовоспалительную терапию для лечения аденомы предстательной железы, осложненной аденомитом, особенно в тех случаях, когда оперативное лечение временно откладывается.

Воспалительный процесс в аденоме предстательной железы (аденомит) в той или иной форме обнаруживали почти во всех наблюдениях многие авторы [3, 4 и др.]. Однако влияние этого процесса на клиническое течение аденомы предстательной железы, как и его терапия, в достаточной степени не изучено.

Под нашим наблюдением было 60 больных аденомой предстательной железы I и II стадии следующих возрастных групп: от 50 до 59 лет—14 чел., от 60 до 69—30, от 70 лет и выше—16 чел.

Остаточный азот и мочевины крови исследуемых групп больных были в пределах физиологической нормы. Лейкоцитурия не превышала 10 в поле зрения, а количество остаточной мочи—200 мл. В анамнезе у больных не было указаний на патологию со стороны почек.

По объему получаемой терапии все больные разделены на 3 группы. I группа (20 чел.) получала антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, препараты нитрафуранового ряда, тепловые процедуры, физиопроцедуры, массаж предстательной железы, проводимый ежедневно либо через день 10 раз. Больные II группы (10 чел.) лечились гепарином фирмы «Рихтер», который вводился внутримышечно один раз в день в дозе 10000 МЕ в течение 10 дней. Больные III группы (30 чел.) наряду с гепарином получали антибиотики широкого спектра действия, препараты нитрафуранового ряда, тепловые процедуры, массаж предстательной железы.

Урофлоуметрические данные, получаемые при количестве мочи менее 100 и более 300 мл, не учитывались.

Включение гепарина в малых дозах в комплексную терапию аде-

номитов вызвано следующими соображениями: аденомой предстательной железы страдают в основном в пожилом возрасте, а применение малых доз гепарина улучшает кровообращение в мышце сердца, понижает артериальное давление, нормализует свертываемость крови [1, 2, 9, 10]. Обладая антисеротонинным, антигистаминами свойствами, гепарин оказывает тормозящее влияние на развитие воспаления. Применение гепарина уменьшает интоксикацию, приводит к связыванию им токсина, способствует адаптации тканей к гипоксии, препятствует генерализации стафилококковой инфекции, оказывает антивирусное действие [5, 6]. Гепарин обладает антимиотическим влиянием на нормальные и опухолевые клетки [8]. Малые дозы гепарина устраняют избыток тромбина и дают надежную профилактику кровотечения, улучшают белковую, пигментную и антиоксидантную функции печени.

Учитывая изложенное, а также то, что большинство антибиотиков понижает активность гепарина, содержание которого с возрастом в крови уменьшается, мы сочли целесообразным применение малых доз гепарина в амбулаторных условиях у больных аденомой предстательной железы.

После прохождения курса лечения больные I группы отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевых ощущений (12 чел.). У шести больных уменьшилась частота мочеиспускания, особенно в ночное время, однако затрудненность акта мочеиспускания и вялость струи мочи сохранялись. Пальпаторно у части больных отмечалось уменьшение размеров железы, после массажа—иногда значительное. Секрет обычно был обильный, гнойный, особенно в последующих выделениях. Уродинамика, за исключением одного больного, к концу лечения улучшилась. Увеличение максимального объемного тока мочи колебалось от 0,5 до 10 мл/сек.

Все больные II группы отмечали значительное улучшение общего состояния—исчезали головные боли, боли в области сердца, неприятные ощущения над лоном, в уретре, яичках, усиливался аппетит. Субъективно больные отмечали иногда улучшение акта мочеиспускания, однако урофлоуметрические данные не всегда соответствовали этим ощущениям. Максимальный объемный ток мочи увеличился у 5 больных на 1,5—2 мл/сек. Вид урофлоуметрической кривой оставался прежним. Железа при ректальном пальцевом исследовании оставалась без изменений.

Контроль свертываемости крови осуществлялся определением протромбинового индекса, рекальцификации, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, фибрина и фибриногена в начале и конце курса лечения. В процессе терапии производилось исследование мочи для выявления гематурии.

Лучшие результаты получены в III группе. Наряду с благоприятными изменениями общего состояния у 18 больных, было отмечено уменьшение дизурических явлений у 12 и улучшение уродинамики у всех боль-

ных этой группы. Урофлоуметрическая кривая приобретала более плавный вид, терялась ее обычная многоволновость. Максимальный объемный ток увеличивался на 3—12 мл/сек. Ухудшения состояния или осложнений в процессе лечения мы не наблюдали. У одного больного и у двух больных II группы не наступило ни субъективного, ни объективного улучшения. Показатели коагулограммы не выходили за пределы физиологической нормы.

