



УДК 616.711.6-018.3-002:615.825.1

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВОТОКА В ПРОСТАТЕ В ПЕРИОД МУЖСКОГО КЛИМАКСА, СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

П.Г. ОСИПОВ

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: osipov2008@mail.ru

В статье представлено новое решение проблемы лечения мужского климакса на фоне хронического простатита с помощью альтернативной антигомотоксической терапии. Установлено, что хронический простатит – это не местное заболевание, а процесс, касающийся многих органов и систем. Разработана новая гемодинамическая классификация хронического простатита, основанная на объективной оценке венозного и артериального кровотока в простате. Это позволяет с новых позиций подойти к его патогенезу с последующим подбором оптимальных вазокорректоров для купирования климактерических нарушений и органной гемодинамики.

Ключевые слова: хронический простатит, мужской климакс, органная гемодинамика, антигомотоксическая терапия, тестостерон ундеканат.

Общеизвестно, что половая активность с возрастом необратимо угасает. У мужчин не происходит заметного снижения уровня гормонов и поэтому нет ничего подобного женской менопаузе. Однако мужчины часто именно в этот период испытывают период стресса, хотя он менее предсказуем, и его симптомы более разнообразны. Его называют кризисом среднего возраста, переходным периодом, или мужским климаксом [2]. Трудности решения многих вопросов возрастной сексопатологии объясняются методологическими и методическими недостатками, отсутствием достоверных критериев и механизмов их возникновения. Для патогенетического лечения необходимо учитывать индивидуальные особенности сексуальных проявлений, которые зависят от половой конституции, социальных условий, сексуального опыта, интеллекта человека и состояния его здоровья. Очевидным является не только медицинское, но и социальное значение этой проблемы [4].

Наиболее частые клинические проявления мужского климакса: вегето-сосудистые (эмоциональная лабильность, потливость, тахикардии, парестезии, головная боль, перепады артериального давления, зябкость, нарушение сна, копулятивные расстройства и др.) и психопатологические (раздражительность, депрессии, нарушение памяти, способности к концентрации внимания, снижение либидо и т.д.). Проявления климактерического синдрома часто приводят к снижению трудоспособности, усложняют общественную жизнь мужчины [6]. Однако наиболее сложной и еще далекой от своего разрешения остается проблема мужского климакса в сочетании с хроническим простатитом (ХП). ХП и связанная с ним васкулогенная эректильная дисфункция, как показали данные последних доплерографических исследований, часто имеют одни и те же причины развития и являются симптомами скрыто протекающего сосудистого заболевания, резко обостряющегося на фоне климакса или же ускоряющего его приближение. Существующие в настоящее время различные теории этиологии и патогенеза ХП часто не удовлетворяют не только практических врачей, но и многих исследователей, работающих над ней [1].

В настоящее время дебатированы три основных механизма развития ХП: бактериальная теория, которую более правильно назвать инфекционной, из которой следует, что простатит вызывается восходящей бактериальной инфекцией; аутоиммунная теория, в основе которой лежит положение, что простатит возникает как ответная иммунная реакция на антигены, образующиеся в самой предстательной железе; гемодинамическая теория, согласно которой в развитии всех видов простатита (инфекционных и неинфекционных) ведущую роль играют гемодинамические нарушения [7].

Гемодинамическая теория привлекательна тем, что в свете последних диагностических технологий (трансректальное доплеровское сканирование), позволила по-новому подойти не только к диагностике, но и к лечению ХП и климактерического синдрома. Благодаря научно-техническому прогрессу, появилась возможность получить достоверную информацию о состоянии венозной и артериальной гемодинамики предстательной железы (ПЖ), что требует пересмотра применения большой группы препаратов, которые до этого часто применялись только интуитивно, или же учитывали косвенные признаки гемодинамических нарушений в ПЖ [1]. В течение последних 10 лет до 80% всех методов диагностики и лечения данного заболевания возникли вновь или были заменены новыми (ангиография V. Michal, радионуклидная диагностика M. Shirai, H. Nakamura, реофаллография И.И. Горпинченко и др.) [5]. Если для решения локальной задачи эти методики имели приоритетное значение, то для внедрения в суть патологического процесса их явно недостаточно, а отсутствие нужной



диагностической базы нередко приводило к назначению неадекватного лечения, результаты которого не были правильно оценены [8]. Нами был уточнен механизм патологического процесса с тонким анализом соотношения структуры и функции, их прогностическая оценка на каждом этапе заболевания. Мы пытаемся выйти на такой уровень диагностики, на котором формальный нозологический, функциональный диагноз уже недостаточен.

