



ЎЗБЕКИСТОН RESPУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№4.1 (92) 2016

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

разнообразием этиологических факторов, вызывающих патологические изменения со стороны простаты и органов, интегрированных с ней в общую систему кровообращения и иннервации. Поэтому полное и эффективное лечение больных с хроническим простатитом и на сегодняшний день является актуальной проблемой. С 2012 по 2015 годы под нашим наблюдением находилось 106 больных с диагнозом хронический бактериальный простатит. Основными жалобами больных были ноктурия, странгурия, боли в паху, промежности, над лобком, половые расстройства. Всем больным проведено клиническое обследование, анализы крови, мочи по Нечипоренко, биохимические анализы, урофлоуметрия, классический 4 - стаканый локализационный тест Meares - Stamey с клиническим и бактериологическим исследованием мочи и секрета простаты, УЗИ. Использовалась шкала симптомов хронического простатита (NIH - CPSI). Давность заболевания была от 3 - х до 10 лет. Возраст больных составлял от 22 до 45 лет. У многих пациентов в анамнезе имелись указания на множественные попытки лечения антибактериальными и противовоспалительными препаратами, физиотерапией, массажами простаты, не обеспечившие желаемого эффекта. Все больные разделены на 2 группы: 1 - группа - 47 пациента, получавших комплексную антибактериальную (фторхинолоны - левофлоксацин), иммуностимулирующую (тималин, тимопсин), физиотерапию, ректально свечи (витапрост, кетонал, ревмоксикам и др.) с добавлением препарата афала по 2 т х 2 раза в день в течении месяца. Этот препарат обладает наилучшим, по нашему мнению соотношением эффективности и переносимости. 2 - группа - 49 пациентов получавших все препараты 1 группы с добавлением препарата Омник Окас 0,4 мг 1 раз в сутки. **Результаты:** У всех 106 больных с хроническим бактериальным простатитом в общих анализах крови и мочи по Нечипоренко, биохимических анализах крови патологии не выявлено. Урофлоуметрический индекс снижен до 10 - 12 мл/сек. При 4 - х стаканном тесте Meares - Stamey клиноко - лабораторные исследование мочи и секрета простаты показало увеличение числа лейкоцитов в секрете простаты во время массажа и в моче после массажа в 8 - 10 раз относительно VB 1 и VB 2. При УЗ исследовании обнаружены очаговые изменения в ПЖ, а также наличие отёка и фиброза ткани. При опросе по шкале симптомов хронического простатита умеренная симптоматика (15 - 29 баллов) выявлена у 55%, выраженная симптоматика (30 - 43 балла) – у 45% больных. В I группе больных, получавших комплексную терапию с добавлением препарата «Афала», отмечена значительная положительная динамика, но улучшение наступало медленно, в течение 2 - 3 месяцев лечения, поэтому во вторую группу больных, для быстрее эффекта добавлен препарат Омник Окас, который кроме всего не приводит к ретроградной эякуляции. Субъективное улучшение качества жизни и уменьшение выраженности расстройств мочеиспускания отмечено у 90% больных. Количество лейкоцитов в секрете простаты и моче после массажа железы уменьшилось до 8 - 10 в поле зрения. УЗИ исследование предстательной железы показало значительное уменьшение очаговых изменений, отёка и фиброза. **Выводы:** Таким образом, применение антибактериальных препаратов из группы фторхинолонов, афалы и омник окас в рамках комплексного лечения свидетельствует о высокой эффективности подобного подхода к терапии больных хроническим бактериальным простатитом.

ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Д.М. Артыкова, Б.Х. Шагазатова

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Нами обследовано 29 мужчин с синдромом ПТС, средний возраст $39 \pm 2,29$ года, из них с первичным «пустым» турецким седлом 6 мужчин; вторичным – 11 мужчин; формирующимся – 12 мужчин. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, осмотр, МРТ исследование головного мозга, гормональное исследование (ТТГ, св.Т4, ФСГ, ЛГ, тестостерон, кортизол). Гормональные исследования проводились в лаборатории радиоиммунного анализа. **Результаты:** У больных с ППТС выявлен субклинический гипотиреоз, характеризующийся достоверным повышением ($p < 0,001$) уровня ТТГ, который составил $5,8 \pm 0,24$ мМЕ/л, при нормальных показателях трийодтиронина и тироксина ($2,6 \pm 0,1$ нмоль/л и $90,5 \pm 4,3$ нмоль/л соответственно). Уровень ПРЛ составляет $12,0 \pm 0,6$ нг/мл, что достоверно выше ($p < 0,001$) средних значений контрольной группы. Показатели ФСГ, ЛГ и тестостерона также достоверно ниже значений группы сравнения и составляют $3,8 \pm 0,20$ МЕ/л, $4,4 \pm 0,27$ МЕ/л и $8,2 \pm 0,5$ нмоль/л соответственно. Вторичное ПТС было диагностировано у 11 мужчин, 9 из которых страдали акромегалией, у 2 - х определялась функционально - неактивная опухоль гипофиза (ФНОГ). Характер гормонального статуса у больных с вторичным ПТС определялся видом проводимого лечения. У больных с акромегалией в сочетании с вторичным ПТС на фоне лучевой терапии отмечалось снижение уровня как гонадотропных гормонов (ФСГ равен $0,73 \pm 0,03$ МЕ/л и ЛГ – $0,68 \pm 0,02$ МЕ/л), так и тиреотропного гормона (ТТГ = $2,8 \pm 0,17$ мМЕ/л), что оказывало непосредственное влияние на уровень периферических гормонов, значения которых также было ниже средних значений контрольной группы. Уровень Т3 составил

