

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXXIII

4

2002

Казанский мед. ж., 2002, 83, 4, 241—320.

Available
on the WEB
http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXXIII

4

2002

Казанский мед. ж., 2002, 83, 4, 241—320.

Available
on the WEB
http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed

Редакционная коллегия:

Д.М. Зубаиров (главный редактор),
К.Н. Агишева (отв. секретарь), Д.К. Баширова, В.Ф. Богоявленский (зам. главного редактора), Х.З. Гафаров, М.М. Гимадеев (зам. главного редактора), К.Ш. Зыятдинов, И.А. Латфуллин, И.Г. Низамов, В.Н. Ослопов, О.И. Пикуза, И.А. Салихов, Э.Н. Ситдыков, И.Ф. Фаткуллин, М.Ш. Шафеев

Редакционный совет:

Р.С. Акчурин (Москва), Н.Х. Амиров (Казань), В.Ю. Альбицкий (Казань), Э.И. Аухадеев (Казань), А.А. Визель (Казань), Р.М. Газизов (Казань), А.Н. Галиуллин (Казань), В.И. Галочкин (Казань), А.А. Гильманов (Казань), В.Е. Григорьев (Казань), Д.Ш. Еналеева (Казань), В.Ф. Жаворонков (Казань), Ш.З. Загидуллин (Уфа), Р.З. Закиев (Казань), Л.Е. Зиганшина (Казань), И.А. Ибатуллин (Казань), Г.А. Иваничев (Казань), М.Ф. Исмагилов (Казань), И.И. Камалов (Казань), А.М. Карпов (Казань), Б.А. Королев (Нижний Новгород), А.Ф. Краснов (Самара), Д.М. Красильников (Казань), В.А. Кузнецов (Казань), Л.А. Лещинский (Ижевск), С.В. Мальцев (Казань), М.З. Миргазизов (Казань), М.К. Михайлов (Казань), И.З. Мухутдинов (Казань), А.П. Нестеров (Москва), О.К. Поздеев (Казань), И.М. Рахматуллин (Казань), М.Р. Рокицкий (Москва), Н.С. Садыков (Казань), И.Г. Салихов (Казань), Е.П. Сведенцов (Киров), Р.М. Тазиев (Казань), В.В. Талантов (Казань), Р.Г. Фатихов (Казань), Р.У. Хабриев (Москва), Р.Ш. Хасанов (Казань), А.Д. Царегородцев (Москва).

Издается с 1901 года

Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СНГ.

Адрес редакции "Казанского медицинского журнала":
г. Казань, ул. Декабристов, 2. Тел. 43-70-74.

Корреспонденцию направлять по адресу:
420066, г. Казань, а/я 53.

Адрес электронной почты: kazmedj@bancorp.ru

Адрес "Казанского мед. ж." в сети "Internet"

http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed

Литературный редактор А.Ш. Закирова

Компьютерная верстка А.И. Никиткова

Журнал зарегистрирован в Госкомитете по печати РФ, свидетельство № 1198.

Подписано в печать 13.08.2002 г. Формат издания 70х108 1/16. Бум. офсетная № 1.

Гарнитура таймс. Объем 5 п.л. Уч. изд. 10,8. Тираж 608 экз. Зак. Б-477.

Отпечатано в типографии ГУП ПИК "Идел-Пресс", 420066, Казань, Декабристов, 2.

УДК 616.65—002.2—08

**М.Э. Ситдыкова, В.А. Перчаткин (Казань).
Опыт применения препарата простанорм в лечении больных хроническим простатитом**

Хронический простатит (ХП) является одним из наиболее распространенных заболеваний у мужчин трудоспособного и репродуктивного возраста. По данным ряда авторов, частота этого заболевания колеблется от 11 до 72,5%. Столь широкий диапазон связан с применением различных методов диагностики и неодинаковой интерпретацией полученных данных. В последнее время отмечен рост заболеваемости ХП, особенно среди молодежи, обусловленный возросшей свободой полового общения, промискуитетом, отсутствием знаний о личной гигиене и высокой инфицированностью населения заболеваниями, передающимися половым путем. Течение заболевания часто осложняется периодами обострений, что требует назначения длительной адекватной комплексной терапии с учетом этиологических и патогенетических факторов, несмотря на клиническое выздоровление пациента.

В лечении больных ХП применяется большая группа препаратов: антибиотики, витамины, гормоны, противовоспалительные, иммуномодулирующие и сосудистые средства, в том числе фитопрепараты. В последнее время успешность лечения зависит и от финансовых возможностей пациента, так как стоимость лечения современными методами и высокоэффективными препаратами существенно превышает среднемесячный статистический уровень заработной платы в стране, это ограничивает их широкое применение. Поэтому когда появился новый отечественный препарат простанорм ("ФармВИЛАР", Россия), достаточно экономичный и эффективный, его стали активно использовать в лечении больных ХП.