Целью настоящего исследования было изучение гемодинамических нарушений в ПЖ при мужском климактерическом синдроме и его лечение с применением антигомотоксической терапии (АГТ).

Назначение АГТ проводится в любой области медицины соответствующими врачами-специалистами, что органично встраивает этот метод в сложившуюся структуру оказания специализированной врачебной помощи и в систему существующих методов лечения и контроля их эффективности. Антигомотоксические препараты (АП) без ограничений сочетаются с другими лекарственными средствами. Близость ее теоретических постулатов сходна со многими современными представлениями о патогенезе уроandroлогической патологии. Четкий алгоритм составления схем АГТ позволяет врачу грамотно назначить лечение в отведенный ему временной регламент при приеме пациента. Применение комплексных АП делает необязательным детальное изучение гомеопатии. Недостатки современной аллопатической медицины: нарушение микробиоценоза мочеполовых путей и кишечника; иммуносупрессивное действие; аллергические эффекты; синергизм препаратов. Основные же преимущества АГТ – восстановление гомеостаза регулирующих систем; стимуляция метаболизма; выведение экзо- и эндогенных гомотоксинов; торможение образования эндогенных гомотоксинов; коррекция гемодинамических нарушений. Ключевая роль – вспомогательная иммунологическая реакция. Эффект достигается с помощью комплексных гомеопатических препаратов, направленных на различные звенья патогенетических механизмов, что влияет на тканевые и системные регуляторные механизмы. Достигается эффект стимуляции механизмов самоочищения органов и тканей, при этом восстанавливаются их метаболические и функциональные резервы.

Гемодинамические нарушения при простатите в ПЖ будут характеризоваться снижением уровня регионарного кровотока с низким уровнем резерва гемодинамики органов малого таза, и степень нарушений гемодинамики будет зависеть от частоты обострений хронического воспалительного процесса, а гемодинамические расстройства будут определяться характером имеющихся патологических васкулогенных нарушений.

Поставленная задача достигалась путем введения следующих патологических форм васкуляризации предстательной железы: гиперемической; ишемической; смешанной. По степени гемодинамических изменений: умеренно выраженная; средняя; резко выраженная. По распространенности: локализуемая в центральной зоне, в области парауретрального сплетения; преимущественно по ходу уретры и семявыбрасывающего протока; в капсулярных сосудах; тотальная. Сосудистые изменения ПЖ могут стать основой для возникновения ишемического простатита, когда нарушается артериальный приток, а в случае нарушенного венозного оттока возникает гиперемический простатит.

Число методов исследования увеличивается с каждым годом, однако «выживаемость» их с годами падает, это во многом связано с полиморфизмом клинической симптоматики и отсутствием адекватной оценки тяжести и патоморфологических изменений в предстательной железе.

Оценка морфофункционального состояния ПЖ проводилась по следующим критериям: форма, размеры и расположение органа, контуры и границы, симметричность парных структур, структура органа, экзогенность, наличие патологических образований и (или) структур в ткани железы. Исследование проводили методом многоплоскостного трансректального сканирования на ультразвуковом сканере (Logiq 5). Прибор оснащен технологиями цветового и энергетического картирования потоков, спектрального доплера, программой с режимом второй тканевой гармоники и технологией трехмерной реконструкции исследуемых структур. Зональное общепринятое подразделение ПЖ было предложено J. McNeal. С учетом этой концепции была разработана схема трансректального доплерографического исследования ее сосудистого строения и регистрации показателей внутриорганного кровотока. Доплерографическому исследованию подлежали артерии и вены парауретрального сосудистого сплетения (центральная зона), межжелезистые сосуды (транзиторная зона), капсулярные сосуды, опосредованно отражающие характер кровотока в периферической зоне железы. Нами исследовались скоростные показатели кровотока в ПЖ, индексы резистентности, ход сосудов и их диаметр, равномерность просветов артерий и симметричность кровотока в парных отделах ПЖ. Количественно оценивались: пиковая скорость кровотока – V_{ps} (см/с); индекс резистентности – IR (безразмерная величина); диаметр сосуда – DV (см); средняя скорость кровотока – V_{mean} (см/с); объемная скорость кровотока – V_{vol} (см/с); удельный кровоток – ID (безразмерная величина).

