

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.07; 616.65-002-08

НА ПРАВАХ РУКОПИСИ

АБДУВОХИДОВ АБДУСАМАД АБДУКАХОРОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ**

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.23 – УРОЛОГИЯ**

ДУШАНБЕ 2019

Работа выполнена на кафедре урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель: **Солихов Дилшод Нигматович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Официальные оппоненты: **Кодири Тавфик Рафикзода** – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник Таджикистана, профессор кафедры урологии и андрологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Одилов Аминджон Юсуфович - кандидат медицинских наук, заместитель директора по науке Государственного учреждения “Республиканский научно-клинический центр урологии” Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Ведущая организация: ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Защита диссертации состоится « 28 » июня 2019 г., в 15:00 часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-025 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино, по адресу 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на официальном сайте www.tajmedun.tj Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета ,
доктор медицинских наук**

Назаров Ш.К.

Введение

Актуальность. Согласно эпидемиологическим исследованиям, хронический простатит, в частности абактериального генеза, считается достаточно распространенным заболеванием. Длительнотекущий воспалительный процесс в простате приводит к наиболее серьезным последствиям в виде эректильной и генеративной дисфункции. Эти изменения достаточно негативно влияют на психосоматическое состояние мужчин, особенно среди молодого возраста. Судя по анализам разных авторов, от 20 до 40% мужчин страдает хроническим простатитом, при этом у всех отмечается снижение качества жизни (Nicel J.C., 2009; Аль-Шукри С.Х., и соавт. 2009; Кодир Т.Р., 2011; Кадыров З.А. и соавт., 2016; Ткачук В.Н., и соавт. 2016; Виноградов И.В. и соавт. 2018).

В настоящее время, для объективизации и оценки симптомов, при хроническом простатите широко применяется анкетирование по разным шкалам. Наиболее часто используется: шкала системы суммарной оценки симптомов хронического простатита (СОС - ХП), шкала симптомов хронического простатита, созданная национальным институтом здоровья США (CPSI - NIH USA 1999) и шкала международной системы суммарной оценки симптомов заболеваний предстательной железы - IPSS (Солихов Д.Н., 2010; Ризоев Х.Х., 2012; Ткачук В.Н., 2015; Крянга А.А. 2018).

В последнее время в печати появились многочисленные работы о возможности трансректального ультразвукового исследования простаты, но до сих пор не существует единого норматива доплерографической оценки кровотока в предстательной железе, а также о значении этого исследования в диагностике, терапии, определении частоты рецидивов и предупреждения обострения хронического абактериального простатита. В литературе мало встречаются конкретные данные о состоянии гемодинамики в простате в период исследования и лечения больных хроническим абактериальным простатитом (Солихов Д.Н., 2010; Аляев Ю.Г. и соавт. 2015; Кодир Т.Р. и соавт. 2016). Вышесказанное говорит о том, что исследование состояния кровообращения в предстательной железе среди больных хроническим абактериальным простатитом имеет огромное значение, как при выявлении данного заболевания, так и в оценке эффективности лечения.

Было выявлено множество теорий, отражающих этиологию воспалительного процесса в железе. Однако, ни одна из них не охватывает всю проблему и все они нуждаются в дальнейшем исследовании. В то же время, на сегодняшний день существует достаточное количество лекарственных препаратов для терапии хронического простатита абактериального генеза, но отсутствует единое мнение, определяющее обоснованные подходы к терапии этого заболевания. Таким образом, причины, приводящие к развитию простатита, до конца не уточнены. Следовательно, существует определенная сложность, как в диагностическом, так и в терапевтическом аспекте (Ткачук В.Н., 2000; Кодир Т.Р., 2011; Аль-

Шукри С.Х., и соавт., 2012; Моисеева Т.Н., и соавт., 2012; Кульчавеня Е.В., и соавт. 2015).

Общая характеристика работы

Связь работы с научными программами (проектами), темами
Диссертационная работа выполнялась в рамках научной темы кафедры урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Ранняя диагностика и лечение неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовой системы» (срок выполнения 2014 - 2018).

Цель работы: Улучшение методов диагностики и лечения больных, страдающих хроническим абактериальным простатитом.

Задачи исследования:

1. Изучить ценность трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ), урофлоуметрии, шкалы системы суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП) и международного индекса эректильной функции (МИЭФ) при выборе метода диагностики и определения критерия эффективности лечения больных с хроническим абактериальным простатитом и его осложненных форм.
2. Определить эффективность комбинированного применения альфа 1-адреноблокатора и димексидэнзимной смеси в терапии хронического абактериального простатита и его осложненных форм.
3. Изучить ближайшие и отдаленные результаты предложенного нами метода лечения у исследуемых пациентов.
4. Оценить качество жизни наблюдаемых больных хроническим абактериальным простатитом, осложненным копулятивной дисфункцией.

Научная новизна

Проведена оценка качества жизни больных с хроническим абактериальным простатитом в зависимости от его длительности и тяжести.

Установлены объём и последовательность методов исследования в зависимости от длительности заболевания и частоты рецидивов болезни.

Доказана ценность доплерографии, урофлоуметрии, шкалы СОС-ХП и шкалы МИЭФ в установлении диагноза и определении критериев эффективности различных методов лечения больных с хроническим абактериальным простатитом, в частности его осложненных форм, в условиях Таджикистана.

Обосновано положение о том, что комбинированное применение тамсулозина и микроклизмы с ДЭС (димексид энзимная смесь) у больных хроническим абактериальным простатитом способствует дренированию протоков простаты и восстановлению оттока секрета из него. Этим объясняется обнаружение инфекционного агента и отток скопившихся лейкоцитов, до этого находившихся в закупоренных протоках ацинусов простаты.

Показано, что на фоне сочетанного лечения тамсулозином и ДЭС у больных с ХАП улучшаются показатели гемодинамики в простате. Последнее

подтверждается увеличением скорости циркуляции крови в предстательной железе, в частности в артериях и венах простаты.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. ТРУЗИ простаты, урофлоуметрия и объективизация симптомов больных по шкале СОС-ХП и шкале МИЭФ имеют огромную диагностическую ценность при ХАП и его осложненных формах.
2. Комбинированное применение тамсулозина и ДЭС в лечении больных ХАП является эффективным и патогенетически оправданным методом и способствует стойкой ремиссии безрецидивного течения.
3. Отдалённые результаты лечения больных с хроническим абактериальным простатитом показали, что тамсулозин и ДЭС, уменьшая объективную и субъективную симптоматику болезни, способствуют улучшению качества жизни пациентов.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на 1 - ом съезде урологов Таджикистана с международным участием, на годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной «20-летию государственной независимости РТ» (Душанбе, 2011), на годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 90-летию профессора С.И. Рахимова (Душанбе, 2012), на научно-практической конференции молодых ученых, посвященной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, октябрь 2012), на 61 – ой годичной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе 2013), на 8 – м эндоурологическом и уролапароскопическом конгрессе Ирана (Тегеран, 2013), на IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2014), на научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 23 мая - дню молодёжи Республики Таджикистан (Душанбе, май 2014) и на заседании кафедры урологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино (протокола №5, 2015г.). Также материалы диссертации были доложены и обсуждены на совещании Ассоциации урологов Таджикистана (протокол №3, 2016г.).

Использование ТРУЗИ, урофлоуметрии, микроскопическое и бактериологическое исследование экспиримата простаты и/или эякулята в комбинации с анкетированием по шкале СОС-ХП, шкале IPSS (International prostate symptoms score) и шкале МИЭФ практически определяют степень эффективности проводимого лечения и его отдаленные результаты.

Неоднократно проведена оценка состояния микроциркуляции в предстательной железе у обследуемых больных: при первичном осмотре, в период лечения и после терапии тамсулозином и ДЭС.

Полученные результаты по ходу настоящей работы диктуют необходимость применения тамсулозина и ДЭС в терапии пациентов с ХАП и его осложненных форм.

Публикации результатов исследований. По теме диссертации опубликовано 20 печатных работ, в том числе 1 монография, а также 3 работы опубликованы в изданиях, входящих в реестр ВАК при Президенте РФ.

Личный вклад автора. В результате анализа данных литературы и практической деятельности автором сформулированы принципы исследования данной работы. Обоснованно определены цель и задачи исследования. Для решения поставленных задач автором лично проведены диагностические исследования и терапия больных обеих групп. Также автором при анализе статистических данных материалов исследования была составлена структура диссертации в виде диаграмм, рисунков и таблиц.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 152 странице машинописного текста и состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав, обсуждения результатов, заключения и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 32 таблицами и 18 рисунками. Библиографический указатель содержит 213 источников литературы, в том числе 153 работы на русском языке и 60 на иностранных языках.

Содержание работ

Материал и методы исследования

Нами обследовано 102 больных, проходивших курс стационарного и амбулаторного исследования и лечения по поводу хронического абактериального простатита (ХАП), за период с 2009 по 2014 гг. Больные были обследованы в кафедре урологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе Международной клиники Ибни Сино. Находившиеся под наблюдением больные были разделены на две группы. Основная группа включала 67 исследуемых пациентов, в лечении которых применяли тамсулозин в виде таблеток и димексид-энзимную смесь (ДЭС) в виде микроклизмы. Тамсулозин назначался по 0,4мг 1 раз в сутки в течение месяца, ДЭС в виде микроклизм, per rectum, также в течение месяца. Состав ДЭС включал в себя: 20мл димексида, 20мг химотрипсина, лидазу 128ЕД, гепарин 5000 ед., 25мл 0.9% раствора натрия хлорида. Контрольная группа включала 35 больных с хроническим абактериальным простатитом, которые подвергались только комплексному традиционному лечению с включением в схему лечения нестероидных противовоспалительных препаратов. Колебание возраста у исследуемых пациентов с хроническим простатитом составило от 19 до 59 лет (в среднем $30,7 \pm 3,3$ лет).

Всем наблюдаемым нами больным, в качестве основных методов диагностики использовали шкалы суммарной оценки симптомов хронического простатита (СОС – ХП), Международную шкалу симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS), шкалу международного индекса эректильной функции (МИЭФ), урофлоуметрию, трансректальную ультразвуковую доплерографию предстательной железы (ТРУЗИ), микроскопическое и бактериологическое исследование экспримата простаты.

Трансректальное ультразвуковое исследование с использованием линейного и конвексного многоплоскостного трансректальных датчиков (частотой 7,5 – 10 МГц), проводили на аппарате SonoAce-8000 EX. Изучая пиковую скорость кровотока, диастолическую скорость кровотока, среднюю линейную скорость кровотока, пульсационный индекс, скорость кровотока в венах, определялась качественная характеристика показателей микроциркуляции в простате.

С целью определения копулятивной дисфункции сосудистого генеза нам удалось изучить кровообращение полового члена. Определяли состояние и скорость кровотока в кавернозных сосудах, дорсальной артерии и в глубокой дорсальной вене.

Анализ эякулята изучали по общепринятой методике, учитывая рекомендации ВОЗ (2010г.).

Используя метод Meares и Stamey, всем наблюдаемым больным проводили микроскопическое, бактериологическое исследование мочи, и секрета простаты. Диагноз хронический абактериальный простатит устанавливается на основании микроскопического выявления в секрете предстательной железы культурального обнаружения патогенных бактерий в титре менее 10^4 КОЕ/мл, наличия лейкоцитов, а также на основании симптомов и признаков простатита.

Для оценки степени склероза мы некоторым пациентам проводили уретроцистографию, с последующим применением трансуретрального эндоскопического вмешательства.

Для определения уровня половых гормонов, печеночно – почечных ферментов крови, простат специфического антигена проводилось биохимическое исследование крови. Также оценивалось состояние свертывающей системы крови, в частности, время протромбина и индекс протромбина.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoftInc.,USA). При соответствии распределения нормальному закону данные приводили в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m), при несоответствии распределения нормальному закону данные описывали в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха - Me (25–75 процентиля). Парные сравнения независимых групп по количественному признаку проводили по U-критерию Манна-Уитни, множественные методом ANOVA Краскела-Уоллиса, парные сравнения зависимых групп проводили по T-критерию Уилкоксона. Для сравнения двух групп по качественному признаку применялся χ^2 – критерий Пирсона, точный критерий Фишера. Корреляционный анализ двух порядковых признаков проводился непараметрическим методом Кендалла.

Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Особенности клинического течения хронического абактериального простатита у наблюдаемых больных. Симптоматика заболевания в нашем исследовании показала, что она имеет многообразный характер распространения среди пациентов.

Определено, что различия между больными основной и контрольной групп до лечения по шкале СОС-ХП не были статистически значимыми. В частности, показатели качества жизни, дизурии и боли были следующими: дизурия у больных основной группы составила 11 [10,14] баллов, а у больных группы сравнения – 12 [10,14] ($p=0,23$), боль – 10 (8-11) и 10 (9-12) баллов, соответственно ($p=0,11$), а качество жизни – 10 (9-11) и 11 (10-12) баллов ($p=0,33$). Клинический индекс хронического простатита составил 33 (29-37) и 34 (31-39) балла, соответственно ($p=0,15$). Судя по результатам градации КИ – ХП, почти все исследуемые пациенты имели выраженную симптоматику болезни. Такие же дизурические изменения наблюдались при анализе полученных данных по шкале IPSS у наблюдаемых нами больных ХАП. Так, по IPSS диапазон суммарного балла у пациентов, получавших базисную терапию, варьировал от 14 до 21 балла, что в среднем составило 18, а у больных группы сравнения, не подвергшихся лечению альфа-блокатором и ДЭС, при колебании от 18 до 24, средний показатель суммарного балла составил 20 баллов. Разница явилась статистически незначимой ($p=0,07$). По оценкам влияния расстройства акта мочеиспускания на качество жизни пациентов, где индекс качества жизни обозначается символом «QOL», также получили схожую картину.

Вышесказанные данные свидетельствуют об относительной однородности выборки.

Основным параметром, отражающим степень активности процесса воспаления в предстательной железе, является количество лейкоцитов в экспримате предстательной железы или в эякуляте. В результате, исходные данные показали, что количество лейкоцитов у больных основной группы ($n=67$) в среднем составило $12,49 \pm 1,16$ в поле зрения, тогда как у больных контрольной группы ($n=35$) данный показатель составил $15,68 \pm 2,58$ ($p < 0,05$).

Используя классификацию простатита (национальный институт здоровья США, 1995), мы определили категории хронического простатита среди исследуемых пациентов. Так, у 35 больных основной группы были обнаружены хронический абактериальный простатит категории IIIa. У 32 пациентов имел место ХАП категории IIIb. Из числа пациентов контрольной группы у 23 больных обнаружен ХАП категория IIIa и у 12 больных, имел место ХАП категория IIIb.

В нашем наблюдении расстройства акта мочеиспускания одинаково часто встречались в обеих группах. Из 102 наблюдаемых 65 пациентов жаловались на учащенное мочеиспускание, что составило 63,7 %. У 66 (64,7%) пациентов

было выявлено чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после выделения мочи.

По данным урофлоуметрии, среди наблюдаемых пациентов, показатели Q-тах колебались в пределах от 9 до 18 мл/с. Среди больных, получавших тамсулозин и ДЭС, значение Q_{тах} до терапии, в среднем составило 14,33±0,19 мл/с, а у пациентов контрольной группы – 13,34±0,31 мл/с. В результате, у 56 (54,9%) больных, имела место легкая степень нарушения мочеиспускания. Средняя степень нарушения мочеиспускания встречалась у 2 (2,0%) из 102 исследуемых. В нашем исследовании не было пациентов с тяжелыми нарушениями мочеиспускания, то есть Q-тах менее 5мл/с.

По данным трансабдоминального УЗИ величина объема простаты у больных хроническим абактериальным простатитом колебалась от 22 см³ до 50 см³.

Среди основных жалоб особое место занимал болевой синдром. В нашем случае 90 больных из общего количества исследуемых пациентов жаловались на боли различного характера и интенсивности. Судя по результатам анкетирования по шкале СОС – ХП, сумма баллов в разделе болевого синдрома среди исследуемых больных в среднем составила 10 балла. Наиболее частой локализацией болевого синдрома у пациентов в нашем исследовании оказалась промежность.

Копулятивная дисфункция и вслед за ней психосоматические расстройства считаются одной из важных и значимых проблем пациентов, как в личном, так и в социальном аспекте. Жалобы на эректильную дисфункцию предъявляли 88 (86,2%) из 102 больных хроническим абактериальным простатитом. Доминирующими жалобами психосоматического расстройства были общая слабость, утомляемость, вспыльчивость и неуверенность. Жалобы на слабость были выявлены у 67 из 102 пациентов, утомляемость – у 63, повышенная раздражительность и вспыльчивость – у 63, неуверенность – у 41, другие нарушения (смена настроения, чувство страха и т.д.) – у 37 (37/102, 36,3%) пациентов. Эти изменения проявлялись как в отдельности, так и в сочетании друг с другом. Поэтому общее количество жалоб может не соответствовать количеству пациентов.

