

Применение лечебных парапростатических блокад у пациентов с хроническим простатитом и синдромом тазовых болей

Темников Н.Д., Еркovich А.А.

Кафедра урологии НГМУ. Новосибирская Клиническая Больница ФГУ «СОМЦ Росздрава». г. Новосибирск.

Актуальность: Известно, что длительно протекающий хронический простатит приводит в дальнейшем к склерозу простаты и синдрому тазовых болей. Хотя этот синдром в большинстве случаев возникает в момент появления хронического простатита и в период обострения. Такие пациенты часто обращаются за медицинской помощью. Часто присутствуют жалобы синдрома тазовых болей, что приводит пациента к астено-депрессивному состоянию. Снижается работоспособность и качество жизни пациента. Причиной в большинстве случаев это ИППП и сапрофитная флора. Пациентам не всегда назначают полное обследование для выяснения причины воспаления. Такие пациенты по несколько раз в году, а порой и в различных медицинских учреждениях получают лечение с временным эффектом.

Цель: Выяснить причину часто рецидивирующего простатита. Назначить этиотропную терапию с применением лечебных парапростатических блокад как локальный метод воздействия на простату и её нервные сплетений.

Материал и методы. Всего 6 пациентов в возрасте 42 лет (± 3). Длительность заболевания 9 лет (± 4) которым ранее неоднократно проводилась простатотропная терапия без предварительного забора анализов на инфекции как из секрета простаты так и из спермы. Из раннего анамнеза пациенты перенесли трихомонадный уретрит. В момент обращения в медицинские учреждения пациентам, при обследовании, проводили только уретральный мазок и микроскопию секрета простаты. Лечились как амбулаторно так и в стационарах с временным эффектом. Проводилась антибиотикотерапия широкого спектра, противовоспалительной терапией или фторхинолонами максимум до 10 дней. Повторные обострения через 6 мес.

Секрет простаты: лейкоциты 4 в п/з (± 2), эритроцитов 1 в п/з (± 1), лецитиновые зёрна умеренное количество, флоры не обнаружено. Уретральный мазок: лейкоциты 2 в п/з (± 1), эпителий 2 в п/з (± 1), слизь – незначительно, флора – единичные кокковые бактерии. ПЦР и посевы из уретры и посевы из спермы на ИППП – отрицательно. Посевы из спермы на сапрофитную флору – отрицательно. За день до сдачи анализов проводилась провокация S. Pirogenal 25 мкг в/м.

УЗИ простаты: средний объём = 26 см³ (± 4) с признаками калькулёза простаты, ДГПЖ, единичные анэхо- и гиперэхо очаги. Остаточной мочи нет. Урофлоуметрия: $Q_{\max} = 15 \text{ мл/сек}$ (± 3), $V_1 = 163 \text{ мл}$ (± 18), $T = 32 \text{ сек}$ (± 4). $PSA = 1,12 \text{ нг/мл}$ ($\pm 0,31$). $IPSS = 8$ (± 3), $QOL = 2$ (± 1). Шкала Оценки Симптомов Хронического Простатита = 30 (± 5) баллов.

Результаты: Ввиду присутствующих жалоб, анамнеза, катамнеза, УЗ изменений простаты, но отсутствие этиологического фактора больным, добровольно, была предложена трансректальная мультифокальная биопсия простаты под ТРУЗИ из 2 точек. Биоптаты, посеяны на ИППП и взяты на гистологию. Выявлено: у 4-х пациентов - хроническое воспаление и *Trichomonas vaginalis* et *Ureaplasma hominis*, у 1 пациента хроническое воспаление, ДГПЖ и *Trichomonas vaginalis* et *Ureaplasma hominis* et *Chlamidia trachomatis* (при исследовании гистологии), у 1 пациента – хроническое воспаление *Trichomonas vaginalis* et *Mycoplasma hominis*.

Было предложено проведение лечебных парапростатических блокад параллельно с медикаментозной терапией. Блокады проводились смесью с лидокаином и этиотропным лекарственным препаратом. Учитывая, что ранее проведение обычных, лидокаиновых блокад у таких пациентов, анестезирующий эффект был до 2-х суток. Блокады проводились 1 раз в 2 дня. При лечении *Trichomonas vaginalis* проводили 6 блокад, в состав смеси вхо-