Для установления нормальных значений кровоснабжения ПЖ были проведены исследования в контрольной группе из 16 человек, не предъявлявших жалоб, с нормальной эхографической серошкальной картиной, не имевших аномалий сосудистого русла ПЖ. Возраст пациентов контрольной группы составил 47-58 лет. Подбор пациентов проводился таким образом, чтобы исключить сопут-

ствующую патологию, способную влиять на стандартизацию результатов исследования, а именно: гипертоническую болезнь, реноваскулярную гипертензию, болезни системы кроветворения, системные васкулиты, эндокринные нарушения. Гемодинамические показатели ПЖ в норме: $V_{ps} - 10,52 \pm 3,28$; $IR - 0,7 \pm 0,05$; $DV - 0,09 \pm 0,01$; $V_{mean} - 7,31 \pm 2,07$; $V_{vol} - 0,051 \pm 0,013$.

Основную группу больных составили 69 пациентов в возрасте 47-58 лет с выраженными проявлениями мужского климакса. Критерием исключения являлся уровень общего ПСА более 4 нг/мл, а также случаи мужского бесплодия.

У обследованных пациентов ишемический простатит был выявлен у 21, гиперемический – у 16 и смешанный простатит – у 32 пациентов.

Комплексное обследование включало изучение жалоб и сбор анамнеза; физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование; доплерографическое исследование ПЖ и исследование ее секрета. Гиперемический простатит визуально характеризовался повышением количества цветочных сосудистых пикселей в плоскости сонографического среза, расширением просветов сосудов, причем расширение сосудистого рисунка в зоне парауретрального сплетения характеризует преимущественно уретрогенный тип воспаления. Расширение межжелезистых сосудов и сосудов периферической зоны ПЖ указывало преимущественно на гемато- и (или) лимфогенный источник воспаления, или на рецидивирующий тип воспаления (хронический простатит), индуцированный патогенной, условно-патогенной или сапрофитной флорой ПЖ.

Факторы, способствующие гиперемическому простатиту: врожденные анатомические особенности развития вен парапростатического сплетения, слабость венозных стенок в результате воздействия инфекций, передающихся половым путем, так и гиподинамия, сексуальная дизритмия, злоупотребление алкоголем и курением. Сосудистый стаз в венозной системе постепенно приводит к повышению давления крови в капиллярах и в последующем к увеличению объема плазмы, проникающей из капилляров в ткани, и развитием отека. Антигомотоксическая; терапия хронического простатита (все формы) включала следующие этапы.

I этап – дренажная терапия: *Lymphomyosot* – по 15 кап. 2 раза в день; *Coenzyme compositum* – по 2,2 мл в/в 2 раза в неделю, № 5-10, в/м; *Mucosa compositum* – по 2,2 мл в/в 2 раза в неделю, № 5-10, в/м, курс 3-4 недели.

II этап – противовоспалительная терапия: *Echinacea compositum S* – по 2,2 мл 2-3 раза в неделю, в/м; *Traumeel S* (таблетки) – по 1 таб. 3 раза в день; (ампулы) – по 2,2 мл 2-3 раза в неделю, в/м; при нарушении функции печени *Neper compositum* (амп.) – по 1 амп. 2,2 мл 1-2 раза в неделю. Курс лечения 3-8 недель.