Результат анализа по шкале МИЭФ-15 доказал, что большинство больных с нарушениями половой функции имели расстройство всех составляющих копулятивного цикла. Также можно отметить, что около 90% пациентов с сексуальными дисфункциями, в той или иной степени имели нарушения психики. Немаловажное значение имеет изменение генеративной функции при ХАП. Нами в своем исследовании удалось у 51 больного с ХАП выявить олигозооспермию (менее 2мл). Наряду с этим, среди 68 пациентов выявили астенозооспермию и в 7 случаях были обнаружены некроспермия. В нашей работе не было больных с азоо и/или аспермией.

Изучая данные доплерографии простаты можно сделать выводы, что у всех исследованных пациентов было выявлено нарушение гемодинамики по всем параметрам доплерографии. В таблице 1 отражены показатели гемоциркуляции простаты у больных с ХАП в группах.

Таблица 1. - Показатели микроциркуляции по данным доплеровского исследования среди наблюдаемых больных до лечения ($M \pm m$)

Показатели кровотока	У здоровых лиц (n=20)	Контрольная группа (n=35)	Основная группа (n=67)	ANOVA Краскела-Уоллиса
V_{max} – Пиковая систолическая скорость кровотока см/с	12,43±0,68	9,66±0,17 $p_1 < 0,001$	10,12±0,11 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
V_{min} – Диастолическая скорость кровотока см/с	4,54±0,45	2,93±0,08 $p_1 < 0,001$	3,08±0,08 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	<0,001
V_{mean} – Средняя линейная скорость кровотока см/с	8,12±0,46	5,68±0,12 $p_1 < 0,001$	6,15±0,08 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
PI – Пульсационный индекс усл. ед.	0,98±0,03	1,28±0,02 $p_1 < 0,001$	1,33±0,04 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	<0,001
RI – Индекс резистентности усл. Ед	0,58±0,09	0,76±0,08 $p_1 > 0,05$	0,76±0,05 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	<0,05
$V_{max(vein)}$ – Максимальная скорость кровотока в венах см/с	5,05±0,43	3,49±0,06 $p_1 < 0,001$	3,72±0,05 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
Плотность сосудистого сплетения (сосуд/см ²)	2,20±0,2	1,11±0,05 $p_1 < 0,001$	1,36±0,03 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001

Примечание: p_1 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе здоровых лиц; p_2 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе.

Эти данные еще раз подтверждают факт нарушения гемодинамики у больных хроническим абактериальным простатитом.

При оценке органических нарушений эректильной функции, изучая состояние и скорость кровотока в кавернозных сосудах, дорсальной артерии и в глубокой дорсальной вене полового члена, мы не обнаружили нарушения эхоструктуры и анатомической целостности, то есть не были выявлены какие-либо склеротические изменения.

При сдаче биохимических анализов крови определяли и уровень простат специфического антигена (ПСА). В результате, при колебании значения ПСА от 0,1 до 4,5 нг/мл, уровень ПСА среди больных основной группы в среднем составил 2,40±1,2 нг/мл, а у больных группы сравнения – 2,82±1,3 нг/мл. Всем наблюдаемым пациентам определяли также и количество тестостерона в крови. В результате у больных основной группы в среднем уровень

тестостерона в сыворотке крови составил $3,2 \pm 1,2$ нг/мл, а у пациентов контрольной группы - $3,1 \pm 1,4$ ($p > 0,05$).

Таким образом, можно сделать выводы, что хронический простатит имеет многообразную симптоматику. Выраженность и разнообразность симптоматики зависит от фазы активности воспалительного процесса в предстательной железе, длительности течения и присоединения осложнений болезни.

Оптимизация терапии наблюдаемых пациентов. Сочетанное применение тамсулозина и микроклизм с ДЭС мы принимали за основу базисной терапии. С целью подготовки, для проведения микроклизмы, пациент предварительно должен опорожнить кишечник физиологическим актом или сделать очистительную клизму. Затем больного укладывали на левый бок с согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах. В одноразовый шприц вместимостью 50-60 мл набирали ДЭС, и при помощи одноразового нейлонового катетера вводили в прямую кишку. Затем пациента укладывали на живот в экспозиции около 30 мин. (рисунок 1).

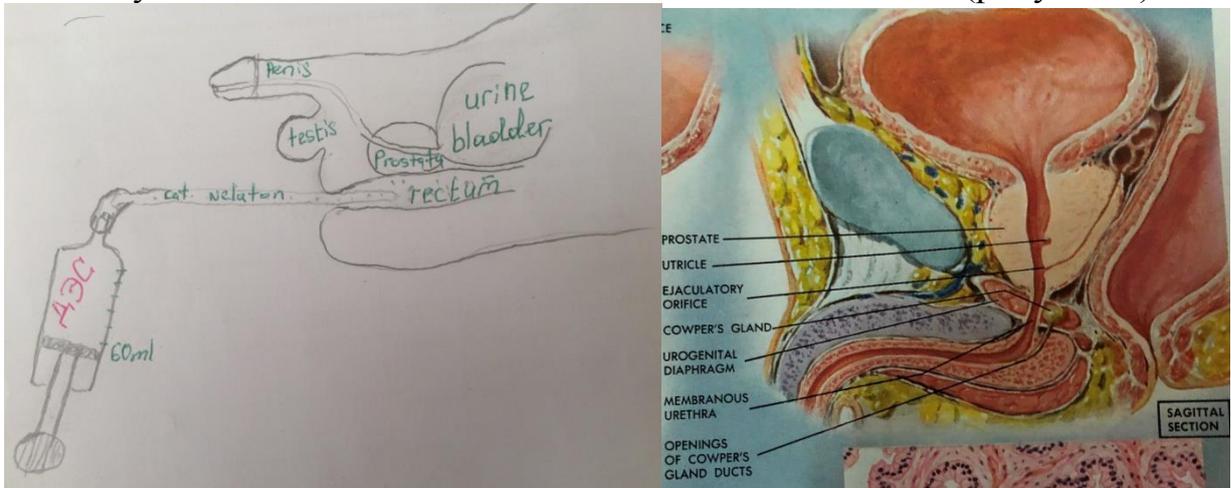


Рисунок 1. - Техника ректального введения димексид-энзимной смеси

Для получения более достоверных данных об эффективности базисной терапии, в процессе лечения не проводилась дополнительная терапия. Минимальный срок наблюдения за больными составил полгода, а максимальный – 3 года.

Для оценки анализа эффективности проводимого лечения, на фоне терапии и после нее, проводили лабораторный мониторинг секрета простаты, мониторинг простаты трансректальным и трансабдоминальным ультразвуковым исследованием. Также, с целью оценки отдаленных результатов нами, на 3, 6, 9, 12 и 24 месяца, проводился мониторинг анализа объективного и субъективного состояния пациентов. Критериями эффективности терапии и ремиссии заболевания мы считали: Отсутствие жалоб и нормализация субъективного и объективного состояния больного; Положительная динамика при трансабдоминальном и трансректальном ультразвуковом исследовании предстательной железы; Нормализация показателей секрета предстательной железы; Повышение копулятивной и

генеративной функции; Улучшение психоэмоционального настроения больного; Повышение качества жизни пациентов.

Важнейшим поводом для применения тамсулозина у больных с ХАП является расположение достаточного количества алфа-1-адренорецепторов в простате. Также эти рецепторы локализованы в области тригонума, шейки мочевого пузыря и в простатическом отделе уретры, что имеет большое значение для диагностики и выбора методов устранения инфравезикального препятствия.

Димексиду или диметилсульфоксиду свойственно повышение проницаемости кожи и слизистой оболочки. Последнее имеет особое значение для достижения лекарственных средств в органы-мишени, то есть в предстательную железу. Наряду с этим диметилсульфоксид имеет ряд положительных сторон, обладая обезболивающим, противовоспалительным, антисептическим и протеолитическими свойствами. Также, при использовании димексида имеется и негативная сторона, которая характеризуется в виде неприятного запаха, исходящего от тела больного. Поэтому, необходимо информировать пациентов перед применением препарата об ощущении запаха, связанного с димексидом. Использование ферментов в составе микроклизм считается патогенетически оправданным, так как протеолитическая активность энзимов при воспалительном процессе считается крайне необходимым звеном. Таким образом, энзимы, проникая через простатический барьер в ткань предстательной железы, дефрагментируя и растворяя лейкоцитарные и эпителиальные пробки, эффективно способствуют восстановлению дренажной функции закупоренных выводных протоков простаты. Следовательно, назначение тамсулозина с ДЭС повышает диагностическую оценку бактериологического анализа экспримата простаты, что способствует дифференциации абактериального простатита от бактериального.

Анализ результатов базисной терапии. Большинство пациентов, получивших базисную терапию, дали позитивные ответы в конце лечения. Однако были и пациенты, у которых не удалось достичь желаемого улучшения. Следует отметить, что у всех пациентов, получивших базисную терапию, при микроскопическом мониторинге экспримата простаты, поначалу отмечалось увеличение количества лейкоцитов в поле зрения, затем постепенная нормализация вплоть до полного их отсутствия в конце терапии.

При первичном обследовании больных с ХАП посев секрета простаты и/или эякулята был стерильным. На фоне терапии у 16 больных основной группы и у 3-х больных контрольной группы был обнаружен рост микроорганизмов. Это говорит о восстановлении дренажной функции протоков простаты. При этом, всем пациентам с положительным результатом бактериологического посева, учитывая чувствительность выделенной флоры микробов к антибиотикам, нами были добавлены антибиотики в комплекс терапии этих больных.

При оценке эффективности базисной терапии по шкале СОС – ХП было определено, что во всех показателях улучшение имело достоверный характер. Однако, среди пациентов контрольной группы достоверные изменения отсутствуют. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2. - Показатели болезни по шкале СОС – ХП на фоне базисной терапии в основной группе (n=67)

Показатели СОС - ХП	До лечения M±m (Me (25q-75q))	После лечения (30 сут.) M±m (Me (25q-75q))	P
Боль	9,73±0,24	2,91±0,23	<0,001
Дизурия	11,39±0,36	3,19±0,30	<0,001
Качество жизни	9,84±0,25	2,79±0,25	<0,001
ИС – ХП	22,87±0,60	6,69±0,48	<0,001
КИ – ХП	32,45±0,75	9,52±0,66	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения(по T-критерию Уилкоксона)

В ходе исследования на фоне терапии тамсулозином и ДЭС у пациентов основной группы имела место нормализация УЗ картины предстательной железы, в то время как изменения у больных группы сравнения были не столь значительными. До лечения у 6 (9,0%) пациентов основной группы при ультразвуковом исследовании была выявлена нормальная эхоструктура, после лечения этот показатель наблюдался у 29 (43,3%) человек (p<0,001). Среди больных контрольной группы у 4 (11,4%) и у 13 (37,1%) пациентов соответственно (p<0,05).

При оценке кровообращения улучшение микроциркуляции простаты подтверждается увеличением скорости кровотока в артериях и венах данного органа. Так, если показатель V_{max} изначально составлял 10,12±0,11см/сек, то после базисной терапии он увеличился до 12,72±0,15 см/сек (p<0,001). Диастолическая скорость кровотока в артериях возросла с 3,08±0,08 до 4,09±0,07 см/сек (p<0,001), средняя линейная скорость кровотока увеличилась с 6,15±0,08 до 7,48±0,08см\сек (p<0,001), максимальная скорость кровотока в венах предстательной железы увеличилась с 3,72±0,05 до 4,70±0,06 см/сек (p<0,001).

После лечения, при изучении гормонального статуса у больных основной группы, в среднем уровень тестостерона в крови возрос с 3,2±1,3 нг/мл до 5,5±1,5 нг/мл, а у пациентов контрольной группы с 3,1±1,4 нг/мл до 3,8±1,3 нг/мл соответственно.

Со стороны общего анализа крови, биохимических параметров и свертывающей системы крови до и после лечения значимые изменения не наблюдались.

Влияние терапии тамсулозином и ДЭС на копулятивную и генеративную функции. Судя по показателям МИЭФ-15, если до лечения у больных основной группы средний балл по разделу «эректильная функция»

составлял $20,12 \pm 0,38$, то после лечения этот показатель составил $27,53 \pm 0,21$ ($p < 0,001$), а у больных контрольной группы данный показатель до лечения был $21,97 \pm 0,56$, после лечения - $23,63 \pm 0,46$ ($p > 0,05$). Показатель «общая удовлетворительность» у больных, получивших тамсулозин и ДЭС, средний балл до лечения составлял $6,34 \pm 0,13$, после лечения эта цифра увеличилась до $9,07 \pm 0,1$ ($p < 0,001$), а среди больных контрольной группы - $6,37 \pm 0,18$ и $7,91 \pm 0,16$, соответственно ($p > 0,05$). Такие же результаты отмечены и по другим разделам копулятивной функции, достоверный положительный эффект от терапии отмечался только в группе больных, получавших тамсулозин и ДЭС. Оценка состояния генеративной функции показал, что наиболее эффективно действовало лечение с использованием тамсулозина и ДЭС. Итак, если до лечения количество больных, имеющих нормоспермию среди пациентов основной группы, было 8 человек, то через два месяца после лечения эта цифра достигла 27, а у больных контрольной группы 5 и 8 человек, соответственно.

Любые лекарственные препараты могут дать нежелательные эффекты. В том числе и используемые нами препараты (тамсулозин и димексид-энзимная смесь) для лечения больных с ХАП не лишены побочных эффектов. Среди исследуемых пациентов у 6 наблюдались побочные эффекты в виде головокружения и диспепсии, которые на 3 – 4 сутки после отмены препарата проходили самостоятельно. Еще 35 пациентов, получивших ДЭС, жаловались на появление запаха во время лечения и неудобства во время работы, по причине чего потребовалось уменьшение количества димексида в составе микроклизм.

Особенности терапии осложненных форм хронического абактериального простатита. Длительно текущий воспалительный процесс в предстательной железе в конечном итоге может привести к склеротическим преобразованиям паренхимы органа. Активация процессов склерозирования рассматривают как завершающую стадию хронического простатита.

Независимо от улучшения объективного и субъективного состояния пациентов, на фоне проведенной терапии у 14 (13,7%) наблюдаемых (8 из основной группы и 6 из контрольной) был обнаружен склероз простаты. Следовательно, для устранения этой проблемы мы выбрали хирургическую тактику в зависимости от выраженности и локализации склеротического участка. Всем пациентам со склерозом простаты были проведены эндоскопические вмешательства тремя способами: дилатацией суженного участка у 3 (3/14, 21%) пациентов, частичной ТУР (трансуретральная резекция) простаты – у 4 (4/14, 29%) и рассечением склерозированных участков простаты (Internaluretrotomy) – у 7 (7/14, 50%) пациентов. Продолжительность операции в среднем составила $25,3 \pm 1,1$ минуты. В мочевого пузырь был введен трехходовый катетер Фолея на период до 8 – 10 дней. В результате динамика симптомов по шкале СОС – ХП была следующей: ИС-ХП до лечения составил $25,4 \pm 2,1$ баллов, после лечения

снижился до $12,1 \pm 1,7$, показатели дизурии составили $11,4 \pm 0,36$ и $4,1 \pm 0,29$ соответственно, а показатели качества жизни по этой же шкале до лечения были $9,0 \pm 0,27$, после лечения - $3,25 \pm 0,24$. Среднее значение максимальной объемной скорости мочеиспускания (Q_{\max}) до операции составило $13,9 \pm 0,3$ мл/с. Через месяц после операции, этот показатель увеличился до $16,8 \pm 0,7$ мл/с. Количество остаточной мочи - $70,4 \pm 2,1$ мл и $10,1 \pm 0,7$ мл соответственно. Оценка отдаленных результатов по клинко-функциональным данным показала, что через 3 месяца после эндоскопического вмешательства значимые улучшения сохранились. Это подтверждают и результаты IPSS, урофлоуметрии и УЗИ: по IPSS сумма баллов составила $3,8 \pm 0,5$, индекс качества жизни - $2,4 \pm 0,2$, Q_{\max} - $18,4 \pm 1,5$, количество остаточной мочи - $15,5 \pm 1,4$ мл.