В урологической клинике КГМУ проанализированы результаты применения простанорма у 20 больных ХП в возрасте от 18 до 73 лет (в среднем 39,9 года), которые составили 1-ю группу. В контрольную (2-ю) группу вошли 10 пациентов, получавших лечение по классическим схемам без приема простанорма (средний возраст — 36,2 года). В 1-й группе длительность заболевания до одного года выявлена у 2 (10%) больных, от 2 до 4 лет — у 8 (40%), от 4 до 7 — у 3 (15%). В клинической симптоматике преобладали дизурические явления (40%) и болевой синдром (45%), выражавшийся болями в промежности, внизу живота, паховой области и крестце. Ослабление струи мочи было у 25% пациентов, учащение ночного мочеиспускания — у 20%, снижение эрекционной составляющей копулятивного цикла — у 25%, либидо — у 15%, ускоренная или затрудненная эякуляция — у 20%.

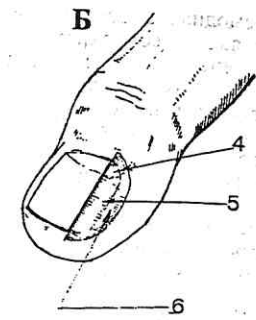
Всем больным ХП проводились общеклинические методы исследования, в том числе 3-стаканная проба, пальцевое ректальное обследование, исследование мазка уретры и секрета предстательной железы. У лиц старше 50 лет определяли уровень ПСА, по показаниям выполняли уретроскопию и трансректальную сонографию. Коэффициент по шкале IPSS устанавливали при наличии у больного симптомокомплекса нижних мочевых путей, который однако не учитывали при оценке эффективности проводимой терапии ввиду его субъективности.

Среди этиологических факторов преобладал инфекционный. Выделены стафилококки, кишечная палочка, протей, трихомонады, хламидии,

условно-патогенная флора и их ассоциации. В 6 случаях микроорганизмы в уретральном мазке и секрете простаты отсутствовали на фоне клинических проявлений простатита, что, вероятно, было обусловлено неоднократно проводившимся ранее противовоспалительным лечением. У одного пациента в анамнезе имела место аденома простаты. У двух больных конгестивный простатит сочетался с аденомой предстательной железы. Обострение ХП наблюдалось в основном в осенне-зимний период, а также на фоне приема алкоголя, острой пищи. У некоторых больных периодическому обострению способствовал коитус или длительная половая абстиненция.

Наши пациенты, помимо ранее перечисленных групп лекарственных средств, массажа простаты и физиотерапевтических процедур, получали простанорм в дозировке 1/2 чайной ложки, разведенной в 1/4 стакана воды, 3 раза в день за 30 минут до еды в течение одного месяца. Расход препарата составил 2 флакона на курс лечения. Основу препарата составляет растительное сырье: трава зверобоя, золотарника канадского, корень солодки, корневища с корнями эхинацеи пурпурной. Из 300 видов семейства зверобойных в России насчитывается более 50. В зверобое продырявленном обнаружены витамины Р и РР, флавоноиды, эфирное масло, аскорбиновая, никотиновая кислоты, холин. Зверобой улучшает венозное кровообращение, укрепляет стенки капилляров, улучшает работу почек, обладает антимикробным действием в отношении антибиотикоустойчивых штаммов, регулирует обмен веществ в организме. Золотарник канадский содержит эфирное масло, флавоноиды, сапонины, горечи, фенольные соединения, что наделяет растение противовоспалительными, мочегонными, антибактериальными, вяжущими и желчегонными свойствами. Корень солодки оказывает адаптогенное, десенсибилизирующее, мочегонное, минералокортикоподобное, противовирусное действия, повышает защитные свойства слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. При изучении коммерческих препаратов эхинацеи из неочищенного свежего сока растения *in vitro* показана стимуляция выработки макрофагами цитокинов и антителозависимой цитотоксичности мононуклеаров периферической крови. Экстракт эхинацеи усиливает фагоцитоз гранулоцитов и моноцитов, повышает адгезию нейтрофилов к эндотелию, способствует гиперпродукции IgG.