III этап – коррекция эндокринных нарушений: *Testis compositum* – по 2,2 мл 2-3 раза в неделю, в/м; *Galium-Neel* (капли) – по 10 кап. 2 раза в день. При болевом синдроме: *Traumeel S* (таблетки) – по 1 таб. 3 раза в день; *Viburcol* (свечи) – по 1 св. 2-3 раза в день. Курс лечения 3-8 месяцев.

После первого этапа терапии пациенты получали на протяжении 12 недель тестостерон ундеcanoат (андриол) по 120 мг в сутки.

Гемодинамическая картина гиперемического простатита после лечения характеризовалась тем, что внутрижелезистая дифференциация стала более четкой, а признаки инфильтративно-фиброзных изменений были уже менее выражены. Достоверного уменьшения диаметра просвета вен не зарегистрировано, оно было таким же, как до лечения. Но изменилась скорость кровотока в венах простатического сплетения, если до курса терапии она составила 13,73 см/с, то после лечения достоверно уменьшилась до $8,85 \pm 0,78$ см/с ($p < 0,05$). Эти факторы и оказывают определяющее влияние на амплитуду венозного кровотока при отсутствии (или в стадии ремиссии) воспалительного процесса в ПЖ.

При ишемической форме воспаления сосудистый рисунок обеднен, чаще асимметричен. Просветы сосудов сужены. Скоростные показатели кровотока и индексы резистентности в артериях железы повышены вследствие усиления тонуса сосудистой стенки. При ишемической форме гемодинамических расстройств изменения сосудистого рисунка, в первую очередь, затрагивали периферические отделы. Для умеренно выраженной степени ишемического простатита характерно ослабление сосудистого рисунка в периферических отделах. Резко выраженная степень ишемии характеризовалась тотальным обеднением сосудистого рисунка ПЖ, визуализацией единичных сосудистых пикселей, резким сужением просветов артерий. При ишемическом простатите проводилась терапия для нормализации гемодинамики ПЖ и нормализации ее тонуса и обменных процессов в стенках сосудов, стимуляции функционирующих магистральных артериол, включения в работу артериоло-венозных шунтов.

Коррекция ишемических сосудистых нарушений: *Impraza* (таблетки) – по 1 таб. 3 раза в день 3-4 недели, *Traumeel S* (таблетки) – по 1 таб. 3 раза в день, *Angio-Injeel* – по 1,1 мл в/м 1-2 раза в неделю, *Coenzyme compositum* (амп.) – по 2,2 мл в/к 1-2 раза в неделю 3-4 недели, *Cerebrum compositum* (амп.) – по 1 амп. 2,2 мл 1-2 раза в неделю.



При нарушении функции печени: Нераг compositum (амп.) – по 1 амп. 2,2 мл 1-2 раза в неделю. Курс лечения 3-11 недель.

Некоторые исследования указывают на значимое увеличение эффективности фармпрепаратов у мужчин с частичным андрогенодефицитом при одновременном назначении препаратов тестостерона [9]. Это подтверждено нашими исследованиями.

Динамика концентрации тестостерона и лютеинизирующего гормона (ЛГ) под воздействием 12-недельного назначения тестостерона ундеcanoата (андриол) показана в таблице 1. Статистически значимые ($p < 0,05$) равнонаправленные изменения коснулись обоих гормонов: наблюдалось увеличение концентрации тестостерона и уменьшение – ЛГ. При этом повышались показатели копулятивной функции (согласно анкеты учета Международного индекса эректильной функции – МИЭФ-5) и качество жизни.

Таблица 1

Динамика концентрации тестостерона и лютеинизирующего гормона

Показатель	До лечения	После лечения
Тестостерон, нг/мл	4,8±0,3	8,9±0,8*
Лютеинизирующий гормон, мМЕ/мл	4,3±0,6	1,6±0,2*

Примечание: * – $p < 0,05$

Положительный эффект в 76% случаев при лечении ишемического простатита получен при использовании метода ступенчатой аутогемотерапии в комбинации следующих антигемотоксических препаратов: импаза, ангио-иньель, эхинацея композитум, псоринохель, траумеель, коензим композитум по 1 ампуле в указанной последовательности в биологически активные точки Е36, TR5, F2. Для устранения психогенного ангиоспазма нервохель по 1 таб. 3 раза в день, в течение 1-2 месяцев. Изменение показателей гемодинамики обусловлено комплексной терапией в сочетании с ангиоиньель, что способствовало увеличению функционирующих магистральных артериол артериоло-венозных шунтов, что уменьшало ишемизацию паренхимы и способствовало ликвидации воспалительного процесса.