Отдаленные результаты лечения исследуемых больных ХАП. Нам удалось проанализировать отдаленные результаты терапии у 85 больных с ХАП: 58 (68,2%) из основной группы, 27 (37,8%) из контрольной. Были оценены общеклинические и лабораторно-функциональные изменения у исследуемых пациентов. При этом у 60 исследуемых пациентов через год после лечения проведено микроскопическое исследование экспримата простаты, при этом среднее количество лейкоцитов составило $10,5 \pm 1,3$. Динамика изменения лейкоцитов в экспримате простаты отражена на рисунке

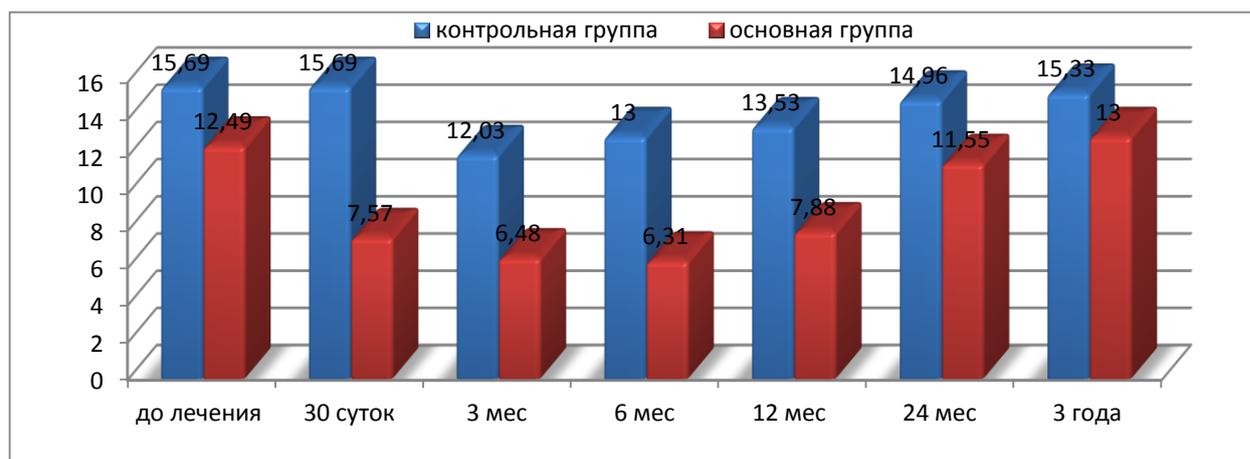


Рисунок 2. - Динамические показатели количества лейкоцитов в секрете простаты в группах

Как показано на рисунке в течение 2-х лет у больных, получивших ДЭС и тамсулозин, среднее количество лейкоцитов находилось в пределах нормальных значений. Однако, через 2 года обнаруживали постепенное повышение количества лейкоцитов в поле зрения. В то же время, у больных контрольной группы не было отмечено стойкого снижения количества лейкоцитов в поле зрения.

Наряду с этим, через год после лечения 47 (47/58, 81,0%) больных из основной группы и 7 (7/27, 25,9%) больных из группы сравнения не предъявляли жалоб со стороны мочеполовой системы, у 15 (5 из основной

группы и 10 из контрольной) пациентов отмечались дизурические расстройства. Жалобы на боли различной локализации обнаружены у 7 (7/58, 12,1%) больных основной группы и 21 (21/27, 77,8%) пациента контрольной группы. Также 7 больных, получивших базисную терапию и 19 больных из контрольной группы указывали на копулятивную дисфункцию.

Отдаленные результаты лечения исследуемых пациентов также были оценены с помощью шкалы суммарной оценки симптомов хронического простатита, шкалы IPSS, урофлоуметрии, шкалы определения копулятивной дисфункции - МИЭФ-15. Результаты исследования отражены в таблице 3.

Таблица 3. - Сравнительные данные отдаленных результатов показателей урофлоуметрии, СОС – ХП и IPSS среди исследуемых групп

	До лечения		После лечения		3 мес		6 мес		12 мес		24 мес	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
КИ - ХП	32,45 ±0,8	34,7 1±1, 2	9,52± 0,7	23,7 ±1,9	7,42 ±0,7	23,0 ±1,8	7,6±0 ,8	25,8 ±1,4	10,6± 1,0	21,9 ±1,4	16,2± 1,2	23,7± 1,2
IPSS	17,31 ±0,7	19,9 1±0, 9	6,34± 0,4	12,5 ±0,7	4,66 ±0,2	9,46 ±0,7	4,87± 0,5	8,14 ±0,6	7,75± 0,6	11,2 ±1,0	11,6± 0,7	14,3± 1,1
Qmax	14,3±0, 2	15,5±0, 3	17,1±0, 2	15,3±0, 9	17,4±0, 1	16,2±0, 2	17,0±0, 1	15,3±0, 3	16,5±0, 12	14,9±0, 2	15,5±0, 2	13,9±0, 3

Примечание: I – основная группа; II – контрольная группа

На фоне терапии тамсулозином и ДЭС сумма баллов по шкале СОС – ХП и шкале IPSS значительно снизилась. Так, если до лечения индекс хронического простатита в среднем составил 32,45±0,8 балла, то через 3 месяца после лечения эта цифра снизилась до 7,42±0,7 балла. По шкале IPSS исходный суммарный балл у больных основной группы в среднем составил 17,31±0,7, а после лечения снизился до 4,66±0,2 балла. При этом, у большинства пациентов, улучшение симптоматики по данным шкалам сохранялось более 2-х лет. Это говорит об эффективности терапии тамсулозином и ДЭС, а также о стойкой ремиссии хронического простатита. В то же время, у больных контрольной группы не было отмечено столь выраженного улучшения симптоматики, что говорит об отсутствии патогенетического компонента терапии в данной группе.

Полученные данные урофлоуметрии также показывают, что у больных, получивших тамсулозин и ДЭС, отмечается значительное улучшение акта мочеиспускания и этот эффект сохранялся почти 2 года.

По результатам анкетирования с использованием шкалы «Международный индекс эректильной функции» получили схожую картину.

По разработанной нами схеме терапии больных с ХАП, во время нашего исследования было обнаружено стойкое восстановление гемодинамических показателей и санация застоя секрета простаты у 57 больных. Рецидивы заболевания у больных отмечались в разные периоды

наблюдения. У больных основной группы спустя 6 месяцев было обнаружено 4 случая рецидивов, а через 9 и 12 месяцев рецидив отмечался у 6 и 15 пациентов, соответственно. Однако у больных, не получавших тамсулозин и ДЭС, через 3, 6, 9 и 12 месяцев рецидив наблюдался у 15, 18, 29 и 32 больных, соответственно.

Оценка качества жизни пациентов. В зависимости от длительности течения заболевания, условно мы разделили больных на 4 группы. В этих группах нам удалось оценить качество жизни пациентов (таблице 4).

Таблица 4. - Сравнительная характеристика оценки качества жизни у больных в зависимости от длительности течения ХАП

Группы больных	Длительность заболевания	Число больных		Средний суммарный балл качества жизни(M±m)	
		Абс	%	QoL	КЖ по СОС-ХП
I	До 1 года	14	13,7	2,92±0,33	7,78±0,64
II	От 1 до 2х лет	25	24,5	3,86±0,17	9,76±0,41
III	От 2 до 5 лет	29	28,4	3,97±0,14	10,24±0,31
IV	Более 5 лет	34	33,3	4,36±0,11	11,23±0,25
Всего		102	100	3,95±0,9	10,03±0,21

Как показано в таблице 5, длительность течения хронического простатита у более 60% исследуемых пациентов составила более 2-х лет и по мере нарастания длительности воспалительного процесса в предстательной железе, постепенно ухудшаются и показатели качества жизни пациентов.

Наряду с этим мы оценивали качество жизни пациентов по степени тяжести клинического течения. При этом, используя шкалу СОС – ХП, мы определяли клинический индекс хронического простатита (КИ - ХП) и, соответственно, разделили больных на три группы. I группа - от 0 до 10 баллов; сюда относятся больные с незначительными клиническими проявлениями, II группа - от 11 до 25 баллов с умеренным проявлением симптоматики болезни и III группа - более 25 баллов с тяжелой симптоматикой. При этом у 15 (14,7%) пациентов от общего количества больных до лечения имели место умеренные проявления симптомов заболевания, тогда как у остальных 87 (85,3%) больных были обнаружены выраженные клинические проявления болезни.

Анализируя полученные данные по системе МИЭФ, исследуемых пациентов разделили на группы. Первую группу составили пациенты с легкими нарушениями копулятивной функции, то есть с суммой баллов в пределах 60 - 75. Пациенты с умеренными копулятивными дисфункциями и суммой баллов от 60 до 40 относились ко 2-ой группе. И 3-я группа включала больных с выраженными нарушениями копулятивной функции и суммой баллов по МИЭФ менее 40. В результате, больных с легкими нарушениями копулятивной функции получили 9 баллов, при этом, больные с

выраженными нарушениями половой функции получили 11,5 баллов. По шкале QoI – 3,44 и 4,16 соответственно. Следовательно, количество баллов в разделах качества жизни по шкалам СОС – ХП и QoI нарастает параллельно результатам МИЭФ. Таким образом, можно сделать вывод, что чем больше выражены клинические проявления заболевания в виде нарушения копулятивной функции, тем больше снижается качество жизни пациентов.

Используя шкалу «качество жизни» и объективное и субъективное состояние больных до и после лечения, мы оценивали полученные результаты (рисунок 3).

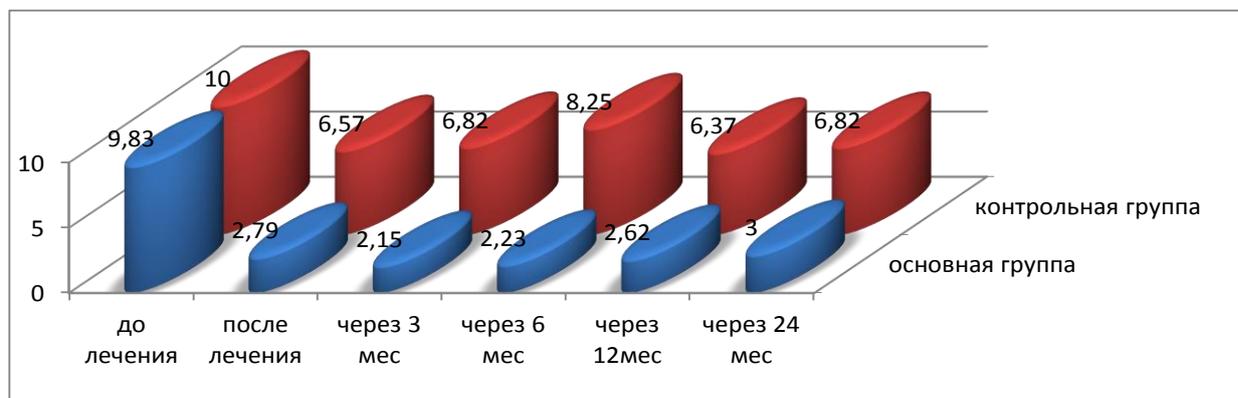


Рисунок 3. - Сравнительная характеристика показателей суммы баллов у исследуемых больных по разделу «качество жизни» (шкала СОС ХП)

По шкале СОС ХП у больных основной группы среднее значение качества жизни больных до лечения составило 9,8 балла, через 3 месяца после терапии тамсулозином и ДЭС среднее значение качества жизни снизилось до 2,1 балла. Таким образом, данный показатель не изменялся почти 2 года, что говорит о стойкой ремиссии заболевания на фоне базисной терапии. В то же время, среди больных группы сравнения отмечается незначительное изменение суммы баллов в сторону улучшения качества жизни пациентов, и это улучшение имело временный характер. Следовательно, изучая качество жизни наблюдаемых пациентов, мы пришли к такому выводу - чем дольше продолжается процесс воспаления в предстательной железе, тем глубже нарушения половой функции и психики больных. Копулятивная функция и психическое состояние больных отчетливо отражает качество жизни пациентов. Поэтому, оценка качества жизни у всех больных до лечения, а также в ближайшем и отдалённом периодах после терапии, является необходимым и считается наиболее актуальным. Оценка эффективности лечения в отдаленном периоде после базисной терапии в нашем исследовании показала хорошие результаты.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Оценка состояния кровообращения простаты, используя ТРУЗИ с доплером, уродинамическое исследование методом урофлоуметрии, а также анкетирование пациентов по шкале СОС ХП и шкале МИЭФ играют значимую роль для постановления диагноза, обнаружения осложнений болезни и определения степени эффективности лечения [1 – А, 3 – А, 9 – А, 10 – А, 13 – А, 18 – А, 20–А].
2. Сочетанное применение тамсулозина и димексид–энзимной смеси у больных хроническим абактериальным простатитом способствует улучшению микроциркуляции в простате, восстановлению оттока простатической секреции из трудно дренируемых участков железы, а также восстанавливает копулятивную и репродуктивную дисфункции больных, появившихся на фоне хронического абактериального простатита [2 – А, 4 – А, 6 – А, 8 – А, 14 – А, 15 – А, 17 – А, 19 – А].
3. Применение тамсулозина и димексид–энзимной смеси у пациентов с хроническим абактериальным простатитом привело к значительному сокращению числа рецидивов и стойкой ремиссии болезни как в ближайшем периоде, так и в отдаленные сроки наблюдения за больными [3 – А, 5 – А, 6 – А, 15–А, 16 – А, 17 – А, 18 – А].
4. Чем тяжелее состояние пациентов, тем сильнее нарушено качество жизни. Нарушение копулятивной функции прямо пропорционально действует на уровень качества жизни пациентов с хроническим абактериальным простатитом [2– А, 7 – А, 8 – А, 11 – А, 12–А, 20 - А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Для оценки кровообращения и степени повреждения простаты, а также для определения критерия эффективности терапии рекомендовано всем пациентам с ХАП выполнять ТРУЗИ в сочетании с эходопплерографией.
2. Всем пациентам с хроническим абактериальным простатитом до и после лечения следует выполнять уродинамическое исследование и анкетирование по шкале СОС-ХП, МИЭФ и IPSS.
3. На фоне лечения и после терапии тамсулозином и ДЭС с целью контрольной диагностики важно повторять бактериологический анализ секрета простаты или эякулята.
4. Используемый нами метод терапии пациентов с ХАП имеет достоверный и пролонгированный положительный эффект, и поэтому рекомендуется при лечении больных с хроническим абактериальным простатитом как основной метод лечения.

Список публикаций соискателя учёной степени

Монография

1-А. Абдувохидов А.А. Допплерография предстательной железы у больных хроническим простатитом: монография / Д.Н. Солихов [и др.]. – Душанбе.: 2017. – 150с.

Статьи в рецензируемых журналах

2 – А. Абдувохидов А.А. Эффективность применения тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом /А.А.Абдувохидов, Д.Н. Солихов//Ж.«Известия Академии наук Республики Таджикистан». – Душанбе. - 2014. - №3(187). – С. 92-96.

3 – А. Абдувохидов А.А. Лечение больных хроническим простатитом, осложненным склерозом предстательной железы, методом трансуретральной электрохирургии / А.А.Абдувохидов, Д.Н. Солихов, Х.Г. Салимов //Ж. «Вестник Педагогического университета». – Душанбе. - 2014. - №5 (60). - С. 82-85.

4 – А. Абдувохидов А.А. Опыт применения тамсулозина у больных с хроническим абактериальным простатитом /Д.Н. Солихов, А.А.Абдувохидов, Ш. Ш. Шокиров //Ж.«Вестник Педагогического университета». – Душанбе. - 2014. - №5 (60). - С. 79-82.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

5 – А. Абдувохидов А.А. Лечение больных хроническим абактериальным простатитом / И.Н.Нусратуллоев, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувохидов, М.М. Косимов // Материалы 1 – съезда Урологов Таджикистана с международным участием. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - 2011.- №3. - С. 278.

6 – А. Абдувохидов А.А. Применение Омник-окас у больных хроническим абактериальным простатитом/ И.Н. Нусратуллоев, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувохидов, М.М. Косимов // Материалы 1 – съезд Урологов Таджикистана с международным участием. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - 2011.- №3. - С. 288.

7 – А. Абдувохидов А.А. Оценка качества жизни в диагностике доброкачественной гиперплазии предстательной железы /А.А. Абдувохидов, М.М. Косимов, М.У. Гафуров// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино посвященной «20-летию независимости Республики Таджикистан».– Душанбе.- 2011. – С. 21-22

8 – А. Абдувохидов А.А. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазии предстательной железы /А.А. Абдувохидов, Д.Н. Солихов, М.М. Косимов// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино посвященной «20-летию независимости Республики Таджикистан».– Душанбе.- 2011. – С. 22-23.

9 – А. Абдувохидов А.А. Диагностика хронического простатита / А.А. Абдувохидов., Эргашев А.М., Мухитдинов Ч.М.// Сборник тезисов научных

работ студентов и молодых ученых всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова. «Актуальные вопросы медицинской науки». – Ярославль. - 2012г. - С.160.

10 - А. Абдувохидов А.А. Применение витапрост - плюс в лечении больных хроническим бактериальным простатитом / А.А. Абдувохидов., Д.Н.Солихов., Эргашев А.М., Сангов Б.Ч., // Сборник тезисов научных работ студентов и молодых ученых всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова. «Актуальные вопросы медицинской науки». – Ярославль. - 2012г. - С.196.

11 – А. Абдувохидов А.А. Биорегулирующая терапия больных инфекционным хроническим простатитом / С.Х. Аль – Шукри, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувохидов// Материалы 61 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение». – Душанбе.- 2013. – С. 329-331.

12 – А. Абдувохидов А.А. Ахамияти таъсири алфа -1-адреноблокатор - тамсулозин ба кобилияти шахвонии беморони гирифтори простатити музмини абактериали /А.А. Абдувохидов//Ж. Авчи зухал. - Душанбе. – 2014. - №1. – С. 13-15.

