



Поликлиника №2 им.Семашко

Клиническая работа по теме: «Оценка эффективности аппарата «Простамаг» на изменение показателей кровотока в органах малого таза».

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Представленный клинический разбор демонстрирует алгоритм междисциплинарного взаимодействия, что позволяет помочь пациенту со сложной и труднокурабельной патологией.

Ключевые слова: диагностика и лечение простатита, Простамаг.

ВВЕДЕНИЕ. Одной из наиболее значимых тенденций в урологической практике последнего десятилетия является пересмотр критериев диагноза «хронический простатит». Показано, что около 25% мужчин имеют диагноз «хронический простатит», CHRONIC PROSTATITIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS. CASE REPORT DISCUSSION Academy of Postgraduate Education under the FSBU «Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Medical Assistance and Medical Technologies of the Federal Medical Biological Agency», Moscow, Russian Federation V.P. Kovalyk, E.V. Ekusheva при этом лишь у 3–5% их них обнаруживается подтвержденная бактериальная инфекция предстательной железы, и пациенты действительно нуждаются в специфическом лечении антимикробными лекарственными средствами [1, 2]. В остальных случаях предусмотрена помощь с применением с учетом физиотерапевтических методов лечения.

В современной классификации простатита представлено разделение на острый процесс заболевания, или категорию I, и на хроническую бактериальную инфекцию, или категорию II, которые составляют не более 5% всех имеющихся диагнозов «простатит» [3]. Категория III включает в себя остальные варианты хронической тазовой боли, в развитии которой играют роль патологические процессы в других органах и системах организма. Проведенные исследования пациентов с хроническим простатитом (ХП) продемонстрировали существенную роль воспалительного синдрома, психосоматической патологии и разнообразных инфекций в генезе этого патологического состояния. При этом пациенты с ХП продолжают оставаться «сложной» категорией больных как с точки зрения постановки диагноза и определения патогенетических механизмов развития заболевания, так и с позиции выбора эффективного лечения, несмотря на многочисленные клинические и научные исследования, проведенные в этой области медицины. В частности, традиционным лечением ХП, или терапией 1-й линии, является так называемая 3А-терапия, включающая препараты из групп антибиотиков, α -блокаторов и нестероидных противовоспалительных средств [4]. Вместе с тем до 46% пациентов отмечают неудовлетворительный результат указанного курса лечения [5]. Невропатическая боль в структуре ХП, по данным зарубежных исследований [6], составляет 30%, что диктует необходимость тесного сотрудничества уролога и физиотерапевта на всех этапах ведения этой категории больных. Представленный клинический разбор демонстрирует алгоритм такого междисциплинарного взаимодействия.

О пациенте Пациент Д., 44 года, женат, по профессии экономист. Обратился с жалобами на ежедневные боли в области ануса, промежности и крестца, преимущественно справа. Боли усиливаются в положении сидя и несколько стихают ночью. Периодически отмечает иррадиацию болевых ощущений в правую половину мошонки и верхнюю часть прилегающей области бедра. Анамнез заболевания. Неприятные ощущения тяжести в области промежности и

ануса впервые появились 4 мес назад после переохлаждения. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов в форме свечей имело лишь временный эффект, болезненные явления постепенно прогрессировали.

Пациенту Д. поставлен диагноз ХП.

Обследование. Локальный статус. Наружные половые органы без особенностей. Головка полового члена, область возле наружного отверстия уретры без особенностей, при массаже уретры выделений нет. Органы мошонки при пальпации безболезненны. Пальцевое ректальное исследование: предстательная железа 3×3 см, неравномерной консистенции, несколько сглажена срединная борозда, асимметрия за счет некоторого увеличения правой доли. Семенные пузырьки не пальпируются, их область безболезненна. Обращает на себя внимание появление резкой боли при пальпации области выше и правее апикального края предстательной железы.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследований:

Урофлоуметрия: Q_{\max} 22 мл/с, $Q_{\text{ав}}$ 16 мл/с. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря: без особенностей. Остаточной мочи нет. Трансректальное ультразвуковое исследование: объем предстательной железы 28,5 см³, периуретрально лоцируются кальцинаты до 3 мм и зона фиброза в правой доле железы 8 мм. Снижение кровотока в правой и левой доле предстательной железы. (Приложение №1). Тяжесть заболевания, согласно Индексу симптомов хронического простатита Национального института здоровья США (NIH CPSI), составила 28 баллов, качество жизни (QoL) — 5. Домен боли — 15, домен мочеиспускания — 2, домен влияния на повседневную жизнь — 11.