Выводы:

1. Приведенные данные дают основание говорить о правомерности выдвинутых возможных патогенетических механизмах развития мужского климакса, хронического простатита и предложенной их гемодинамической классификации.
2. Предложенная классификация позволяет с новых позиций подойти к патогенезу мужского климакса и хронического простатита с целью подбора оптимальных вазокорректоров для нормализации органного кровотока в предстательной железе.
3. Потенцирующее действие санирующего эффекта вазокорректоров оказывает 12-недельная заместительная гормональная терапия частичного андрогенодефицита тестостероном ундеcanoатом (андриол).

Литература

1. Абудуев Н.К. Опыт применения детралекса в комплексном, лечении больных хроническим уриногенным простатитом / Н.К. Абудуев, А.А. Кубанова, М.М. Васильев и др. // Вестник дерматологии. – 2001. – № 5. – С. 65-67.
2. Возианов А.Ф. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения. / А.Ф. Возианов, И.И. Горпинченко // Сексология и андрология. К; 2002. – Вып. 6. – С. 3-6.
3. Клименко П.М. Обоснование альтернативной терапии в комплексном лечении больных хроническим простатитом / П.М. Клименко // Здоровье мужчины. – №2(11). – 2003. – С. 56 – 58.
4. Мазо Е.Б. Фармакотерапия хронических простатитов. / Е.Б. Мазо, А.Б. Степенский, С.И. Гамидов и др. // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 23. – С. 17-24.
5. Чураков А.А. Особенности структурных изменений предстательной железы у больных уретрогенным хроническим простатитом по данным трансректального ультразвукового исследования. / А.А. Чураков, С.П. Земсков, А.П. Суворов, А.Н. Куличенко // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2002. № 2. – С. 41-45.
6. Троценко Б.В. Морфофункциональная характеристика предстательной железы человека во втором зрелом возрасте (36-60 лет). Труды Крымск. мед. ин-та. – 1979. – № 78. – С. 75 – 77.
7. Хейфец В.Х. Экспериментальные модели хронического простатита. / В.Х. Хейфец, М.А. Забежинский, А.Б. Хролович, В.Х. Хавинсон // Урология. – 1999. – № 5. – С. 48 – 52.
8. Domingue G.J. Prostatitis. / G.J. Domingue // Clin. Microbiol. Rev. – 1998. – № 11. – С. 604 – 613.
9. Kalinchenko S.Y. Oral testosterone undecanoate reverses erectile dysfunction associated with diabetes mellitus in patients failing on sildenafil citrate therapy alone. / S.Y. Kalinchenko, G.I. Kozlov, N.P. Gontcharov, G.V. Katsiya // Aging Male. – 2003. – № 6. – С. 94 – 99.



ALTERNATIVE CORRECTION OF ALTERED BLOOD FLOW IN THE PROSTATE DURING MALE MENOPAUSE COMBINED WITH CHRONIC PROSTATITIS

P.G. OSIPOV

*Belgorod National
Research University*

e-mail: osipov2008@mail.ru

The paper presents a new solution for the treatment of climacterium virile on the background of chronic prostatitis with the help of alternative antihomotoxic therapy. It was determined that chronic prostatitis is not a local disease, but a process of relating to many organs and systems. A new hemodynamic classification of chronic prostatitis based on the objective estimation of venous and arterial blood flow in prostate is presented. It in its turn allows to approach to its pathogenesis from new positions as well as to select optimal vasocorrectors for cupping of climacteric disturbances and organic hemodynamics. Key words: chronic prostatitis, climacterium virile, organic hemodynamics, antihomotoxic therapy.

Key words: chronic prostatitis, climacterium virile, organic hemodynamics, antihomotoxic therapy.