13 – А. Abdvokhidov A.A. Transurethral electrosurgery in patients with prostate sclerosis /A.A. Abdvokhidov, Salihov D.N., Rizoiev H.H., Kosimov M.M.// Abstract book 12th Asian Congress of Urology. – International Journal of Urology - Kish Island. – 2014. – Vol.21 (Sup. 2). - pp A276

14 – А. Абдувохидов А.А. Оптимизация терапии хронического абактериального простатита /А.А. Абдувохидов// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки».– Душанбе.- 2014. – С. 83.

15–А. Абдувохидов А.А. Оптимизация терапии хронического абактериального простатита /А.А. Абдувохидов, Х.Х.Ризоев, Д.Н.Солихов // Сборник тезисов. 10 –го юбилейного конгресса профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР), 2-го Российско – азиатского уро-андрологического конгресса, 3-ей конференции урологов Московской области. - Сочи. – 2015. - С. 74-75.

16–А. Абдувохидов А.А. Оптимизация лечения хронического абактериального простатита / С.Х. Аль – Шукри, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувохидов// Материалы 64 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан.– Душанбе.- 2016. – С. 204-205.

17–А. Abduvokhidov A.A. The effectiveness treatment chronical abacterial prostatitis with dimexide enzyme mixture /A.A. Abduvokhidov, D.N. Solikhov, I.D. Rafiev// Abstract book 20th Congres of Iranian Urological Association. – Tehran. – 2017. - pp 204-205

18–А. Abduvokhidov A.A. The applications of quantum blood therapies in the complex treatment of chronic urethroprostatites of myco-and ureaplasmas nature / I.D. Rafiev, H.H. Rizoiev, A.A. Abduvokhidov// Abstract book 20th Congres of Iranian Urological Association. – Tehran. – 2017. - pp 207-208

19–А. Абдувохидов А.А. Истифодаи тамсулозин ва омехтаи димксид – энзими дар табобати бемории простатити музмини абактериали /А.А. Абдувохидов, А. Нусратов// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль молодёжи в развитии медицинской науки».– Душанбе.- 2017. – С. 105.

20–А. Абдувохидов А.А. Терапия хронического абактериального простатита, осложненного копулятивной дисфункцией /А.А. Абдувохидов, Х.Г. Салимов, А.Ш. Сидиков// Материалы 66 – й годичной научно - практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. – 2018. - С. 19-20

Список сокращений

ДЭС – димексид-энзимная смесь

КИХП – клинический индекс хронического простатита

КОЕ – колониеобразующие единицы

МИЭФ – международный индекс эректильной функции

ПЖ – предстательная железа

ПСА – простат - специфический антиген

СОС-ХП – суммарная оценка симптомов хронического простатита

ТУР ПЖ – трансуретральная резекция предстательной железы

ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХП - хронический простатит

ХАП - хронический абактериальный простатит

IPSS, – Index prostate symptom score,

QoL - quality of life

Qmax – максимальная скорость потока мочи

**ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБЎАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.07; 616.65-002-08

БА ҲУҚУҚИ ДАСТНАВИС

АБДУВОХИДОВ АБДУСАМАД АБДУҚАҲОРОВИЧ

**МУНОСИБСОЗИИ ТАШҲИС ВА МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИНИ АБАКТЕРИАЛӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ
НОМЗАДИ ИЛМҲОИ ТИБ
АЗ РӢИ ИҲТИСОСИ 14.01.23 – УРОЛОГИЯ**

ДУШАНБЕ 2019

Таҳқиқот дар кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Солиҳов Дилшод Нигматович доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муқарризони расмӣ:

Қодирӣ Тавфиқ Рафиқзода доктори илмҳои тиб, профессор, Корманди шоистаи Тоҷикистон, профессори кафедраи урология ва андрологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии корманони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

Одилов Аминҷон Юсуфович номзади илмҳои тиб, муовини директор оид ба илми Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ - клиникии Урология”.

Муассисаи пешбар: Донишгоҳи “Дӯстии халқҳо”-и Вазорати илм ва таҳсилоти олии Федератсияи Россия

Ҳимояи диссертатсия рӯзи 28 июни соли 2019 соати 15:00 дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-025 назди МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139,

Бо диссертатсия дар китобхонаи илми ва сомонаи расмии www.tajmedun.@tj Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино шинос шудан мумкин аст.

Автореферат 28-уми майи соли 2019 тавзеъ гардид.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб

Назаров Ш.К.

Муқаддима

Мухиммият. Мувофиқи таҳқиқоти эпидемиологӣ, простатити музмин, аз чумла генези абактериалӣ бемории басо паҳншуда ба ҳисоб меравад. Раванди илтиҳобии дарозмуддат дар простата ба оқибатҳои чиддӣ дар намуди дисфунксияи эректилӣ ва генеративӣ боис мегардад. Ин дигаргуниҳо ба ҳолати психосоматикии бемор, хусусан дар миёни мардҳои ҷавон, хеле таъсири манфӣ мерасонад. Назар ба пажӯҳишҳои донишмандон аз 20 то 40% мардон аз простатити музмин азият мекашанд, ҳамзамон пастшавии сифати ҳаёт низ дар онҳо дида мешавад (Nicel J.C., 2009; Аль-Шукри С.Х. ва ҳаммуаллиф., 2009; Кодирӣ Т.Р., 2011; Қодиров З.А. ва ҳаммуаллиф., 2016; Ткачук В.Н. ва ҳаммуаллиф., 2016; Виноградов И.В. ва ҳаммуаллиф., 2018).

Дар ҳоли ҳозир барои арзёбӣ ва тасдиқи аломатҳои простатити музмин пурсишномаҳои ҷадвали гуногунро истифода мекунанд. Пурсишнома бештар бо истифода аз ҷадвали системаи арзёбии маҷмӯии аломатҳои простатити музмин (АМА–ПМ), пурсишномаи алоими простатити музмини аз тарафи Институти тандурустии миллии ШМА сохташуда (CPSI - NIH USA 1999) ва ҷадвали системаи байналмилалӣ маҷмӯии арзёбии алоими бемории ғадуди простата - IPSS, истифода мешаванд (Солиҳов Д.Н., 2010; Ризоев Х.Х., 2012; Ткачук В.Н., 2015; Крянга А.А. 2018).

Ахиран, дар матбуот мақолаҳои сершумор дар бораи имконияти таҳқиқоти ултрасадоии трансректалии простата ба таърифи расидаанд, аммо ҳанӯз ҳам меъёри ягонаи арзёбии доплерографии хунгардиши ғадуди простата, инчунин оид ба аҳамияти чунин пажӯҳиш дар ташхис, табобат ва муайянкунии басомади такроршавии беморӣ ва пешгирии авҷгирии простатити музмини абактериалӣ вучуд надорад. Дар адабиёти соҳавӣ маълумоти дақиқ дар бораи ҳолати хунгардиши простата дар миёни беморони гирифтори простатити музмин дар ҷараёни таҳқиқот ва табобат камтар дучор мешавад (Солиҳов Д.Н., 2010; Аляев Ю.Г. ва ҳаммуаллиф., 2015; Қодирӣ Т.Р. ва ҳаммуаллиф 2016). Гуфтаҳои боло аз он гувоҳӣ медиҳад, ки таҳқиқоти ҳолати хунгардиши простата дар миёни беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ, чи ҳангоми ошкорсозии ин беморӣ ва чи дар арзёбии самаранокии муолиҷа аз аҳамияти бузург бархӯрдор мекунанд.

Назарияҳои сершумори инъикоскунандаи этиологияи раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простата ошкор шудаанд. Аммо ҳеҷ як аз ин назарияҳо тамоми проблемаи мавҷударо фарогир нест ва ҳамаи онҳо ниёз ба пажӯҳиши минбаъда доранд. Дар ҳамин ҳол, ҳамакунун миқдори кофии доруворӣ барои табобати простатити музмини генези абактериалӣ мавҷуд аст, аммо ақидаи ягонаи муайянкунандаи равишҳои табобати қобили қабули ин беморӣ вучуд надорад. Ҳамин тавр, сабабҳои пайдоиш ва инкишофи простатит то охир тадқиқ нашудааст. Бинобар ин, ҳам дар ташхис ва ҳам дар табобати бемории мазкур ҳанӯз, мушкилиҳои муайян боқӣ мондааст. (Ткачук В.Н.,

2000; Кодир Т.Р. 2011; Аль-Шукри С.Х. ва ҳаммуаллиф., 2012; Моисеева Т.Н. ва ҳаммуаллиф., 2012; Кулчавеня Е.В. ва ҳаммуаллиф., 2015).

Тавсифи умумии таҳқиқот

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ.

Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар чаҳорҷӯби мавзӯи илмӣ кафедраи урологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Ташхиси бармаҳал ва табобати бемориҳои илтиҳоби ғайрихоси системаи узвҳои пешобу чинсӣ» иҷро шудааст (муҳлати иҷро 2014 - 2018).

Мақсади таҳқиқот: Беҳтарсозии методҳои ташхис ва табобати беморони мубтало ба простатити музмини абактериалӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани арзиши ТУСТР (таҳқиқоти ултрасадои трансректалӣ), урофлоуметрия, чадвали арзёбии маҷмӯи аломатҳои простатити музмин (АМА-ПМ) ва шохиси байналмиллалии функсияи эректилӣ (ШБФЭ) дар интиҳоби усули ташхис ва муайян кардани меъёри самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ ва шаклҳои оризаноки он.
2. Муайян кардани самаранокии корбурди алфа 1-адреноблокатор ва омехтаи димексидэнзимӣ дар табобати простатити музмини абактериалӣ ва шаклҳои оризаноки он.
3. Омӯхтани натиҷаҳои наздик ва дури табобати пешниҳоднамудаи мо дар беморони таҳқиқшаванда.
4. Арзёбии сифати ҳаёти беморони гирифтори простатити музмини абактериалии оризанокшуда бо дисфунксияи копулятивӣ.

Навгонии илмӣ.

Арзёбии сифати ҳаёти беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ вобаста ба давомнокӣ ва вазнинии он роҳандозӣ гардид.

Ҳаҷм ва муттасилии методҳои таҳқиқот вобаста ба давомнокии беморӣ ва басомади такроршавиҳои он баррасӣ карда шуд.

Арзиши доплерография, урофлоуметрия, чадвали АМА - ПМ ва ШБФЭ дар ташхис ва муайянсозии меъёри самаранокии методҳои гуногуни муолиҷаи простатити музмини абактериалӣ, аз ҷумла шаклҳои оризаноки он дар байни аҳолии Тоҷикистон исбот карда шуд.

Нуктаи он, ки корбурди омехтаи тамсулозин ва микроҳуқна бо ОДЭ (омехтаи димексидэнзимӣ) дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ ба дренажи маҷроҳои ғадуди простата ва барқароршавии ихроҷоти он мусоидат мекунад, асоснок карда шуд. Ин ошкоршавии агенти сироятӣ ва хоричшавии лейкоцитҳои чамъшуда, ки то ин вақт дар маҷроҳои атсинусҳои простата банд шуда буданд, тавзеҳ мешавад.

Нишон дода шуд, ки дар ҷараёни муолиҷаи якҷоя тавассути тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ (ОДЭ) дар беморони гирифтори простатити музмини абактералӣ (ПМА) нишондиҳандаҳои хунгардиш дар простата беҳтар

гаштааст. Охири бo афзоиши суръати хунгардиш дар ғадуди простата, аз ҷумла дар шараён ва варидҳои простат, ба назар мерасад.

Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. ТУСТР -и простата, урофлоуметрия ва арзёбии аломатҳои беморон аз рӯйи ҷадвали АМА-ПМ ва ШБФЭ ҳангоми ПМА ва шаклҳои оризаноки он аз арзиши бузурги ташхисӣ бархӯрдор мебошад.
2. Корбурди омехтаи тамсулозин ва ОДЭ дар муолиҷаи беморони ПМА усули самаранок ва аз лиҳози патогенетикӣ асоснок буда, ба илтиёми устувори ҷараёни такрорнашаванда мусоидат менамояд.
3. Натиҷаҳои дурдасти табобати беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ нишон додаанд, ки тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ аломатҳои объективӣю субъективӣ бемориро коҳиш дода, боиси беҳтаршавии сифати ҳаёти бемор мегардад.

Тасвиби таҳқиқот. Маводи диссертатсионӣ дар анҷумани 1-уми урологҳои Тоҷикистон бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2011); Конференсияи солонаи илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, бахшида ба 90 - солагии профессор С.И. Раҳимов (Душанбе, 2012); Конференсияи илмию амалии олимони ҷавон, бахшида ба Рӯзи истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, октябри 2012); Конференсияи 61-умини илмию амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2013); Конгресси 8-уми эндоурологӣ ва уролапароскопии Эрон (Техрон, 2013); Конференсияи 9-уми солонаи илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2014); Конференсияи илмию амалии олимони ҷавон, бахшида ба Рӯзи ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, майи 2014) ва дар ҷаласаи кафедраи урологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, (протоколи №5, соли 2015) гузориш ва баррасӣ шудаанд. Инчунин маводи диссертатсия дар ҷаласаи Ассоциатсияи урологҳои Тоҷикистон (протоколи №3, соли 2016) мавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

Истифодаи таҳқиқоти ултрасадои трансректалӣ (ТУСТР), урофлоуметрия, пажӯҳиши микроскопӣ ва бактериологии ихроҷоти простата ва /ё нутфа дар омехтагӣ бо пурсишнома аз рӯйи ҷадвали АМА-ПМ, ҷадвали IPSS (International prostate symptoms score) ва ШБФЭ, амалан дараҷаи самаранокии муолиҷаи роҳандозишаванда ва натиҷаҳои дурдасти онро муайян мекунад.

Ҳолати микрохунгардиши ғадуди простата дар беморони таҳқиқшаванда чандин маротиба арзёбӣ шудааст: ҳангоми муоинаи аввалия, дар давраи муолиҷа ва баъди табобат бо тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ.

Натиҷаҳои дар ҷараёни таҳқиқоти мазкур бадастомада, зарурати корбурди тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимиро дар беморони гирифтори ПМА ва оризаҳои он водор месозад.

Интишори натиҷаҳои таҳқиқот. Аз рӯйи мавзӯи таҳқиқоти илмӣ 20 таълифот ба нашр расидааст, аз ҷумла 1 монография ва 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи Феҳристи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷоп шудаанд.

Саҳми шахсии муаллифи таҳқиқот: Муаллиф дар натиҷаи таҳлили маълумоти адабиёт ва фаъолияти амалӣ **методи** таҳқиқоти мазкурро тасвир кардааст. Мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот ба таври асоснок муайян карда шудааст. Барои иҷрои вазифаҳои матраҳгардида, муаллиф пажӯҳишҳои ташхисӣ ва табobati беморони ҳар ду гурӯҳро роҳандозӣ намудааст. Инчунин дар зимни таҳлили маълумоти омӯрӣ аз тарафи муаллиф дар сохтори диссертатсия диаграммаҳо, расмҳо ва ҷадвалҳо таҳия гардидааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 152 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 5 боб, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса ва феҳристи адабиёт иборат аст. Дар диссертатсия 32 ҷадвал ва 18 расм дарҷ шудааст. Нишондиҳандаи библиографӣ аз 213 маъхаз иборат буда, 153 номгӯй ба забони русӣ ва 60 номгӯй ба дигар забонҳои хориҷӣ мебошад.

Муҳтавои таҳқиқот

Мавод ва **методҳои таҳқиқот.** Мо 102 нафар беморонро, ки давраи таҳқиқоти бистарӣ ва амбулаториро аз хусуси простатити музмини абактериалӣ аз соли 2009 то соли 2014 аз сар гузаронида буданд, мавриди таҳлил қарор додем. Беморон дар кафедраи урологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар заминаи шӯбаи урологияи Бемористони байналмилалӣ Ибни Сино таҳқиқ шуда буданд. Беморони таҳти мушоҳида қарордошта ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ, ки аз 67 нафар беморон иборат буд, муолиҷа бо тамсулозин ба сурати курс ва омехтаи димексидэнзимӣ (ОДЭ) ба таври микроҳуқна гузаронида шуд. Тамсулозин ба меъёри 0,4 мг 1 маротиба дар шабонарӯз ба муддати 1 моҳ, ОДЭ ба таври микроҳуқна, *per rectum*, дар муддати 1 моҳ таъйин шуда буд. Таркиби ОДЭ аз 20 мл димексид, 20мг химотрипсин, лидаза 128 воҳ., гепарин 5000 воҳ., 25 мл маҳлули 0.9% хлориди натрий иборат буд. Гурӯҳи назоратӣ, ки 35 нафар беморони гирифтори простатити музмини абактериалиро дар бар мегирифт, танҳо мавриди муолиҷа тибқи нақшаи комплекси анъанавӣ бо шумули доруҳои зиддиинтиҳобии нестероидӣ қарор гирифт. Навасони синну соли беморони таҳқиқшавандаи гирифтори простатити музмини абактериалӣ аз 19 то 59-солро ташкил меод (ба ҳисоби миёна $30,7 \pm 3,3$ сол).