1,9±0,12 нмоль/л, Т4 - 97±4,7 нмоль/л и тестостерон - 3,8±0,2 нмоль/л. Группу с формирующимся ПТС составили 12 больных. Жалобы у данных больных имели характер неврологических нарушений. Уровень гормонов в этой группе не определялся. У 7 больных с формирующимся ПТС имелась микроаденома гипофиза, леченная ДФМ и у 1 - аденома гипофиза (акромегалия), лечение которой проводили ДФМ в сочетании с лучевой терапией. У больных с микроаденомой гипофиза на фоне лечения ДФМ, осложнившейся ФПТС, значительных изменений гормонального фона не наблюдалось. Исключение составил уровень тестостерона, показатель которого был значительно ниже показателя группы контроля и составил 8,7±1,2 нмоль/л. **Выводы:** 1. У мужчин с синдромом первичного ПТС выявлен субклинический гипотиреоз и гиперпролактинемия. 2. Достоверное повышение уровня ТТГ и ПРЛ, снижение св.Т4 отмечается у мужчин с синдромом вторичного ПТС при лечении основного заболевания комбинированной терапией (луч + приемом ДФМ).

ТУБЕРКУЛЁЗ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.И. Аскарова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Туберкулёз предстательной железы у мужчин - тяжкое страдание. Сегодня значимость проблемы мочевого туберкулёза в мире очевидна. За последние два десятилетия в мире отмечен рост заболеваемости мочеполовым туберкулёзом. Этим заболеваниям подвержены мужчины в период наибольшей половой активности, т.е. в возрасте 21 до 50 лет. В Республике Узбекистан мочеполовой туберкулёз среди внелёгочного занимает второе место (24%). Более 50% случаев у мужчин туберкулёз мочеполовой системы затрагивает поражение половых органов: простаты, яичек, придатков яичек. Туберкулёз предстательной железы обусловлен гематогенным, реже лимфогенным распространением инфекции из очага первичного поражения. Истинная заболеваемость туберкулезом мочеполовых органов превышает регистрируемую. Об этом свидетельствует ряд косвенных признаков. Во - первых, у 50,8 - 80 % пациентов туберкулез мочеполовых органов диагностируют в поздней и запущенной стадиях развития туберкулезного процесса. Во - вторых, при гистологическом исследовании почек, удаленных в общепроулогических стационарах, туберкулез выявляют в 9 - 14% случаев. А поскольку нефрэктомии подвергают далеко не всех пациентов общепроулогических стационаров, большое число больных туберкулезом продолжают наблюдаться в общей сети под маской пиелонефрита. В - третьих, на материалах аутопсий неспециализированных стационаров показано, что даже в странах с высокоразвитой медицинской технологией более половины случаев туберкулеза мочеполовых органов, прижизненно не распознаются. Туберкулез самая частая оппортунистическая инфекция при СПИДе. Так, среди ВИЧ - инфицированного населения 5,7% больных туберкулезом мочеполовых органов. У реципиентов почечного аллотрансплантата, заболевших туберкулезом, 53% случаев составил туберкулез мочеполовых органов. Изучая истории болезни 50 больных субъективные местные симптомы мочеполового туберкулеза, в Хорезмском противотуберкулёзном диспансере за период 2010 - 2015 годы мы установили, что они распределялись по частоте следующим образом: дискомфорт в области одного или обоих яичек (ощущения чаще происходят из придатков яичек) у (56%) больных, Увеличение придатков яичек, их уплотнение, бугристость (22%), умеренная болезненность придатков яичек (в отличие от нетуберкулезного эпидидимита, когда болезненность выражена и консистенция более плотная) - 12% абсцесс, свищ придатка - (10%). У всех больных слабость дизурия. При ректальном исследовании простаты - ее уплотнение, бугристость, прощупываются семенные пузырьки (при опухолях простаты поверхность ее обычно гладкая). Наиболее достоверным и ранним симптомом мочеполового туберкулеза является туберкулезная микобактериурия. Так, кальцификация простаты, придатка и семявыносящего протока может быть визуализирована на плоскостной рентгенограмме в 24% случаев. КТ при туберкулезе органов мужской половой сферы более информативна. Туберкулезные полости и абсцессы простаты, свищи лучше визуализируются при помощи МРТ. Во второй половине ушедшего столетия были разработаны и внедрены в клиническую практику основные противотуберкулезные препараты, которые составили "золотой стандарт". В настоящее время выбор метода лечения мочеполового туберкулеза почки зависит в основном от формы заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ УРОЛОГОВ К ПРОБЛЕМЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИНГИБИТОРАМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5 ТИПА

Ф.Р. Асфандияров, С.В. Выборнов, В.А. Круглов

Кафедра урологии ГБОУ ВПО Астраханского государственного медицинского университета, Астрахань, Россия

Введение: Эректильная дисфункция - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний у мужчин. Формально, в современной медицине, медикаментозную терапию ЭД можно