Уже в первую неделю лечения у 70% больных 1-й группы отмечено общее улучшение состояния: уменьшилась частота ночного мочеиспускания, боли купировались на 2—3-и сутки, дизурические явления — на 5—6-й день (в контрольной группе — соответственно на 4—5 и 9—10-е сутки). В то же время у одного пациента произошло усиление выраженности проявлений ХП, что было обусловлено обострением недиагностированной "дремлющей" трихомонадной инфекции. У 2 больных отмечалась диспепсия, у одного из них — боли в эпигастрии, исчезнувшие к 3-му дню приема препарата. Подобное побочное действие было связано с обострением сопутствующего хронического гастродуоденита. Аллергических и других побочных реакций не было. Анализ динамики заболевания позволил констатировать хороший терапевтический эффект проведенного лечения. Стойкая ремиссия была достигнута у 85% пациентов. Во 2-й группе подобные результаты были достигнуты у 6 (60%) больных. Клиническое течение простатита коррелировало с улучше-



экции части ногтя и изменением лазерного луча: 1 — зона проекции (пунктир) резекции; 4 — матрикс; 5 — поверхность после грануляций; 6 — зона проекции (пунктир) резекции.

антисептиков, применялись растворы куриозина, рацилом, левомеколем, ный процесс. Помимо лазерной (УВЧ), анальгезии — дополнительная (никотиновая кислота, курантил). Лечебные мероприятия включали правильное использование краев ногтевой пластины, использование антисептика, правильный подпил стопы. Общая продолжительность 2—4 недели.

анализы схема резекции ногтей с применением лазера на ногтях и зоны обработки поверхности после удаления грануляций.

лечения вросшего ногтя, у которых использовался лазерный луч. У 36 ногтей лазерным лучом. Полагаем, что в наши результаты лечения обусловлены тремя факторами: минимальной инвазивностью вмешательства, отсутствием осложнений. Выздоровление наступало в среднем в течение 14—26 дней. При использовании лазера, леченных традиционных через 6—10 месяцев рецидив, что по-прежнему. При наблюдении, перенесших с использованием лазера.

использование CO₂ лазера вросшего ногтя позволяет достигать 25—40% и дает основательное течение пос-

нием лабораторных данных, но были случаи ухудшения показателей. Как известно, важным критерием в оценке состояния простаты является определение количества Le и лецитиновых зерен. У 2 пациентов в контрольных анализах секрета предстательной железы количество Le возросло, что мы связываем с уменьшением отека и улучшением дренирования заблокированных ацинусов.

Исходя из полученных результатов, мы считаем оправданным применение отечественного препарата простанорма в комплексном лечении больных ХП ввиду его выраженного обезболивающего, противовоспалительного, иммуностимулирующего действия. Низкая себестоимость, хорошая переносимость, отсутствие выраженных побочных эффектов позволяют назначать простанорм также для профилактики ХП.

УДК 616.895.8—085.214.3

Д.Г. Семенихин (Ульяновск). Особенности истероформных состояний, возникающих у больных параноидной психозом на фоне нейролептической терапии

Побочные эффекты нейролептической терапии являются одной из основных проблем при лечении и реабилитации больных параноидной психозом. В условиях массового применения психотропных средств часто бывает трудно дифференцировать симптомы заболевания от фармакогенных психических наслоений. Кроме того, сама наблюдаемая клиника параноидной психозом складывается из симптомов как собственно заболевания, так и адаптации к нему на различных уровнях (биологическом, социальном, индивидуально-психологическом). Сам факт госпитализации в психиатрический стационар нередко оказывает выраженное ятрогенное воздействие. При этом возможны различные формы реагирования на данную ситуацию, наибольший интерес из которых представляют истероформные реакции, поскольку они могут наблюдаться у больных параноидной психозом и вне психофармакотерапии. Более того, согласно известной гипотезе Э. Кречмера, истерия и психозом рассматриваются как родственные состояния, возникающие на фоне филогенетической незрелости психики и недостаточной регуляции психической деятельности. Косвенным подтверждением этой гипотезы является факт наличия сходных биохимических изменений, наблюдаемых при приеме нейролептиков и при истерическом неврозе. Таким образом, изучение истероформных реакций у больных параноидной психозом, получающих нейролептическую терапию, позволяет установить взаимодействие фармакогенных, морбогенных, а также личностно-установочных факторов, связанных с реакцией на госпитализацию и лечение.

Были обследованы 75 больных параноидной психозом (60 мужчин, 15 женщин), имевших истероформные реакции, возникшие во время приема нейролептиков. Средний возраст больных составил $25,39 \pm 0,48$ года.

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от частоты госпитализации. Основанием для выделения таких групп послужило представление о том, что у больных параноидной психозом после первой госпитализации клиническая картина заболевания значительно изменяется, а именно уменьшается выраженность многих психопатологических синдромов. В 1-ю группу вошли 36 больных, госпитализированных впервые. Их средний возраст составил

$24,45 \pm 0,45$ года, а срок от начала заболевания до госпитализации — $7,0 \pm 0,37$ месяца. 39 больных 2-й группы были госпитализированы повторно (2 и более раз), их средний возраст составил $26,33 \pm 0,58$ года, срок от начала заболевания до госпитализации — $44,0 \pm 1,89$ месяца.