Ба ҳамаи бемороне, ки таҳти муоинаи мо буданд, ба сифати **усулҳои** асосии ташхис ҷадвали АМА-ПМ, IPSS (International prostate symptoms score) ва ШБФЭ, урофлоуметрия, доплерографияи трансректалии ултрасадоии ғадуди простатата (ТУСТР), пажӯҳиши микроскопӣ ва бактериологии ихроҷоти простата гузаронида шуд.

Таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ (ТУСТР) бо истифодаи аз ҳисобкунакҳои хаттӣ ва конвексивии трансректалии бисёрсатҳӣ (бо басомади 7,5 – 10 МГц), дар дастгоҳи SonoAce-8000 EX анҷом дода шуд. Суръати систоликии хунгардиш, суръати диастоликии, суръати миёнаи хаттии хунгардиш, шохиси набзӣ ва суръати хунгардиш дар варидҳоро омӯхта, тавсифи сифатии нишондиҳандаҳои микрохунгардиши простатаро муайян намудем.

Бо мақсади муайян намудани дисфунксияи копулятивии генезиси рагидошта, ба мо муяссар гардид, ки хунгардиши олати таносулиро биёмӯзем. Ҳолат ва суръати хунгардиш дар рағҳои каҳфӣ, шараёни халафӣ ва варидаи халафии амиқ муайян карда шуд.

Таҳлили нутфоро аз рӯйи методикаи маъмули Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ омӯхтем (ТУТ соли 2010).

Бо истифодаи **методи** Meares ва Stamey, таҳқиқоти микроскопӣ ва бактериологӣ пешоб ва тарашшуҳи простатаи ҳамаи беморон роҳандозӣ гардид. Ташҳиси простатити музмини абактериалӣ дар асоси дар тарашшуҳи простат ошкор шудани бактерия ба микдори камтар аз 10^4 «КОЕ/мл», мавҷудияти лейкоцитҳо, инчунин дар асоси алоим ва нишонаҳои беморӣ гузошта шуд.

Барои арзёбии ҳаҷми склерози простата бо баъзе беморон уретросистография бо корбурди минбаъдаи чарроҳии трансуретралии эндоскопӣ гузаронида шуд.

Барои муайян кардани дараҷаи гормонҳои чинсӣ, ферментҳои чигару гурда, антигени махсуси простата таҳлили биохимиявии хун анҷом дода шуд. Инчунин ҳолати системаи инъикодии хун, аз ҷумла вақти протромбин ва шохиси протромбин мавриди арзёбӣ қарор гирифт.

Коркарди маълумоти оморӣ бо ёрии бастаи барномаҳои амалии "STATISTICA 6.0" анҷом дода шуд, ки ҳангоми мувофиқат доштани тақсимот бо қонуни муътадил, маълумот ба намуди қимати миёна (M) ва иштибоҳи стандартии он ($\pm m$) буда, дар мавриди мувофиқат накардани тақсимоти қонуни муътадил маълумот дар намуди медиана (Me) ва навасони интерквartilӣ - Me (25–75 просентилӣ) инъикос карда шуд. Муқоисаҳои ҷуфтии гурӯҳҳои мустақил аз рӯйи аломати микдорӣ тибқи U- меъёри Манн-Уитни муқоисаҳои сершумор бо усули ANOVA Краскел-Уоллис ва муқоисаҳои ҷуфти гурӯҳҳои вобаста аз рӯйи T-меъёри Уилкоксон суръат гирифт. Барои муқоисаи ду гурӯҳ аз рӯйи аломати сифатӣ. меъёри χ^2 – Пирсон, меъёри дақиқи Фишер истифода шуд. Таҳлили коррелятсионии ду аломати тартибӣ бо **методи** ғайриҷанбаии Кендалл гузаронида шуд. Тафовутҳои миёни нишондиҳандаҳо ҳангоми $p < 0,05$ будан, аз лиҳози оморӣ қиматнок ҳисоб карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Хусусиятҳои клиникалии ҷараёни простатити музмини абактериалӣ дар беморони таҳқиқшаванда. Аломатҳои беморӣ дар таҳқиқоти мо нишон дод, ки ин беморӣ дорои ҷанбаҳои гуногуни пахншавӣ дар миёни беморон мебошад.

Муайян гардид, ки дар байни беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ то муолиҷа аз рӯйи ҷадвали АМА ПМ, тафовути қиматноки омӯрӣ дида намешудааст. Аз ҷумла, нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт, дизурия ва дард аз ин қарор буданд: дизурия дар гурӯҳи беморони асосӣ 11 [10,14] ҳолро, дар беморони гурӯҳи назоратӣ – 12 [10,14] ҳолро ташкил медод ($p=0,23$). Дард, мутаносибан – 10 (8-11) ва 10 (9-12) ҳол дошта ($p=0,11$), нишондоди сифати ҳаёт бошад, мутаносибан – 10 (9-11) ва 11 (10-12) ҳолиро ($p=0,33$) ташкил медод. Шохиси клиникалии простатити музмин байни гурӯҳҳо, мутаносибан 33 (29-37) ва 34 (31-39) ҳол доштанд ($p=0,15$). Аз рӯйи натиҷаҳои дараҷабандии шохиси клиникалии простатити музмин бошад, тақрибан ҳамаи беморон дорои симптоматикаи вазнин буданд. Ҳамин гуна тағйироти дизуриқӣ аз рӯйи ҷадвали IPSS дар беморони гирифтори ПМА таҳти мушоҳидаи мо қарордошта ба назар расиданд. Чунончи, аз рӯйи таснифоти IPSS, миқёси ҳолҳои маҷмӯии беморони табобати заминави гирифта аз 14 то 21 дар навасон буда, ба ҳисоби миёна ба 18 баробар шуда бошад, дар беморони гурӯҳи назоратии таҳти муолиҷаи алфа-блокатор ва ОДЭ қарорнагирифта, ҳангоми навасони аз 18 то 24 нишондиҳандаи миёнаи ҳолҳои маҷмӯӣ 20 ҳолро ташкил дод. Тафовут аз лиҳози омӯрӣ зиёд набуд ($p=0,07$). Аз рӯйи арзёбиҳои таъсири ихтилоли пешобкунӣ ба сифати ҳаёти беморон, ки сифати ҳаёт бо рамзи «QOL» ишора мешавад, ҳамчунон натиҷаҳои монандро ба даст овардем

Маълумоти дар боло зикршуда аз интихоби нисбатан ҳамгун шаҳодат медиҳад

Ченаки асосии инъикоскунандаи дараҷаи фаъолнокии раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простат ин микдори лейкоцитҳо дар таркиби тарашшуҳи простат ва нутфа мебошад. Дар натиҷа маълумоти аввалия нишон доданд, ки микдори лейкоцитҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ ($n=67$) ба ҳисоби миёна $12,49 \pm 1,16$ дар зери биниш буда, дар ҳоле ки дар беморони гурӯҳи назоратӣ ($n=35$) нишондиҳандаи мазкур $15,68 \pm 2,58$ мебошад ($p < 0,05$).

Бо истифодаи таснифоти простатит (Институти миллии тандурустии ИМА, 1995) мо дар беморони таҳқиқшаванда намудҳои простатити музминро муайян кардем. Чунончи, дар 35 нафар беморони гурӯҳи асосӣ простатити музмини абактериалии намуди IIIa ва дар 32 нафар беморон ПМА намуди IIIb, дар 23 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ простатити музмини абактериалии (ПМА) намуди IIIa ва дар 12 нафар беморон намуди IIIb ошкор карда шуд

Дар мушоҳидаҳои мо ихтилолоти пешобронӣ дар ҳарду гурӯҳ яқсон дучор шуданд. Аз 102 нафар беморони таҳқиқшаванда 65 нафар бемор аз тез-

тез пешобкунӣ ва 66 нафар бемор ба мавҷудияти эҳсоси пурра холи нашудани пешобдон пас аз пешобкунӣ шикоят намуданд.

Аз рӯи маълумоти урофлоуметрия дар беморони мушоҳидашаванда нишондиҳандаҳои Q-тах дар ҳудуди аз 9 то 18 мл/с қарор дошт. Ин нишондиҳанда то табобат Дар миёни беморони тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ (ОДЭ) қабулнамуда ба ҳисоби миёна ба $14,33 \pm 0,19$ мл/с ва дар гурӯҳи назоратӣ бошад ба $13,34 \pm 0,31$ мл/с баробар буд. Дар натиҷа дар 56 (54,9%) бемор дизурияи дараҷаи сабук ҷой дошт. Дизурияи дараҷаи миёна бошад, дар 2 (2,0%) бемор аз 102 нафар таҳқиқшаванда, мушоҳида гардид. Дар таҳқиқоти мо беморони гирифтори ихтилолотии вазнини пешобкунӣ, ё ки дорои нишондиҳандаи Qтах камтар аз 5мл/с дида нашуд.

Мувофиқи маълумоти таҳқиқоти ултрасадои трансабдоминалӣ ҳаҷми простата дар беморон дар ҳудуди аз 22 см^3 то 50 см^3 дар навасон буд.

Аломати дард дар миёни шикоятҳои беморон ҷойгоҳи махсус дошт. Дар таҳқиқоти мо 90 нафар беморон аз ҷумлаи таҳқиқшудагон аз дардҳои хусусият ва шиддатнокии гуногундошта шикоят мекарданд. Назар ба натиҷаҳои пурсишномавӣ аз рӯи ҷадвали АМА – ПМ маҷмӯи ҳолҳо дар фасли аломати дард ба ҳисоби миёна дар миёни беморони таҳқиқшаванда 10 ҳолро ташкил дод. Бештарин мавқеияти аломати дард дар миёни беморони таҳқиқшавандаи мо дар чатан буд.

Дисфунксияи копулятивӣ ва ба дунболи он вайроншавии ҳолати равонию соматикӣ яке аз проблемаҳои асосӣ ва ҳалталаби беморон чи дар ҷанбаи шахсӣ ва чи дар ҷанбаи иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад. Дар мавриди ихтилоли эректилӣ 88 (86,2%) нафар аз 102 беморони гирифтори простатити музминии абактериалӣ шикоят намуданд. Шикоятҳои бартаридоштаи вайроншавии ҳолати равонию соматикӣ аз инҳо иборат буданд: беҳолии умумӣ, хасташавӣ, тундмизочӣ ва нобоварӣ. Дар бораи беҳолӣ - 67 нафар, хасташавӣ - 63 нафар, ҳаяҷони баланд ва тундмизочӣ - 63 нафар, нобоварӣ - 41 нафар ва дигар ихтилолот (ивазшавии руҳия, эҳсоси тарс ва ғ) - 37 нафар (37/102, 36,3%) аз 102 нафар беморони таҳқиқшаванда шикоят намуданд. Ин таъғирот ҳам дар алоҳидагӣ ва ҳам дар якҷоягӣ дучор мешуданд. Бинобар ин, миқдори умумии шикоятҳо метавонад ба шумораи умумии беморон мувофиқат надошта бошад.

Натиҷаи таҳлил аз рӯи пурсишномаи ШБФЭ-15 нишон дод, ки аксарияти беморони гирифтори ихтилолотии вазифаи ҷинсӣ дар ҳамаи ҷузъҳои таркибии давраи копулятивӣ ҷой доштанд. Ҳамчунон метавон қайд намуд, ки қариб 90 дарсади беморони дорои ихтилолотии шахвонӣ то ин ё он дараҷа ихтилолотии равонӣ низ доштанд. Ҳолати насловариини бемор низ ҳангоми ПМА аз аҳамияти бузург бархӯрдор аст. Таҳқиқоти мо нишон дод, ки дар 51 нафар бемори гирифтори ПМА олигозооспермия (камтар аз 2 мл) ҷой дошта, дар баробари ин дар 68 нафар беморон нотавонии нутфа (астенозооспермия) ва дар 7 ҳолат некроспермия мушоҳида мешавад. Аммо

дар таҳқиқоти мо беморони мубтало ба зоо ё худ аспермией мушоҳида нашуданд.

Маълумоти доплерографияи простатаро омӯхта ба хулосае омадан мумкин аст, ки дар беморони таҳқиқшаванда, ихтилолоти ҳолати ҳаракати хун дар хама ченакҳо ба назар мерасад. Дар ҷадвали 1 нишондиҳандаҳои хунгардиши простатаи беморони гирифтори ПМА инъикос ёфтаандод.

Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои микрохунгардиш аз рӯи натиҷаи таҳқиқоти доплерографияи простата дар беморон то муолиҷа ($M \pm m$)

Нишондиҳандаҳои хунгардиш	Дар одамони солим (n=20)	Гурӯҳи назоратӣ (n=35)	Гурӯҳи асосӣ (n=67)	ANOVA Краскел-Уоллис
V_{max} – суръати авҷи систоликтикии хунгардиш см/с	12,43±0,68	9,66±0,17 $p_1 < 0,001$	10,12±0,11 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
V_{min} – суръати диастолитикии хунгардиш см/с	4,54±0,45	2,93±0,08 $p_1 < 0,001$	3,08±0,08 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	<0,001
V_{mean} – суръати миёнаи ҳаттии хунгардиш см/с	8,12±0,46	5,68±0,12 $p_1 < 0,001$	6,15±0,08 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
PI – шохисии набзӣ воҳиди шартӣ.	0,98±0,03	1,28±0,02 $p_1 < 0,001$	1,33±0,04 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	<0,001
RI – шохисии резистентӣ воҳиди шартӣ	0,58±0,09	0,76±0,08 $p_1 > 0,05$	0,76±0,05 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	<0,05
$V_{max(vein)}$ – суръати ҳадди аксари хунгардиш дар варидҳо см/с	5,05±0,43	3,49±0,06 $p_1 < 0,001$	3,72±0,05 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
Зичии шабакаи рағҳо (рағ/см ²)	2,20±0,2	1,11±0,05 $p_1 < 0,001$	1,36±0,03 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001

Эзоҳ: p_1 - қимати омории тафовутҳо дар муқоиса бо чунин шахсон дар гурӯҳи асосии солим; p_2 - қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи назоратӣ.

Ин маълумот бори дигар исбот менамоянд, ки дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ ихтилолоти хунгардишӣ ҷой дорад.

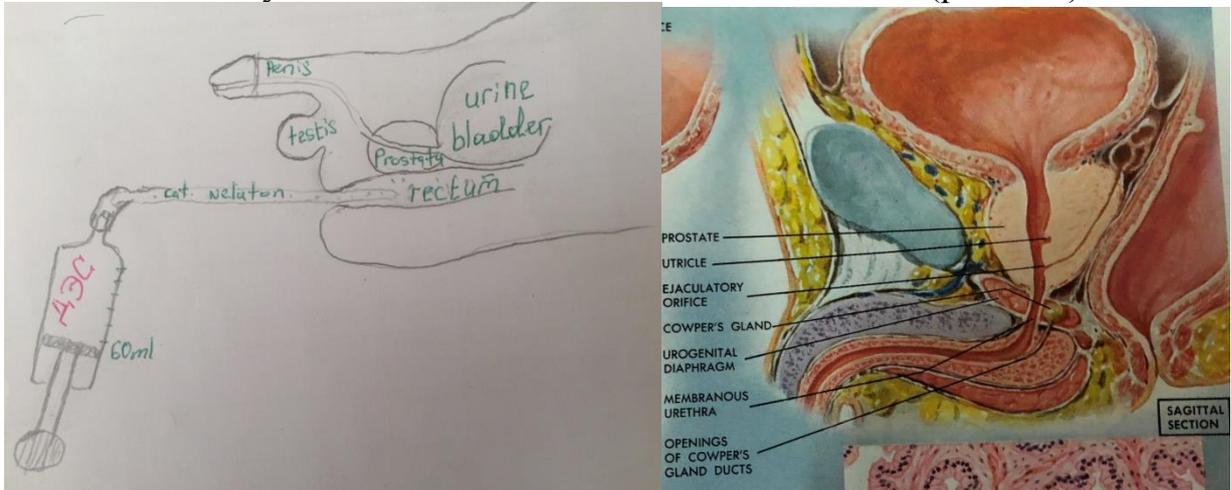
Барои арзёбии ихтилолоти узвии вазиҷаи эректилӣ пас аз омӯхтани ҳолат ва суръати хунгардиш дар рағҳои қаҳфӣ, шараёни халафӣ, вариди халафӣ амиқи олати таносулӣ, ихтилолоти эхосохторӣ ва тамомияти анатомикӣ, яъне ин ё он дигаргуниҳои склеротикиро мушоҳида накардем.

