

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОСТРЫЙ ЭПИДЕДИМИТЕ

Ахмаджанов Фуркат Илӛс угли

ТашПМИ факультет лечебное дело 614-группа.

Актуальность: Эпидидимит представляет собой распространенное заболевание, с частотой от 25 до 65 случаев на 10 000 взрослых мужчин в год. Наиболее часто (в 80% случаев) острым эпидидимитом заболевают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. Острое воспаление придатка яичка у 90% больных носит изолированный характер, а у остальных 10% — поражается и яичко. Непрерывное рецидивирование заболевания в последующем имеет большую социальную значимость и оно остаётся одним из важных проблем нашего времени [1,4].

Цель исследования: Большое значение имеет рациональный выбор при применении нестероидные противовоспалительные средства в лечении острой эпидидимит, определение эффективности и обеспечение её безопасности.

Материалы и методы исследования: 42 изученный история болезни пациенты с возрастом от 20 лет до 43 года лечилась в клинике VITAMED с диагнозом острый эпидидимит. После изучения показатели эякулята у больных острым эпидидимитом, мы отметили такие изменения как: увеличение количества патологических форм сперматозоидов 43% и клеток сперматогенеза 22%, пиоспермию 17% (лейкоцитов в поле зрения). Учитывая, что больные поступают в клинику после 3-4 день заболевания после амбулаторного лечения по жительства и участие бактерии и микроорганизмов при развитии острой эпидидимит у больных, в основном проводилась этиотропная терапия антибиотиками фторхинолоны. Для проведения патогенетической и симптоматической терапии в острой эпидидимите применяются нестероидные противовоспалительные препараты.

При патологических состояниях назначение НПВС II-го поколения – оксиками (мелоксикам) оказывает противовоспалительный, анальгетический, антиагрегантный действие.

Фармакокинетика. Пути введения НПВС 2 го поколения энтерально, парентерально, внутримышечно, суппозиторные форма. Препараты НПВС биодоступность высокая.

Например у Мелоксикама высокая биодоступность, особенно в кислой среде желудка, абсорбция составляет 89%.

Время возникновения максимальной концентрации НПВС в крови при внутривенно - 0,5-2 часа.

Связывание с белками плазмы крови составляет 80-99%. При этом НПВС, имея очень высокое сродство к белкам, являются классическими вытеснителями других лекарственных средств и продуктов обмена из связи с белками.

Препараты хорошо проникают в разные ткани и жидкости организма, причем особенно интенсивно это происходит при ацидозе, наблюдаемом в условиях гипертермии,

обезвоживании и т. п. В синовиальную жидкость лучше других попадают производные индолуксусной кислоты и оксикамы.

Время сохранения терапевтической концентрации в крови для большинства НПВС 6-8 часов, поэтому кратность их назначения 3-4 раза в день. Однако есть препараты Пролонгированного действия (оксикамы, сулиндак), которые надо принимать 1 раз в сутки.

Все НПВС на 90-97% подвергаются биотрансформации в печени. При ее патологии происходит их накопление В организме В неизменном виде, что способствует возникновению нежелательных эффектов. Однако существует и другая опасность слишком быстрое (например, при одновременном назначении НПВС с фенобарбиталом, дифенином и др.) и в большом количестве их токсичных метаболитов (меркаптопуровой кислоты и т. п.)

Экскреция большинства НПВС осуществляется на 90% почками главным образом за счет канальцевой секреции, поэтому при длительном использовании этих препаратов (кроме сулиндака) возможно повреждение эпителия, возникновение тубулоинтерстициального нефрита. При подщелачивании мочи реабсорбция метаболитов уменьшается, а скорость их выведения существенно увеличивается (в 4 раза и больше).

С желчью выводится очень небольшой процент препаратов. Однако некоторые из них (оксикамы, сулиндак, индометацин) подвергаются энтерогепатической циркуляции, что способствует их задержке в организме.

Взаимодействий НПВС с препаратами из других групп. НПВС первого поколения нельзя комбинировать с петлевыми мочегонными средствами (фуросемидом, этакриновой кислотой и др.), так как уменьшаются эффекты последних.

Противовоспалительные средства вытесняют многие лекарства из связи с белками плазмы крови, тем самым увеличивая их свободную фракцию, что сопровождается осложнениями. Например, вытеснение непрямых ангиокоагулянтов приводит к гемorragиям; синтетических антидиабетических средств — к гипогликемии; дигитоксина — к аритмиям и другим проявлениям его токсичности и т. п.

НПВС уменьшают почечный клиренс дигоксина и аминоликозидов, приводя к их кумуляции и к отравлению этими препаратами.

Одновременное назначение антацидов уменьшает всасывание НПВС из кишечника и увеличивает их выведение почками. Поэтому дозу НПВС надо увеличивать.

При комбинации НПВС с глюкокортикоидами происходит усиление противовоспалительного эффекта, а с наркотическими анальгетиками - обезболивающего действия.