Диагноз и прогноз. Проведенное бактериологическое исследование секрета предстательной железы выявило рост энтеробактерий и кишечной палочки, что позволило врачу поставить диагноз: «хронический простатит. Обострение» и назначить антимикробную терапию, в течении 14 дней: левофлоксацином в дозе 500 мг/сут, свечи с диклофенаком в дозе 50 мг/сут, физиолечение АППАРАТОМ

"ПРОСТАМАГ" ВИБРОМАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ. Аппарат «Простамаг» обеспечивает комплексное воздействие: инфракрасное излучение, низкочастотная вибрация, постоянное магнитное поле. Работа аппаратом «Простамаг» была осуществлена в режиме вибрации с 4 по 7, последовательно изменяя режим каждую вторую процедуру. Процедуры проводили ежедневно, продолжительностью 10 минут, курс- 8 процедур. Рекомендован повторный курс -через 2 недели.

Таким образом, основными симптомами у пациента Д. явились боль в области ануса и промежности, усиливающиеся в положении сидя. На фоне проводимого лечения пациент отметил существенное улучшение в виде уменьшения болей в области ануса и промежности.

Для контрольной оценки бактериальной природы воспаления предстательной железы провели стандартное микроскопическое и бактериологическое исследование до- и постмассажной пробы мочи. В результате исследования получили отсутствие роста бактерий в обоих случаях, лейкоциты — 0-1 в поле зрения, эритроциты — 0 в поле зрения в обеих пробах, что свидетельствует об отсутствии воспалительного процесса.

При контрольном ультразвуковом исследовании определяется улучшение кровотока в рамках референсных значений. (Приложение №2). В настоящее время пациент использует нефармакологические методы терапии: иглоукалывание и остеопатическую коррекцию, не принимает препаратов из группы нестероидных противовоспалительных и антидепрессантов.

ОБСУЖДЕНИЕ. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость проведения комплексного лечения хронического простатита с применением комплексного физиотерапевтического воздействия (инфракрасное излучение, низкочастотная вибрация, постоянное магнитное поле предстательной железы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Диагностика и лечение хронического простатита является междисциплинарной проблемой и требует тщательного и детального клинического обследования с активным привлечением целого ряда специалистов. Принципиально важным является внедрение в клиническую практику использование физиотерапевтических методов лечения предстательной железы. АППАРАТ "ПРОСТАМАГ" ВИБРОМАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ позволяет сократить сроки лечения с максимальным процентом благоприятных исходов, обеспечивая быстрый и значительный клинический эффект и длительную ремиссию заболевания.

Врач высшей категории, к.м.н уролог

05.09.2024



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 1. Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. *Clin Infect Dis*. 2010;50(12):1641–1652. doi: 10.1086/652861. 2. Krieger JN, Lee SW, Jeon J Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 Suppl 1:S85–90. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028. 3. Krieger JN, Nyberg L, Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*. 1999;282(3):236–237. doi: 10.1001/jama.282.3.236. 4. Thakkinstian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. Alpha-blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int*. 2012;110(7):1014–1022. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11088.x. 5. Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and network metaanalysis. *JAMA*. 2011;305(1):78–86. doi: 10.1001/jama.2010.1913. 6. Doiron RC, Tripp DA, Tolls V, Nickel JC. The evolving clinical picture of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a look at 1310 patients over 16 years. *Can Urol Assoc J*. 2018;12(6):196–202. doi: 10.5489/cuaj.4876. 7. Stamey TA. Prostatitis. *J R Soc Med*. 1981;74(1):22–40. doi: 10.1177/014107688107400106. 8. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol*. 1997;3(1):38–43. 9. Feldman EL, Grisold W, Russell JW, Löscher WN. *Atlas of Neuromuscular Diseases*. 2nd ed. Wien: SpringerVerlag, 2014. 10. Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306–10. doi: 10.1002/nau.20505 11. Kaiser T, Jost WH, Osterhage J, et al. Penile and perianal pudendal nerve somatosensory evoked potentials in the diagnosis of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2001;13(2):89–92. doi: 10.1038/sj.ijir.3900520. 12. Cejas CP, Bordegaray S, Stefanoff NI. [Magnetic resonance neurography for the identification of pudendal neuralgia. (Article in Spanish)]. *Medicina (B Aires)*. 2017;77(3):227–232.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Громов Алексей Владимирович канд. мед. наук,
адрес: 119049, Москва, Житная 10, e-mail: info@semashko-clinic.ru;

Ультразвуковое исследование (УЗ - аппарат VOLUSON 730):

Правая почка размерами 11,0 x 5,5 см., с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не выявлено. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка размерами 11,0 x 5,5 см., с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не выявлено. Подвижность почки в пределах нормы.

Предстательная железа (ректальным датчиком): с четкими ровными контурами, неоднородной эхоструктуры. Парауретрально лоцируются гиперэхогенные включения без акустической дорожки. В центральной зоне с обеих сторон лоцируются гидрофильные включения. Предстательная железа размерами 3,0 x 3,3 x 3,4 см., объемом до 45 см. куб.