Ҳангоми таҳлили биохимиявии хун дараҷаи антигени ҳоси простатаро (АХП) муайян намудем. Дар натиҷа, ҳангоми навасони қимати АХП дар ҳудуди аз 0,1 то 4,5 нг/мл, қарор дошта, аз ҷумла АХП дар беморони гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна 2,40±1,2 нг/мл ва дар беморони гурӯҳи назоратӣ

бошад, $2,82 \pm 1,3$ нг/мл ро ташкил меод. Ҳамзамон миқдори тестостерон дар ҳамаи беморони таҳқиқшаванда муайян карда шуд, ки ба ҳисоби миёна дараҷаи тестостерон дар зардоби хуни беморони гурӯҳи асосӣ $3,2 \pm 1,2$ нг/мл буда, дар гурӯҳи назоратӣ он $3,1 \pm 1,4$ ($p > 0,05$) - ро ташкил меод.

Ҳамин тавр, простатити музмин дорои аломатҳои гуногунҷабҳа мебошад. Вазоҳат ва гуногуншаклии аломатҳо ба марҳилаи раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простата, давомнокии ҷараёни беморӣ ва пайваस्तшавии оризаҳои он вобастагӣ дорад.

Муносибосозии табобати беморони таҳқиқшаванда. Корбурди муштаракӣ тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимино хамчун табобати заминавӣ, яъне асосӣ қабул намудем. Бо мақсади оморасозӣ барои микроҳуқна бемор пешакӣ бояд ба тариқи физиологӣ ё ҳуқнаи тозақунанда рӯдаи мустақимашро ҳолӣ намояд. Сипас, беморро ба паҳлуи чап дар ҳолати кашидани пойҳо ба шикам яъне ҳам кардани буғумҳои зону ва косу рон хобонидан лозим. Дар дорусӯзани истифодаи якбораи дорои ғунҷоиши 50-60 мл омехтаи димексидэнзимино омода намуда, бо найчаи қастатари нейлонӣ омехтаи ДЭ ба мақсад ворид карда мешавад. Сипас бемор дар ҳолати ба шикам хобидан муддати 30 дақиқа нигоҳ дошта мешавад (расми 1).



Расми 1. – Тарзи воридкунии омехтаи димексидэнзимӣ ба мақсад

Барои ба даст овардани маълумоти дақиқ оид ба табобати асосӣ, дар раванди муолиҷаи беморон табобати иловагӣ роҳандозӣ карда нашуд. Ҳадди ақали муҳлати назорат аз болои беморон 6 моҳ ва ҳадди аксари он 3 солро ташкил дод.

Барои арзёбии натиҷаи муолиҷаи баргузоршаванда дар ҷараёни табобат ва пас аз он мониторинги озмоишгоҳии тараҷшуҳи простата, мониторинги простата бо таҳқиқоти трансабдоминалии ултрасадоӣ гузаронида шуд. Инчунин барои арзёбӣ намудани натиҷаҳои дури табобат дар моҳҳои 3, 6, 9, 12 ва 24-ум мониторинги таҳлили ҳолати объективӣ ва субъективӣ ҳолати беморон роҳандозӣ карда шуд. Мо инҳоро бо меъёрҳои самаранокии табобат ва илтиёми беморӣ ба ҳисоб овардем: аз байн рафтани шикаҷтҳо ва муътадилшавии ҳолати объективӣ ва субъективӣ бемор; динамикаи мусбат ҳангоми таҳқиқоти трансабдоминалӣ ва трансректалӣ

ултрасадоии ғадуди простата; меъёршавии нишондиҳандаҳои тарашшуҳи ғадуди простата, муътадилшавии вазифаҳои копулятивӣ ва генеративии бемор; беҳтаршавии ҳолати равонию **отифавии** бемор; баландшавии сифати ҳаёти беморон.

Муҳимтарин ангеа барои корбурди тамсулозин дар беморони гирифтори ПМА ин ҷойгиршавии миқдори кофии алфа-1-адреноретсепторҳо дар простат мебошад. Ҳамчунин ин ретсепторҳо дар ноҳияи секунҷа ва гарданаи масона, шуъбаи простатикии уретра ҷойгир шудаанд, ки барои ташхис ва интиҳоби баргарафкунии монеаҳои бандиши инфравезикалӣ нақши муҳим доранд.

Ба димексид ё диметилсулфоксид хосияти баланди нуфуз ба пӯст ва пардаҳои луобӣ хос мебошад, ки боиси зудтар ба узв - ҳадафҳо яъне ба простата расидани маводи доруворӣ мегардад. Бар замми ин диметилсулфоксид дорои як қатор ҷиҳатҳои мусбат мебошад, ки инҳо хосиятҳои таскиндиҳии дард, зиддиилтиҳобӣ, антисептикӣ ва протеолитикӣ мебошанд. Инчунин димексид дорои ҷиҳати манфӣ низ мебошад, ки он бӯйи нохуши махсуси аз бадани бемор хориҷшаванда аст, ки ба димексид бастагӣ дорад. Бинобар ин, қабл аз табобат бояд беморон аз ин ҷиҳат огоҳ карда шаванд. Истифодаи ферментҳо дар таркиби микроҳуқна аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок аст, зеро ҳангоми илтиҳоб фаъолнокии протеолитикии энзимҳо марҳилаи хеле зарурӣ ба шумор меравад. Ҳамин тавр, энзимҳо аз монеаи простатикӣ ба бофтаи простата нуфуз карда, суддаҳои лейкоцитӣ ва эпителиалиро дефрагментатсия ва маҳлул намуда, ба барқароршавии функцияи дренажии маҷроҳои хориҷкунандаи простат мусоидат менамоянд. Бинобар ин, таъйин кардани тамсулозин ва ОДЭ арзиши ташхисии таҳлили бактериологии ихроҷоти простатаро баланд мебардорад, ки он ба тафрикаи простатити музмини абактериалӣ аз бактериалӣ мусоидат мекунад.

Таҳлили натиҷаҳои табобати асосӣ. Аксарияти беморони табобати асосигирифта дар анҷоми муолиҷа ҷавобҳои мусбат доданд. Аммо, бемороне низ буданд, ки ба беҳбудии дилхоҳ нарасиданд. Бояд қайд намуд, ки дар ҳамаи беморони табобати асосигирифта, ҳангоми мониторинги микроскопии ихроҷоти простата, дар ибтидо афзоиши миқдори лейкоцитҳо ва минбаъд эътидоли тадриҷӣ то дараҷаи нобудии пурраи онҳо дар анҷоми муолиҷа мушоҳида гардид.

Ҳангоми муоинаи аввалияи беморони гирифтори ПМА кишти тарашшуҳи простат ва/ё нутфа бидуни олудагӣ буд. Дар ҷараёни муолиҷа дар 16 нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 3 нафар бемори гурӯҳи назоратӣ афзоиши микроорганизмҳо дар кишти тарашшуҳи простата ошкор гардид. Ин аз барқароршавии вазифаи дренажии маҷроҳои простат шаҳодат медиҳад. Дар ҳамин ҳол, ба ҳамаи беморони дорои натиҷаи мусбати кишти бактериологӣ, бо дарназардошти ҳассосияти флораи ҷудошудаи микробҳо ба антибиотикҳо, мо ба комплекси табобати беморони мазкур антибиотикҳоро илова намудем.

Ҳангоми арзёбии самаранокии табобати асосӣ тибқи чадвали АМА – ПМ муайян гардид, ки дар ҳамаи нишондиҳандаҳо беҳтаршавӣ чанбаи боэътимод дошт. Вале, дар байни беморони гурӯҳи назоратӣ тағйироти боэътимод вучуд надоштанд. Маълумот дар чадвали 2 оварда шудаанд.

Чадвали 2. –Нишондиҳандаҳои беморӣ аз рӯи чадвали АМА – ПМ дар ҷараёни табобати асосӣ дар гурӯҳи асосӣ (n=67)

Нишондиҳандаҳои АМА - ПМ	То табобат M±m (Me (25q-75q))	Баъди табобат (30 ш/р.) M±m (Me25q-75q)	P
Дард	9,73±0,24	2,91±0,23	<0,001
Дизурия	11,39±0,36	3,19±0,30	<0,001
Сифати ҳаёт	9,84±0,25	2,79±0,25	<0,001
ША – ПМ	22,87±0,60	6,69±0,48	<0,001
ШК – ПМ	32,45±0,75	9,52±0,66	<0,001

Эзоҳ: p – кимати омории тафовути нишондиҳандаҳо қабл ва баъд аз муолича (тибқи Т-меёри Уилкоксон)

Дар рафти таҳқиқот, дар ҷараёни табобат бо тамсулозин ва ОДЭ дар беморони гурӯҳи асосӣ муътадилшавии манзараи таҳқиқоти ултрасадои ғадуди простата ҷой дошт, дар ҳоле ки тағйирот дар беморони гурӯҳи назоратӣ чандон назаррас набуданд. То табобат дар 6 (9,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ эхосохтори муътадил ошкор карда шуд, баъди табобат бошад, ин нишондиҳанда дар 29 (43,3%) нафар (p<0,001) мушоҳида гардид. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ 4 (11,4%) ва 13 (37,1%) беморон мутаносибан (p<0,05) ба назар расид.

Ҳангоми арзёбии хунгардиш беҳтаршавии микросиркулятсияи простата бо афзоиши суръати ҷараёни хун дар шарёну варидҳои узви мазкур тасдиқ мегардад. Чунончи, агар нишондиҳандаи V_{max} дар ибтидо 10,12±0,11см/сонияро ташкил дода бошад, он гоҳ баъди табобати асосӣ то 12,72±0,15 см/сония (p<0,001) афзоиш ёфт. Суръати диастолии ҷараёни хун дар шарёнҳо аз 3,08±0,08 то 4,09±0,07 см/сония (p<0,001), суръати миёнаи ҳаггии ҷараёни хун аз 6,15±0,08 то 7,48±0,08см/сония (p<0,001), суръати ҳадди аксари ҷараёни хун дар варидҳои ғадуди простата бошад, аз 3,72±0,05 то 4,70±0,06 см/сония (p<0,001) афзуд.

Баъди табобат, ҳангоми омӯзиши ҳолати гормонии беморони гурӯҳи асосӣ ба дараҷаи миёна сатҳи тестостерон дар хун аз 3,2±1,3 нг/мл то 5,5±1,5 нг/мл афзоиш дошт, дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, мутаносибан аз 3,1±1,4 нг/мл то 3,8±1,3 нг/мл зиёд гардид.

Аз тарафи таҳлили умумии хун, ченакҳои биохимиявӣ ва системаи инъикодии хун қабл ва баъд аз муолича тағйироти ҷашмрасе мушоҳида нагардиданд.

Таъсири табобат бо тамсулозин ва ОДЭ ба вазифаҳои копулятивӣ ва генеративӣ. Назар ба нишондиҳандаҳои ШБФЭ-15, агар то табобат дар беморони гурӯҳи асосӣ холи миёна аз рӯи фасли «вазифаи эректилӣ»

20,12±0,38-ро ташкил дода бошад, он гоҳ баъди табобат ин нишондиҳанда 27,53±0,21-ро ташкил намуд ($p<0,001$), дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, ин нишондиҳанда то табобат 21,97±0,56 буд, баъди табобат бошад, - 23,63±0,46- ро ташкил дод ($p>0,05$). Нишондиҳандаи «қаноатмандии умумӣ» дар бемороне, ки тамсулозин ва ОДЭ гирифта буданд, холи миёна то табобат 6,34±0,13-ро ташкил меод, баъди табобат ин рақам то 9,07±0,1 ($p<0,001$) афзуд, дар байни беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, мутаносибан - 6,37±0,18 ва 7,91±0,16 -ро ташкил намуд ($p>0,05$). Ҳамин гуна натиҷаҳо аз рӯи дигар фаслҳои вазифаи копулятивӣ ба назар расид, самараи мусбати боэътимод аз табобат танҳо дар гурӯҳи бемороне, ки бо тамсулозин ва ОДЭ муолиҷа шуда буданд, ба мушоҳида расид. Арзёбии ҳолати вазифаи генеративӣ нишон дод, ки муолиҷа бо истифода аз тамсулозин ва ОДЭ самараноктар буд. Ҳамин тавр, агар то муолиҷа шумораи беморони дорои нутфаи муътадил дар байни беморони гурӯҳи асосӣ 8 нафар буда бошад, пас, баъди ду моҳи муолиҷа ин рақам ба 27 расид, дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, мутаносибан аз 5 ба 8 нафар расид.

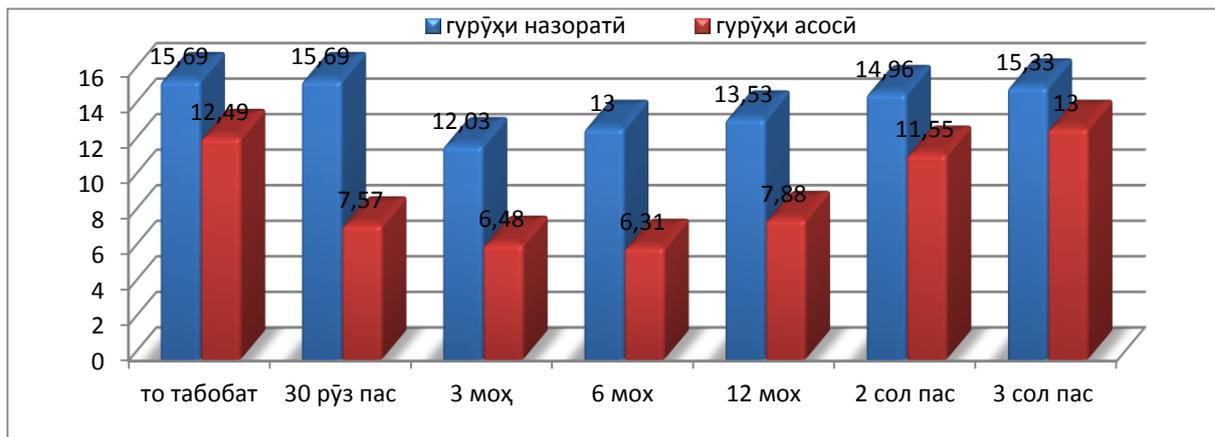
Ҳама гуна маводи доруворӣ метавонанд таъсири номатлуб дошта бошанд. Аз ҷумла дорувориҳои мавриди истифодаи мо (тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ) барои табобати беморони гирифтори ПМА низ аз таъсири номатлуб истисно нестанд. Дар байни беморони таҳқиқшаванда дар 6 нафар таъсири номатлуби ҷонибӣ дар намуди сарчархзанӣ ва диспепсия мушоҳида шуданд, ки баъди 3 – 4 шабонарӯзи лағви дору мустақилона рафъ гардиданд. Инчунин 35 нафар бемороне, ки ОДЭ гирифта буданд, аз пайдошавии бӯй хангоми муолиҷа ва норухатӣ хангоми коршикоят намуданд ва ба ҳамин сабаб зарурати коҳиш додани миқдори димексид, дар таркиби микроклизмаҳо пеш омад.

Вижагиҳои табобати шаклҳои оризавии простатити музмини абактериалӣ. Чараёни тӯлонии раванди илтиҳоб дар ғадуди простата дар ниҳояти кор метавонад ба таҳаввулоти склеротикии паренхимаи узв боис гардад. Фаъолнокии равандҳои склерозшавӣ ҳамчун марҳилаи ниҳии простатити музмин баррасӣ мегарданд.

Новобаста ба беҳтаршавии ҳолати объективӣ субъективӣ беморон, дар чараёни муолиҷаи гузаронидашуда дар 14 (13,7%) бемори таҳқиқшаванда (8 нафар аз гурӯҳи асосӣ ва 6 нафар аз гурӯҳи назоратӣ) склерози простата ошкор карда шуд. Бинобар ин, барои бартараф намудани ин проблема мо вобаста ба вазоҳат ва мавқеияти қитъаи склеротикӣ **методи** чарроҳиро интиҳоб намудем. Ба ҳамаи беморони гирифтори склерози простата бо се равиш чарроҳии эндоскопӣ гузаронида шуд: васекунии қитъаи тангшуда дар 3 (3/14, 21%) бемор, БТУ-и ҷузъии (буриши трансуретралӣ) простат – дар 4 (4/14, 29%) нафар ва буриши қитъаҳои склерозшудаи простат (Internaluretrotomy) – дар 7 (7/14, 50%) беморон. Давомнокии амалиёти чарроҳӣ ба ҳисоби миёна 25,3±1,1 дақиқаро ташкил дод. Дар масона ба муддати то 8 – 10 рӯз қастараи сероҳаи Фолле гузошта

шуд. Дар натиҷа динамикаи аломатҳо тибқи ҷадвали АМА – ПМ чунин буд: шохиси простатити музмин то муолиҷа $25,4 \pm 2,1$ холро ташкил меод, баъди табобат то $12,1 \pm 1,7$ коҳиш ёфт, нишондиҳандаҳои дизурияҳо, мутаносибан $11,4 \pm 0,36$ ва $4,1 \pm 0,29$ -ро ташкил доданд, нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт тибқи ҳамин ҷадвал то табобат $9,0 \pm 0,27$ буданд, баъди муолиҷа $3,25 \pm 0,24$ -ро ташкил доданд. Қимати миёнаи ҳадди аксари ҳаҷми суръати пешобронӣ (Q_{\max}) то амали ҷарроҳӣ $13,9 \pm 0,3$ мл/с-ро ташкил дод. Баъди як моҳи амали ҷарроҳӣ ин нишондиҳанда то $16,8 \pm 0,7$ мл/с афзуд. Миқдори пешоби боқимонда, мутаносибан - $70,4 \pm 2,1$ мл ва $10,1 \pm 0,7$ мл -ро ташкил мекард. Арзёбии натиҷаҳои дурдаст аз рӯи маълумоти клиникӣ-функционалӣ нишон дод, ки пас аз 3 моҳ баъди ҷарроҳии эндоскопӣ беҳбудии назаррас ҳифз шудаанд. Инро натиҷаҳои IPSS, урофлоуметрия ва ТУС низ тасдиқ мекунанд: тибқи IPSS маҷмӯи ҳолҳо $3,8 \pm 0,5$ ҳол, шохиси сифати ҳаёт - $2,4 \pm 0,2$ ҳол, Q_{\max} - $18,4 \pm 1,5$ мл/с, миқдори пешоби боқимонда - $15,5 \pm 1,4$ мл -ро ташкил дод.