Нежелательные эффекты НПВС II го поколения : анемия, тошнота, рвота, боль в животе, диарея или запор

Редко встречается: лейкопения, тромбоцитопения, бронхоспазм, повышение активности печеночных трансаминаз отрыжка, эзофагит, стоматит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гипербилирубинемия, желудочно-кишечные кровотечения,

шум в ушах, сонливость, вертиго, крапивница, ангионевротический отек, реакции гиперчувствительности немедленного типа, включая анафилактические и анафилактоидные, бронхоспазм

Очень редко: колит, гастрит, перфорация ЖКТ, гепатит, периферические отеки, повышение артериального давления (АД), сердцебиение, приливы крови к лицу, головная боль, головокружение, дезориентация, спутанность сознания, эмоциональная лабильность.

Результаты исследования: В болним назначена комбинированная терапия.

Препаратами выбора для лечения острый эпидидимит, несмотря на высокую устойчивость уропатогенов, считаются фторхинолоны, поскольку они обладают выгодными фармакокинетическими свойствами [299], хорошим профилем безопасности и активностью в отношении грамотрицательных возбудителей, включая *P. aeruginosa* и *S. trachomatis* [264, 300]. Длительность терапии фторхинолонами должна составлять не менее 14 дней. При острый эпидидимите после установления первичного диагноза следует назначать прием антибиотиков в течение 2 недель [271].

У всех больных проведены инструментальные исследования, клиниколабораторный анализы

- Бактериологический посев мочи и общий анализ мочи;
- Микроскопия выделений из уретры;
- Клинический анализ крови; ПЦР и другие иммунологические методы для определения наличия бактерий, которые вызывают эпидидимит;
- УЗИ мошонки с Доплером для изучения скорости кровотока;

После лечения комбинированной терапии включающая себя: антибактериальные препараты, иммуномодуляторы, и применение НПВС II го поколения состояния больных улучшилось к лучшему сторону. После 3 месяца больные повторно сдавали анализы: Бактериологический посев мочи и общий анализ мочи, микроскопия выделений из уретры, клинический анализ крови, УЗИ мошонки с Доплером для изучения скорости кровотока, спермограмма. При бактериологический посев мочи бактерия не обнаружено. В спермограмме лейкоциты не обнаружена, патологичес-ких форм сперматозоидов снизилась и нормоспермия отмечалась у 37% больных. Олигоспермия первой степени у 23%, третьей степени – у 12% пациентов. Аспермии и азооспермии не отмеча-лось

Для лечения воспаления в органах мошонки пациентам назначали НПВС II го поколения в виде суппозитории 15 мг ректально на ночь 15 дней учитывая что суппозитории реже вызывают побочные эффекты, меньше влияют на состояние слизистой оболочка ЖКТ, а также действующий активные вещества, содержащиеся в суппозиториях, попадают прямой к очагу воспаления.

Противовоспалительные эффект НПВС II го поколения и противосклерозирования в области воспаления объясняется так

Считают, что именно ЦОГ-2 принимает участие в продукции провоспалительных ПГ, потенцирующих активность медиаторов воспаления (гистамина, серотонина, брадикинина), раздражающих болевые рецепторы в очаге воспаления, участвующих в



регуляции активности центра тепловой регуляции, способствующих клеточной пролиферации, мутагенезу и деструкции.

Подавление ЦОГ приводит к усилению утилизации арахидоновой кислоты по липоксигеназному пути и к повышенному образованию лейкотриенов, некоторые из которых вызывают сужение сосудов и ограничивают экссудацию. Весьма важную роль в противовоспалительном действии средств этой группы играет их способность тормозить которые, повреждая клеточные мембраны в воспаления, способствуют его распространению и прогрессированию. Кроме того, воспаление весьма чувствительно к недостатку энергии, а НПВС тормозят выработку макроэргических фосфатов (прежде всего АТФ) в процессах окислительного и гликолитического фосфорилирования. Наконец, НПВС оказывают цитостатическое действие, приводящее к торможению пролиферативной фазы воспаления и к уменьшению противовоспалительного склеротического процесса, поскольку коллаген — основной белок склеротических тканей — имеет клеточное (фибробластическое) происхождение.

Выводы: Таким образом, учитывая литературные данные и анализ фармакотерапии по историям болезни при острой эпидемии можно рекомендовать назначать НПВС II го поколения. Недопустимо одновременное назначение Мелоксикама с другими НПВС (в т.ч. салицилатами) в именно высоких дозах, вследствие синергического взаимодействия, увеличивается их побочных эффекты эрозивно-язвенных поражений ЖКТ. Что бы избежать побочных действия нельзя назначать одновременно 2 препарата в одной группе. Препараты выбора из этой двух групп, лучше назначать НПВС II го поколения. Потому что применение селективных ингибиторов ЦОГ-2 значительно менее опасно, чем других НПВС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА

- 1-И.Б.Михайлов.Настольная книга врача по клинической фармакологии. —Руководства дял врачей —СПБ:Издательство Фолиант, 2009, — 6008 с.
- 2-Клинические рекомендации ЕАУ 2020 Руководитель проекта М.А. Газимиев ООО «Медконгресс» 123112, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1 тел. +7 (499) 110-83-92 Отпечатано в типографии ООО «Буки Веди» 115093, г. Москва, Партийный переулок, д. 1, корп. 58, стр. 3, пом. 11 тел. (495) 926-63-96, www.bukivedi.com, info@bukivedi.com. Тираж 1000 экз.
- 3-Катибов М.И., Алибеков М.М. Современные подходы к лечению хронического бактериального простатита. Экспериментальная и клиническая урология 2022;15(2)130-139; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2022-15-2-130-139>