Левый семенной пузырек шириной до 0,51 см., структурно однородный. Ампула левого семявыносящего протока лоцируется на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,47 см., структурно однородная.

Правый семенной пузырек шириной до 0,65 см., структурно однородный. Ампула правого семявыносящего протока лоцируется на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,45 см., структурно однородная.

Семенные пузырьки не расширены, структурно однородные. Ампулы семявыносящих протоков лоцируются на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,4 см., структурно однородные.

При ЦДК кровотоков в простате обеднен, распределен неравномерно и несимметрично, очагов патологической васкуляризации нет.

При импульсно-волновом сканировании интрапростатических артерий:

Параметры	Vps	Ved	TAMX	PI	RI	S/D
Правая доля простаты	8,1	3,6	5,3	0,92	0,55	2,2
Левая доля простаты	9,4	1,6	3,6	1,5	0,8	5,0

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, содержимое однородное.

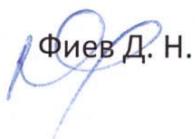
Органы мошонки: яички с четкими ровными контурами, структурно однородные, придатки их без патологических изменений. Левое яичко размерами 2,4 x 3,2 x 3,5 см, объемом до 14 см. куб. Правое яичко размерами 2,4 x 3,2 x 3,5 см, объемом до 17 см. куб.

При ЦДК кровотока в яичках распределен равномерно и симметрично, очагов патологической васкуляризации не выявлено.

При пробе Вальсальвы не отмечается ретроградный кровоток по венам лозовидного сплетения слева (диаметр вен до 0,4 см., линейная скорость кровотока до 12 см/сек.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-признаки патологического кровотока (снижения и обеднения) в предстательной железе. Хронический простатит. Обострение

Врач, д.м.н.

 Фиев Д. Н.

Ультразвуковое исследование (УЗ - аппарат VOLUSON 730):

Правая почка размерами 11,0 x 5,5 см., с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не выявлено. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка размерами 11,0 x 5,5 см., с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не выявлено. Подвижность почки в пределах нормы.

Предстательная железа (ректальным датчиком): с четкими ровными контурами, неоднородной эхоструктуры. Парауретрально лоцируются гиперэхогенные включения без акустической дорожки. В центральной зоне с обеих сторон лоцируются гидрофильные включения. Предстательная железа размерами 3,0 x 3,3 x 3,4 см., объемом до 44 см. куб.

Левый семенной пузырек шириной до 0,51 см., структурно однородный. Ампула левого семявыносящего протока лоцируется на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,47 см., структурно однородная.

Правый семенной пузырек шириной до 0,65 см., структурно однородный. Ампула правого семявыносящего протока лоцируется на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,45 см., структурно однородная.

Семенные пузырьки не расширены, структурно однородные. Ампулы семявыносящих протоков лоцируются на протяжении 4,0 см. от контура предстательной железы, шириной до 0,4 см., структурно однородные.

При ЦДК кровотоков в простате распределен равномерно и симметрично, очагов патологической васкуляризации нет.

При импульсно-волновом сканировании интрапростатических артерий:

Параметры	Vps	Ved	TAMX	PI	RI	S/D
Правая доля простаты	15,6	1,8	6,1	0,98	0,81	6,1
Левая доля простаты	15,8	1,9	5,8	1,7	0,9	6,4

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, содержимое однородное.

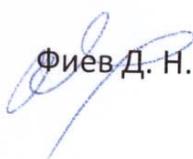
Органы мошонки: яички с четкими ровными контурами, структурно однородные, придатки их без патологических изменений. Левое яичко размерами 2,4 x 3,2 x 3,5 см, объемом до 14 см. куб. Правое яичко размерами 2,4 x 3,2 x 3,5 см, объемом до 17 см. куб.

При ЦДК кровотока в яичках распределен равномерно и симметрично, очагов патологической васкуляризации не выявлено.

При пробе Вальсальвы не отмечается ретроградный кровоток по венам лозовидного сплетения слева (диаметр вен до 0,4 см., линейная скорость кровотока до 12 см/сек.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ-признаки хронического воспаления в предстательной железе, в стадии ремиссии. Кровоток в простате восстановлен.

Врач, д.м.н.


Фиев Д. Н.

№ п/п	№	Имя	Фамилия	Отчество	Дата рождения
1	14	Иван	Иванов	Иванович	1980
2	15	Петр	Петров	Петрович	1985
3	16	Александр	Александров	Александрович	1990
4	17	Сергей	Сергеев	Сергеевич	1995
5	18	Дмитрий	Дмитриев	Дмитриевич	2000