Натиҷаҳои дури муолиҷаи беморони таҳқиқшавандаи гирифтори ПМА. Ба мо муяссар гардид, ки натиҷаҳои дурдасти табобати 85 нафар беморони гирифтори ПМА-ро таҳлил намоем: 58 (68,2%) нафар аз гурӯҳи асосӣ, 27 (37,8%) нафар аз гурӯҳи назоратӣ. Тағйироти умумиклиникӣ ва озмоишгоҳию функционалӣ дар беморони таҳқиқшаванда арзёбӣ гардид. Дар баробари ин, дар 60 нафар бемори таҳқиқшаванда баъди як соли табобат таҳқиқи микроскопии тарашшуҳи простата гузаронида шуд, ки дар ин ҳол, миқдори миёнаи лейкоцитҳо $10,5 \pm 1,3$ -ро ташкил дод. Динимикаи тағйироти лейкоцитҳо дар тарашшуҳи простат дар расми 2 инъикос ёфтааст.



Расми 2. – Нишондиҳандаҳои динамикии миқдори лейкоцитҳо дар тарашшуҳи простата дар гурӯҳҳо

Тавре ки дар расм нишон дода шудааст, дар муддати 2 сол дар беморони бо ОДЭ ва тамсулозин муолиҷашуда, миқдори миёнаи лейкоцитҳо дар ҳадди муътадил қарор дошт. Вале, баъди 2 сол афзоиши тадриҷии миқдори лейкоцитҳо ба назар расид. Дар ин ҳол, дар беморони гурӯҳи назоратӣ коҳиши устувори миқдори лейкоцитҳо дар мадди назар ба қайд гирифта нашуд.

Ҳамчунин, баъди як соли табобат 47 (47/58, 81,0%) нафар бемор аз гурӯҳи асосӣ ва 7 (7/27, 25,9%) нафар аз гурӯҳи назоратӣ аз лиҳози системаи пешобу чинсӣ шикоят накарданд, дар 15 нафар бемор (5 нафар аз гурӯҳи асосӣ ва 10 нафар аз гурӯҳи назоратӣ) ихтилолоту дизуриқӣ ба қайд гирифта шуданд. Шикоят аз дард дар мавзёҳои гуногун дар 7 (7/58, 12,1%) нафар бемори гурӯҳи асосӣ ва 21 (21/27, 77,8%) нафар бемори гурӯҳи назоратӣ ошкор гардид. Ҳамзамон, 7 нафар бемори муолиҷаи асосигирифта ва 19 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ аз дисфунксияи копулятивӣ шикоят намуданд.

Натиҷаҳои дурдасти табобати беморони таҳқиқшаванда ҳамчунин ба воситаи чадвали арзёбии маҷмӯи аломатҳои простатити музмин (АМА – ПМ), чадвали IPSS, урофлоуметрия, чадвали муайянсозии дисфунксияи копулятивӣ - ШБЭФ-15 баҳогузорӣ шуданд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар чадвали 3 инъикос ёфтаанд.

Чадвали 3. – Маълумоти муқоисавии натиҷаҳои дури нишондиҳандаҳои урофлоуметрия, АМА – ПМ ва IPSS дар миёни гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

	То муолиҷа		Баъди муолиҷа		3 моҳ		6 моҳ		12 моҳ		24 моҳ	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
ШК-ПМ	32,4 5±0,8	34,7 1±1,2	9,52 ±0,7	23,7 ±1,9	7,42 ±0,7	23,0 ±1,8	7,6±0,8	25,8 ±1,4	10,6±1,0	21,9 ±1,4	16,2 ±1,2	23,7 ±1,2
IPSS	17,3 1±0,7	19,9 1±0,9	6,34 ±0,4	12,5 ±0,7	4,66 ±0,2	9,46 ±0,7	4,87±0,5	8,14 ±0,6	7,75±0,6	11,2 ±1,0	11,6 ±0,7	14,3 ±1,1
Q max	14,3±0,2	15,5±0,3	17,1±0,2	15,3±0,9	7,4±0,1	6,2±0,2	17,0±0,1	15,3±0,3	16,5±0,12	14,9±0,2	15,5±0,2	13,9±0,3

Эзоҳ: I – гурӯҳи асосӣ; II – гурӯҳи назоратӣ

Дар ҷараёни муолиҷа бо тамсулозин ва ОДЭ маҷмӯи ҳолҳо тибқи чадвали АМА – ПМ ва чадвали IPSS ба таври ҷашмрас коҳиш ёфтанд. Чунончи, агар то табобат шохиси клиникаи простатити музмин ба ҳадди миёна 32,45±0,8 ҳолро ташкил дода бошад, он гоҳ баъди 3 моҳи пас аз муолиҷа ин рақам то 7,42±0,7 ҳол коҳиш ёфт. Тибқи чадвали IPSS холи маҷмӯи аввалияи беморони гурӯҳи асосӣ ба ҳадди миёна 17,31±0,7-ро ташкил медод, вале баъди табобат то 4,66±0,2 ҳол коҳиш ёфт. Дар ҳамин ҳол, дар аксарияти беморон, беҳтаршавии алоим аз рӯи маълумоти чадвал зиёда аз 2 сол боқӣ монд. Ин аз самаранокии табобат бо тамсулозин ва ОДЭ, ҳамчунин аз илтиёми устувори простатити музмин дарак медиҳад. Ҳамзамон, дар беморони гурӯҳи назоратӣ чунин беҳтаршавии возеҳи алоим ба қайд гирифта нашуд, ки аз набудани ҷузъи патогенетикии табобат дар ин гурӯҳ шаҳодат медиҳад.

Маълумоти тавассути урофлоуметрия бадастомада низ нишон медиҳанд, ки дар беморони бо тамсулозин ва ОДЭ муолиҷагардида

бехтаршавии назарраси суръати пешобронӣ мушоҳида мешавад ва ин ҳолат тақрибан 2 сол ҳифз гардид.

Аз рӯйи натиҷаҳои пурсишнома бо истифодаи ҷадвали «Индекси байналмилалии вазифаи эректилӣ» манзараи ҳамгунаро мушоҳида намудем.

Тибқи нақшаи коркарднамудаи мо барои табобати беморони гирифтори ПМА, дар ҷараёни таҳқиқоти мо барқароршавии устувори нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ ва бехшавии рукуди тарашшуҳоти простата дар 57 нафар бемор ошкор гардид. Такроршавиҳои беморӣ дар беморон дар давраҳои гуногуни мушоҳидаҳо ба назар расид. Дар беморони гурӯҳи асосӣ баъди 6 моҳ 4 ҳолати такроршавӣ ва мутаносибан баъди 9 ва 12 моҳ такроршавӣ дар 6 ва 15 нафар бемор ба қайд гирифта шуд. Бо ин ҳол, дар беморони бо тамсулозин ва ОДЭ муолиҷанашуда баъди 3, 6, 9 ва 12 моҳ такроршавӣ, мутаносибан дар 15, 18, 29 ва 32 бемор мушоҳида гардид.

Арзёбии сифати ҳаёти беморон. Вобаста ба давомнокии ҷараёни беморӣ, мо беморонро шартан ба 4 гурӯҳ тақсим намудем. Дар ин гурӯҳҳо ба мо муяссар гардид, ки сифати ҳаёти беморонро арзёбӣ намоем (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Таъсири мукоисавии арзёбии сифати ҳаёти беморон, вобаста ба давомнокии ҷараёни ПМА

Гурӯҳи беморон	Давомнокии беморӣ	Шумораи беморон		Ҳоли маҷмӯии миёнаи сифати ҳаёт(M±m)	
		Мутл.	%	QoL	Сифати ҳаёт бо АМА – ПМ
I	То 1 сол	14	13,7	2,92±0,33	7,78±0,64
II	Аз 1 то 2 сол	25	24,5	3,86±0,17	9,76±0,41
III	Аз 2 то 5 сол	29	28,4	3,97±0,14	10,24±0,31
IV	Зиёда аз 5 сол	34	33,3	4,36±0,11	11,23±0,25
Ҷамағӣ		102	100	3,95±0,9	10,03±0,21

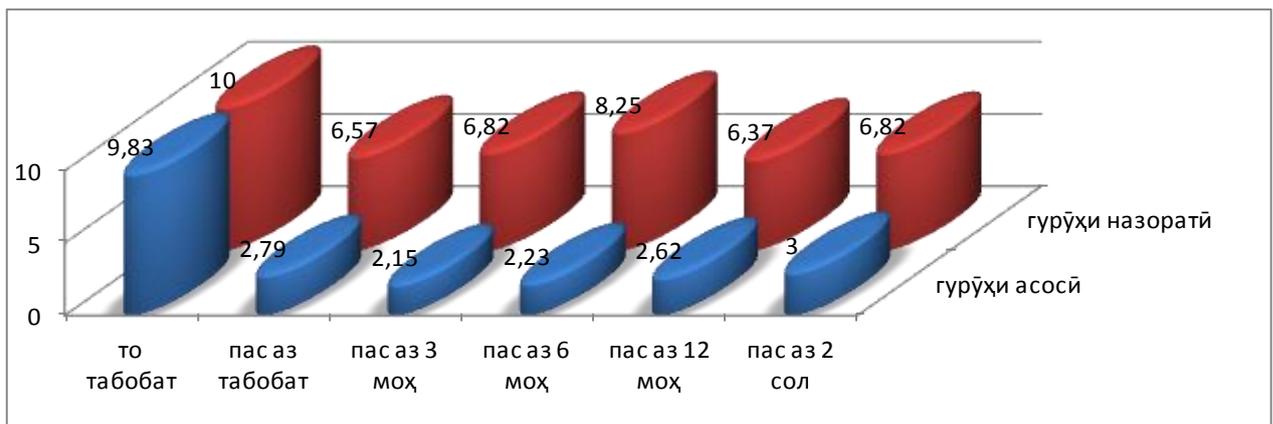
Тавре ки дар ҷадвали 4 омадааст, давомнокии ҷараёни простатити музмин дар бештар аз 60% беморони таҳқиқшаванда зиёда аз 2 солро ташкил дод ва аз рӯйи афзоиши давомнокии раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простата, тадриҷан нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморон низ коҳиш меёбад.

Дар баробари ин, мо сифати ҳаёти беморонро аз рӯйи дараҷаи вазнинии ҷараёни клиникӣ арзёбӣ намудем. Дар ҳамин ҳол, бо истифода аз ҷадвали АМА – ПМ, мо шохиси клиникӣ простатити музминро муайян кардем ва бар ин асос, беморонро ба се гурӯҳ тақсим намудем. Гурӯҳи I–аз 0 то 10 ҳол; ба ин гурӯҳ беморони дорои нишондиҳандаҳои андаки зухуроти клиникӣ тааллуқдоранд, гурӯҳи II–аз 11 то 25 ҳол бо зухуроти муътадили алоими беморӣ ва гурӯҳи III–бештар аз 25 ҳол бо алоими вазнин. Дар зимн, дар 15 (14,7%) нафар бемор аз шумораи умумии беморон нишондиҳандаҳои муътадили зухуроти алоими беморӣ то муолиҷа ҷой дошт, дар ҳоле ки дар 87

(85,3%) нафар беморони боқимонда нишондиҳандаҳои клиникийи возеҳ ошкор гардиданд.

Маълумоти ба дастомадаро аз рӯи низоми ШБФЭ таҳлил карда, беморони таҳқиқшавандаро ба гурӯҳҳо тақсим намудем. Гурӯҳи якумро беморони дорои ихтилолоти сабуки вазифаи копулятивӣ ташкил доданд, яъне бо маҷмӯи холҳо дар ҳудуди 60 - 75. Беморони дорои дисфунксияҳои муътадили копулятивӣ ва маҷмӯи холҳои аз 60 то 40 ба гурӯҳи 2-юм дохил гардиданд. Ва гурӯҳи 3-юм беморони дорои ихтилолоти возеҳи вазифаи копулятивӣ ва маҷмӯи холҳо тибқи ШБФЭ камтар аз 40-ро дар бар гирифт. Дар натиҷа, беморони дорои ихтилолоти сабуки вазифаи копулятивӣ 9 ҳол гирифтанд, дар ҳоле ки беморони дорои ихтилолоти вазнини вазифаи копулятивӣ 11,5 ҳолро соҳиб шуданд. Бар ин асос тибқи ҷадвали QoI мутаносибан 3,44 ва 4,16 ҳол ба ҳисоби миёна муайян гардид. Бинобар ин, миқдори холҳо дар фаслҳои сифати ҳаётии ҷадвали АМН – ПМ ва QoI баробари натиҷаҳои ШБФЭ афзоиш меёбад. Ҳамин тавр, ҳулоса баровардан мумкин аст, ки ҳар қадар бештар нишондиҳандаҳои клиникийи беморӣ дар шакли ихтилолоти вазифаи копулятивӣ возеҳ бошад, ҳамон қадар сифати ҳаёти беморон бештар коҳиш меёбад.

Бо истифода аз ҷадвали «сифати ҳаёт» ва ҳолати объективӣ субъективӣ беморон қабл ва баъд аз муолиҷа, мо натиҷаҳои ба дастомадаро арзбӣ намудем (расми 3).



Расми 3. – Таъсири муқоисавии маҷмӯи холҳои беморони таҳқиқшаванда аз рӯи фасли «сифати ҳаёт» (ҷадвали АМА-ПМ).

Аз рӯи ҷадвали АМА-ПМ дар беморони гурӯҳи асосӣ қимати миёнаи сифати ҳаёти беморон то табобат 9,8 ҳолро ташкил медед, пас аз 3 моҳи табобат бо тамсулозин ва ОДЭ қимати миёнаи сифати ҳаёт то 2,1 ҳол коҳиш ёфт. Ҳамин тавр, ин нишондиҳанда тақрибан 2 сол бетағйир буд, ки аз илтиёми устувори беморӣ дар ҷараёни табобати асосӣ шаҳодат медиҳад. Ҳамзамон, дар байни беморони гурӯҳи назоратӣ тағйири андаки маҷмӯи холҳо ба самти беҳтаршавии сифати ҳаёти беморон ба назар мерасид, ки он ҷанбаи муваққатӣ дошт.