Таким образом, можно считать, что сочетанная терапия, уменьшая воспалительный процесс в аденоме предстательной железы, улучшает уродинамику.

У шести больных I и 10 больных III группы значительное улучшение состояния позволило отказаться от оперативного лечения. Длительность ремиссии была от 1 до 4 месяцев. В последующем эти больные были оперированы в сроки от 4 до 6 месяцев.

Послеоперационный период у больных, получивших сочетанную предоперационную терапию, отличался гладким течением. Ни у одного из них не наблюдалось инфекционных осложнений. Отмечалось уменьшение количества и размеров кровяных сгустков в промывных водах мочевого пузыря, что положительно сказывалось на функционировании дренажей, заживлении послеоперационной раны, сроках восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Таким образом, сочетанная противовоспалительная терапия в отдельных случаях может явиться самостоятельной формой лечения аденомы предстательной железы, осложненной аденомитом, или применяться совместно с гормональной терапией. Предоперационная сочетанная противовоспалительная терапия благоприятно влияет на течение послеоперационного периода, уменьшая количество инфекционных осложнений и препятствуя образованию крупных сгустков крови в мочевом пузыре, нарушающих проходимость дренажных трубок.

Урологическое отделение больницы
Днепропетровского района г. Херсона

Поступила 16/X 1979 г.

Է. Ա. ԶՈՒՆԻԻՍ, ՅՈՒ. Լ. ԱԼԵՔՍԱՆԴՐՈՎ

ՀԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԱԴԵՆՈՄԱՅԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ
ՊՐՈՑԵՍԻ ԶՈՒԳԱՑՎԱՏ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ուսումնասիրված է հակաբորբոքային բուժման զանազան տարբերակների ազդեցությունը շագանակագեղձի առաջին և երկրորդ աստիճանների ադենոմայի կլինիկական ընթացքի վրա: Լավագույն արդյունքներ նկատվել են այն հիվանդների մոտ, որոնց բուժման համար օգտագործվել է հեպարին-թերապիան՝ զուգակցված հակաբիոտիկներով, նիտրոֆուրանային շարքի դեղամիջոցներով, սուլֆանիլամիդներով, շագանակագեղձի մերսումով, ֆիզիոպրոցեդուրաներով: Սա հնարավորություն է տալիս առաջարկելու շա-

դանագեղձի ադենոմայի զուգակցված հակաբորբոքային բուժում այն դեպքում, երբ հիվանդությունը բարդացված է ադենոմիտով:

E. A. ZOUNIKHIS, YU. L. ALEKSANDROV

COMBINED THERAPY OF THE INFLAMMATORY PROCESS IN PROSTATE ADENOMA

The effect of different versions of antinflammatory therapy on the clinical development of adenoma of the I and II degrees has been studied in 60 patients. The best results of the treatment are observed in patients, who have been treated with combination of heparinotherapy with antibiotics, preparations of nitrate furan raw, sulfanilamides, physioprocedures and massage of the prostate. Thus, it is recommended to use the combined antinflammatory therapy for the treatment of adenoma of the prostate complicated by adenomitis, especially when the surgical treatment is to be postponed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алейникова Л. И. Кардиология, 1965, т. 5, 4, стр. 50.
2. Бабилян Э. Л. Труды Ереванского института усовершенствования врачей, 1972, вып. 6, стр. 229.
3. Голигорский С. Д. Краткие тезисы докл. 3-го пленума правления Всесоюзского общества урологов. Л., 1972, стр. 52.
4. Голигорский С. Д., Суходольская А. Е., Бялик В. В., Руденко А. В. и др. Урология и нефрология, 1978, 3, стр. 29.
5. Казначеев В. П., Шудрин С. П., Дзизинский А. А. В кн.: Структура и функция гистогематических барьеров. М., 1971, стр. 158.
6. Коршунова Р. А. Микробиология, эпидемиология и иммунология. М., 1968, 2, стр. 135.
7. Кухтевич И. И., Миценко М. Д., Проскурина О. А. В кн.: Международный конгресс геронтологов, т. 3. Киев, 1972, стр. 345.
8. Шац В. Я. Вопросы онкологии, т. 12. Л., 1966, 8, стр. 113.
9. Korschegg K. Weinez Klein Wsch., 1950, 48.
10. Steinbach M., Dobzeanu-Euescu V., Chitescu E. et al. Stud. Cercet. Med. Intern., 1961, 25, 671.