Выраженность истероформных реакций оценивали по стандартной трехбалльной шкале, используемой при экспериментальном и клиническом изучении психотропных средств. У больных обеих групп в клинической картине преобладали идеи воздействия, отношения, псевдогаллюцинации, тревожно-депрессивные нарушения, неправильность поведения, нарушения сна. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 5 до 92 дней. Все больные получали активную нейролептическую терапию, на фоне которой регистрировались побочные эффекты различной выраженности, преимущественно в неврологической и вегетативной сферах. Данные о приеме нейролептиков в домашних условиях оказались достоверными только у 12 больных из обеих групп. Истероформные нарушения были представлены усилением тремора, дискинетическими явлениями в периоде эмоционального напряжения, особенно в присутствии медицинского персонала. Больные жаловались на тяжело переносимые побочные эффекты, просили снизить дозы нейролептиков, назначить корректоры, требовали их выписать. Имели место также диссимулятивные высказывания об ошибочном помещении в психиатрический стационар, роковом непонимании со стороны окружающих, наличии тяжелого соматического заболевания, которое необходимо лечить в другом лечебном учреждении, ссылки на неотложные обстоятельства, требующие пребывания вне стационара. Во время беседы с больными наблюдалось появление или усиление имевшихся нарушений речи, вызванных приемом нейролептиков.

Сравнение выраженности истероформных расстройств у больных обеих групп показало достоверное различие между ними (1-я группа — $1,92 \pm 0,18$ балла, 2-я группа — $0,88 \pm 0,15$ балла; $P < 0,05$). Клинически это выразилось в том, что впервые госпитализированные пациенты выражали активный протест против незаконности помещения их в стационар, уверенность в отсутствии у них психического заболевания. Кроме того, отмечались демонстративные падения, угрозы самоубийства, высказывались опасения потерять работу, социальные контакты. Наряду с этим появлялось усиление тремора и дискинетических расстройств. У больных 2-й группы имела тенденция к монотонности и одноплановости высказываний, при этом опасения социальных последствий госпитализации были выражены меньше.

Анализ полученных результатов показал, что у больных, госпитализированных впервые, в формировании истероформных нарушений, помимо фармакогенных факторов, играют роль первичная реакция на болезнь и пребывание в условиях психиатрического стационара. У больных, госпитализированных повторно, более значимым оказывается фактор побочного действия нейролептической терапии.

УДК 617.713—001.1—08

А.Н. Самойлов (Казань) Экспериментальное обоснование применения препарата пиявита при механической травме роговицы

Целью настоящей работы было экспериментальное обоснование применения препарата пиявита

(зарегистрирован за № 1 от 30.12.1994 г.) при механической травме роговицы.

Травму роговицы моделировали (30 глаз) линии "Вистар" путем скарификации всего эпителия, разделенного на 3 группы по 10 животных, получавшие 0,5% пиявита, 2-ю (контрольную) — 3-ю (также контрольную) — 0,25% раствора пиявита. Кроме того, в группах получали 0,25% раствора пиявита. Степень регенерации эпителия проводили трижды в неделю по общему количеству клеток, цитокератин-положительных и времени эпителизации дефекта роговицы. Спустя три недели с помощью передозировки наркотиком и забирали роговицы в 10% нейтральном парафине по стандартной методике. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, срезы толщиной 4 мкм, иммуногистохимическим методом с использованием цитокератина (антитела против цитокератина) непрямым иммуноперметодом с использованием гемато

При определении количества клеток подсчитывали все клетки митозов в ядрах на препаратах стандартной длины. Клетки определяли по положению цитокератина в цитоплазме митозов в ядрах на препаратах стандартной длины. Результаты фотографировали с помощью микрофотоаппарата. Результаты исследования обрабатывали на персональном компьютере с помощью программы "StatView".

При оценке влияния пиявита на эпителий роговицы установили, что количество клеток под действием 0,5% раствора пиявита было в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе. Кроме того, в эпителии роговицы группы пиявита статистически достоверно увеличилось количество цитокератин-положительных клеток. Это свидетельствует о более быстрой регенерации эпителия роговицы при применении пиявита.

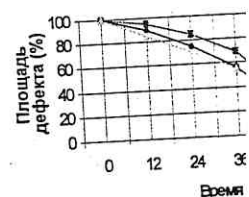


Рис. 1. Динамика эпителизации дефекта роговицы.