Бинобар ин, сифати ҳаёти беморони таҳқиқшавандаро омӯхта, мо ба ин ҳулоса расидем, ки ҳар қадар раванди илтиҳобӣ дар ғадуди простата идомаи

бештар дошта бошад, ҳамон қадар ихтилолоти вазифаҳои чинсӣ ва равонии беморон амиқтар хоҳад буд. Вазифаи копулятивӣ ва ҳолати равонии беморон сифати ҳаёти беморонро рӯшан инъикос менамояд. Бинобар ин, арзёбии сифати ҳаёти ҳамаи беморон то муолиҷа, инчунин дар давраҳои наздиктарин ва дуртарини баъди табобат зарур буда, мубрам ба ҳисоб меравад. Арзёбии самаранокии табобат дар давраи дурдаст баъди табobati асосӣ бо истифодаи тамсулозин ва ОДЭ дар таҳқиқоти мо натиҷаҳои хуб нишон дод.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Арзёбии хунгардиши простата бо истифода аз ТУСТР бо доплер, пажӯҳиши уродинамикӣ бо **методи** урофлоуметрия, ҳамчунин пурсишномаи беморон аз рӯйи чадвали АМА-ПМ ва чадвали ШБФЭ барои ташхис, ошкор намудани оризаҳои беморӣ ва муайян кардани дараҷаи самаранокии муолиҷа аз нақши муҳим бархӯрдор мебошанд [1 – А, 3 – А, 9 – А, 10 – А, 13 – А, 18 – А, 20 – А].
2. Корбурди якҷояи тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ ба беҳтаршавии микроциркулятсия дар простат, барқароршавии ҷараёни ихроҷи тарашшуҳоти простат аз қитъаҳои ба душворӣ дренажшавандаи ғадуд мусоидат карда, ҳамчунин ихтилолоти вазифаҳои копулятивӣ ва насловариҳои беморонро, ки дар заминаи простатити музмини абактериалӣ пайдо гардидаанд, барқарор менамояд [2 – А, 4 – А, 6 – А, 8 – А, 14 – А, 15 – А, 17 – А, 19 – А].
3. Корбурди тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ дар беморони мубтало ба простатити музмини абактериалӣ ба коҳиши назарраси миқдори такроршавиҳо ва илтиёми устувори беморӣ ҳам дар давраи наздик ва ҳам дар муҳлати дури мушоҳидаи беморон боис гардид [3 – А, 5 – А, 6 – А, 15 – А, 16 – А, 17 – А, 18 – А].
4. Ҳар қадар ҳолати беморон вазнин бошад, ҳамон қадар бештар сифати ҳаёт халалдор мегардад. Ихтилолоти вазифаи копулятивӣ ба таври мутаносиби рост ба дараҷаи сифати ҳаёти беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ таъсир мерасонад [2 – А, 7 – А, 8 – А, 11 – А, 12 – А, 20 – А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Барои арзёбии хунгардиш ва дараҷаи осеби простата, инчунин барои муайянсозии меъёри самаранокии табобат тавсия мешавад, ки ТУСТР ҳамроҳ бо эходоплерографияи простатро дар тамоми беморони ПМА анҷом диҳанд.
2. Ҳамаи беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ бояд қабл ва баъд аз муолиҷа аз таҳқиқоти уродинамикӣ гузаранд ва аз рӯйи чадвали АМА-ПМ, ШБДЭ ва IPSS пурсишномаро иҷро намоянд.
3. Дар ҷараёни муолиҷа ва баъди табобат бо тамсулозин ва ОДЭ, бо мақсади ташхиси назоратӣ, такроран анҷом додани таҳлили тарашшуҳоти простата ё нутфа муҳим аст.

4. **Методи** табобате, ки мо барои беморони гирифтори ПМА истифода менамоем, самарай бозътимод ва таъсири бардавоми мусбат дорад, бинобар ин, ҳангоми муолиҷаи беморони мубтало ба простатити музмини абактериалӣ ҳамчун **методи** асосии муолиҷа тавсия мешавад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ доир ба мавзӯи диссертация

Монография

1-А. Абдувоҳидов А.А. Допплерография предстательной железы у больных хроническим простатитом: монография / Д.Н. Солихов [и др.]. – Душанбе.: 2017. – 150с.

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

2 – А. Абдувоҳидов А.А. Эффективность применения тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом /А.А.Абдувоҳидов, Д.Н. Солихов//Ж.«Известия Академии наук Республики Таджикистан». – Душанбе. - 2014. - №3(187). – С. 92-96.

3 – А. Абдувоҳидов А.А. Лечение больных хроническим простатитом, осложненным склерозом предстательной железы, методом трансуретральной электрохирургии /А.А.Абдувоҳидов, Д.Н. Солихов, Х.Г. Салимов//Ж. «Вестник Педагогического университета». – Д. - 2014. - №5 (60). - С. 82-85.

4 – А. Абдувоҳидов А.А. Опыт применения тамсулозина у больных с хроническим абактериальным простатитом /Д.Н. Солихов, А.А.Абдувоҳидов, Ш. Ш. Шокиров //Ж.«Вестник Педагогического университета». – Душанбе. - 2014. - №5 (60). - С. 79-82.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

5 – А. Абдувоҳидов А.А. Лечение больных хроническим абактериальным простатитом / И.Н.Нусратуллоев, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувоҳидов, М.М. Косимов // Материалы 1 – съезда Урологов Таджикистана с международным участием. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - 2011.- №3. - С. 278.

6 – А. Абдувоҳидов А.А. Применение Омник-окас у больных хроническим абактериальным простатитом/ И.Н. Нусратуллоев, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувоҳидов, М.М. Косимов // Материалы 1 – съезд Урологов Таджикистана с международным участием. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - 2011.- №3. - С. 288.

7 – А. Абдувоҳидов А.А. Оценка качества жизни в диагностике доброкачественной гиперплазии предстательной железы /А.А. Абдувоҳидов, М.М. Косимов, М.У. Гафуров// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино посвященной «20-летию независимости Республики Таджикистан». – Душанбе.- 2011. – С. 21-22

8 – А. Абдувоҳидов А.А. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазии предстательной железы /А.А. Абдувоҳидов,

Д.Н. Солихов, М.М. Косимов// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино посвященной «20-летию независимости Республики Таджикистан». – Душанбе.- 2011. – С. 22-23.

9 – А. Абдувохидов А.А. Диагностика хронического простатита / А.А. Абдувохидов., А.М. Эргашев, Ч.М. Мухитдинов// Сборник тезисов научных работ студентов и молодых ученых всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова. «Актуальные вопросы медицинской науки». – Ярославль. - 2012г. - С.160.

10 - А. Абдувохидов А.А. Применение витапрост плюс в лечении больных хроническим бактериальным простатитом /А.А. Абдувохидов, Д.Н.Солихов, А.М. Эргашев, Б.Ч. Сангов// Сборник научных работ студентов и молодых ученых всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию профессора А.А. Чумакова.«Актуальные вопросы медицинской науки». – Ярославль. - 2012г.- С.196.

11 – А. Абдувохидов А.А. Биорегулирующая терапия больных инфекционным хроническим простатитом / С.Х. Аль – Шукри, Д.Н. Солихов, А.А. Абдувохидов// Материалы 61 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение». – Душанбе.- 2013. – С. 329-331.

12 – А. Абдувохидов А.А. Ахамияти таъсири алфа -1-адреноблокатор - тамсулозин ба кобилияти шахвонии беморони гирифтори простатити музмини абактериали /А.А. Абдувохидов//Ж. Авчи зухал. - Душанбе. – 2014. - №1. – С. 13-15.

13 – А. Abduvokhidov A.A. Transurethral electrosurgery in patients with prostate sclerosis /A.A. Abduvokhidov, Salihov D.N., Rizoev H.H., Kosimov M.M.// Abstract book 12th Asian Congress of Urology. – International Journal of Urology - Kish Island. – 2014. – Vol.21 (Sup. 2). - pp A276

14 – А. Абдувохидов А.А. Оптимизация терапии хронического абактериального простатита /А.А. Абдувохидов// Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки». – Душанбе.- 2014. – С. 83.

15–А. Абдувохидов А.А. Оптимизация терапии хронического абактериального простатита /А.А. Абдувохидов, Х.Х.Ризоев, Д.Н.Солихов // Сборник тезисов. 10 –го юбилейного конгресса профессиональной ассоциации андрологов России (ПААР), 2-го Российско – азиатского уро-андрологического конгресса, 3-ей конференции урологов Московской области. - Сочи. – 2015. - С. 74-75.

16–А. Абдувохидов А.А. Оптимизация лечения хронического абактериального простатита / С.Х. Аль – Шукри, Д.Н. Солихов, А.А.

Абдувохидов// Материалы 64 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан.– Душанбе.- 2016. – С. 204-205.

17–А. Abduvokhidov A.A. The effectiveness treatment chronic bacterial prostatitis with dimexide enzyme mixture /A.A. Abduvokhidov, D.N. Solikhov, I.D. Rafiev// Abstract book 20th Congress of Iranian Urological Association. – Tehran. – 2017. - pp 204-205

18–А. Abduvokhidov A.A. The applications of quantum blood therapies in the complex treatment of chronic urethroprostatitis of myco-and ureaplasmas nature / I.D. Rafiev, H.H. Rizoiev, A.A. Abduvokhidov// Abstract book 20th Congress of Iranian Urological Association. – Tehran. – 2017. - pp 207-208

19–А. Абдувохидов А.А. Истифодаи тамсулозин ва омехтаи димксид – энзими дар табобати бемории простатити музмини абактериали/А.А. Абдувохидов, А. Нусратов//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль молодёжи в развитии медицинской науки».– Душанбе.- 2017. – С. 105.

20–А. Абдувохидов А.А. Терапия хронического абактериального простатита, осложненного копулятивной дисфункцией /А.А. Абдувохидов, Х.Г. Салимов, А.Ш. Сидиков// Материалы 66 – й годичной научно - практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. – 2018. - С. 19-20

Фехристи ихтисораҳо

ОДЭ – омехтаи димексидэнзимӣ

ШКПМ – шохиси клиникии простатити музмин

ВШК – воҳидҳои шаклдиҳандаи колония

ШБФЭ – шохиси байналмилалӣ функсияи эректилӣ

ҒП – ғадуди простата

АХП – антигени хоси простата

АМА-ПМ – арзёбии маҷмӯии аломатҳои простатити музмин

ТУСТР– таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ

ТУСТРП – таҳқиқоти ултрасадоии трансректалии простата

ТУС – таҳқиқоти ултрасадоӣ

ПМ– простатити музмин

ПМА–простатити музмини абактериалӣ

IPSS, – Index prostate symptom score,

QoL - quality of life

Qмах – суръати ҳадди аксари чараёни пешоб

АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Абдувохидова Абдусамада Абдукахоровича на тему “Оптимизация диагностики и лечения больных хроническим абактериальным простатитом” на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – Урология

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит (ХАП), тамсулозин, димексид – энзимная смесь (ДЭС)

Цель. Улучшение методов диагностики и лечения больных, страдающих хроническим абактериальным простатитом.

Методы исследования и использованная аппаратура: для решения поставленных задач всем 102 наблюдаемым нами больным хроническим абактериальным простатитом в качестве основных методов диагностики использовали шкалу суммарной оценки симптомов хронического простатита (СОС – ХП), шкалу международного индекса эректильной функции (МИЭФ), урофлоуметрию, трансректальная ультразвуковое исследования (ТРУЗИ) простаты и исследование секрета простаты. Основная группа больных (67 пациентов), в течение месяца, получали тамсулозин и ДЭС. Обработка статданных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0». При соответствии распределения нормальному закону данные приводили в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки ($\pm m$), при несоответствия описывали в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха - Me (25–75 процентиля). Парные сравнения независимых групп по количественному признаку проводили по U-критерию Манна-Уитни, множественные методом ANOVA Краскела-Уоллиса, парные сравнения зависимых групп проводили по T-критерию Уилкоксона. Для сравнения двух групп по качественному признаку применялся χ^2 – критерий Пирсона, точный критерий Фишера. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их новизна: полученные данные говорят, что применение ТРУЗИ, урофлоуметрии, шкалы СОС ХП и шкалы МИЭФ играют значимую роль для постановлении диагноза, обнаружении осложнений болезни и определении степени эффективности лечения. Сочетанное применение тамсулозина и димексид–энзимной смеси у больных хроническим абактериальным простатитом способствует улучшению микроциркуляции в простате, восстановлению оттока простатической секреции, улучшение объективной и субъективной состоянии больных, а также восстанавливает копулятивную и репродуктивную дисфункцию, появившихся на фоне хронического абактериального простатита

Рекомендации по использованию: всем пациентам с хроническим абактериальным простатитом до и после лечения следует выполнять ТРУЗИ, урофлоуметрию, анкетирование по шкалам СОС ХП и МИЭФ. Тамсулозин и ДЭС целесообразно применяют всем пациентам с ХАП.

Область применения: урология, андрология.

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Абдувоҳидов Абдусамад Абдуқаҳорович дар мавзӯи “Муносибозии ташхис ва муолиҷаи беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ” барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.01.23 – Урология

Вожаҳои калидӣ: простатити музмини абактериалӣ, тамсулозин, омехтаи димексидэнзимӣ(ОДЭ)

Мақсад. Беҳтар намудани **методҳои** ташхис ва муолиҷаи беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: барои ҳалли масъалаҳои дар диссертатсия матраҳгардида ба 102 беморони таҳти таҳқиқот қарордошта ҳамчун **методҳои** асосии ташхис ҷадвалҳои арзёбии маҷмӯи аломатҳои простатити музмин – АМА-ПМ, шохиси байналмилалии функсияи эректилӣ – ШБФЭ, урофлоуметрия, таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ ва озмоиши микроскопии тарашшуҳоти простата истифода гардид. Гурӯҳи асосии беморон (67 нафар) ҳамчун таболати асосӣ дар давоми як моҳ тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ қабул намуданд. Таҳлили омӯри тавассути барномаҳои амалии "STATISTICA 6.0" анҷом дода шуд, ки ҳангоми мувофиқат доштани тақсимоҷот бо қонуни муътадил, маълумот ба намуди қимати миёна (M) ва иштибоҳи стандартии он($\pm m$) буда, дар мавриди мувофиқат нақардани тақсимоҷоти қонуни муътадил маълумот дар намуди медиана (Me) ва наваҷони интерквартилӣ - Me (25–75 просентилий) инъикос қарда шуд. Муқоисаҳои ҷуфтии гурӯҳҳои мустақил аз рӯйи аломати микдорӣ тибқи U-меъёри Манн-Уитни, муқоисаҳои сершумор бо методи ANOVA Краскел-Уоллис ва муқоисаҳои ҷуфти гурӯҳҳои вобаста аз рӯйи T-меъёри Уилкоксон суръат гирифт. Барои муқоисаи ду гурӯҳ аз рӯйи аломати сифатӣ меъёри χ^2 – Пирсон, меъёри дақиқи Фишер истифода шуд. Таҳлили корреллясионии ду аломати тартибӣ бо методи ғайриҷенакии Кендалл гузаронида шуд. Тафовутҳои миёни нишондиҳандаҳо ҳангоми $p < 0,05$ будан, аз лиҳози омӯри қиматнок ҳисоб қарда шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва наваҷони онҳо: натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки истифодаи таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ, урофлоуметрия, пурсишномаҳо аз рӯйи ҷадвалҳои АМА - ПМ ва ШБФЭ барои ташхис, ошқор намудани оризаҳои беморӣ ва муайян намудани самаранокии таболат, нақши муҳим доранд. Қорбурди якҷояи тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ хунтаъминкунии простатаро фаъол, ҳаракати ихроҷот аз простатаро барқарор ва ҳолати объективию субъективии беморонро беҳтар намуда, боиси бартарафшавии дисфунксияи копулятивӣ ва насловарии дар натиҷаи беморӣ баамалномада, мегардад.

Тавсияҳо оид ба истифодаи натиҷаҳои таҳқиқот: ҳама беморони гирифтори простатити музмин қабл ва пас аз таболат бояд таҳти таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ, урофлоуметрия, пурсишномаҳо аз рӯйи ҷадвалҳои АМА–ПМ, ШБФЭ қарор гиранд. Тамсулозин ва омехтаи димексидэнзимӣ барои таболати ҳамаи беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ тавсия қарда мешавад.

Соҳаи истифода: урология, андрология.

ABSTRACT**Abduvokhidov Abdusamad Abdukakhorovich
Optimization of diagnostics and treatment of the patients with chronic
abacterial prostatitis**

Key words: chronic abacterial prostatitis (CAP), tamsulosin, dimexide - enzyme mixture (DEM).

Purpose. To improve methods of the diagnosis and treatment of patients with chronic abacterial prostatitis.

Methods of the research and the used equipment. For investigation of 102 patients with chronic nonbacterial prostatiti, as the main diagnostic methods we used the scales of the total assessment of symptoms chronic prostatitis (SAS-CP), the scale international index of erectile function (IIEF), uroflowmetry, transrectal ultrasound examination (TRUS) of prostate, uroflowmetry and the studing of prostate secretion. The main group of patients (67 patients) received tamsulosin and DEM for a month. Statistical data processing was carried out using the software package of "STATISTICA 6.0". When the distribution corresponded to the normal law, the data were presented as the mean value (M) and its standard error ($\pm m$), while the discrepancies were described as the median (Me) and the interquartile range - Me (25–75 percentiles). Paired comparisons of independent groups by quantitative trait were carried out by the Mann-Whitney U-test, multiple ANOVA by Kruskal-Wallis method, paired comparisons of dependent groups were carried out by the Wilcoxon's T-test. For comparison of the two groups on the basis of quality, χ^2 was used - the Pearson's criterion, Fisher's exact test. Differences between the indicators were considered statistically significant at $p < 0.05$.

The received results and their novelty: the datas obtained indicate that the using of TRUS, uroflowmetry, the SAS-CP scale and the IIEF scale is a significant role in determining the diagnosis, detecting complications of the disease and determining the degree of treatment effectiveness. The combined using of tamsulosin and dimexide-enzyme mixture in patients with chronic abacterial prostatitis helps to improve microcirculation in the prostate, to restore of outflow of prostatic secretion, improve the objective and subjective state of patients, and also restores copulative and reproductive dysfunctions that appeared on the background of chronic abacterial prostatitis

References on use: all patients with chronic abacterial prostatitis before and after treatment should be carried out TRUS, uroflowmetry, questionnaires on the scales SAS-CP and IIEF. Tamsulosin and DES are appropriate for all patients with HAP.

Field of application: urology, andrology.