

التنبية المناعي لمرضى التهاب الموتة المزمن بواسطة العلاج بالدم الذاتي

الدكتور أيمن حسين حرفوش*

(قبل للنشر في 2001/6/30)

□ الملخص □

شملت الدراسة أربعين مريضاً مصابين بالتهاب الموتة المزمن في مشفى الاسد الجامعي باللاذقية بين عامي 1999 - 2001. قسم هذا العدد إلى مجموعتين ضمت الواحدة منهما عشرون مريضاً. تمت معالجة المجموعة الأولى بالطرق الدوائية لمعالجة التهاب الموتة المزمن (الصادات الحيوية، مضادات الونمة، الفيتامينات وغيرها). وأضيف إلى علاج المجموعة الثانية طريقة العلاج بالدم الذاتي أي بأخذ 10 مليلتر دم من وريد المريض وحقنه في العضل عند نفس المريض بمعدل مرتين أسبوعياً ومن 8 - 12 حقنة عضلية للكورس الواحد. وقمنا بمقارنة نتائج علاج المجموعتين من خلال معايير سريرية ومخبرية . حيث تبين أن نتائج علاج المجموعة الثانية كانت أفضل بكثير من نتائج علاج المجموعة الأولى. تمت مراقبة مقاومة الجسم المناعية عن طريق إجراء اختبار النافذة الجلدية بطريقة العالم ريباك قبل وبعد المعالجة لجميع المرضى. حيث وجد أن مقاومة الجسم المناعية عند المجموعة الثانية عادت إلى وضعها الطبيعي بينما بقيت دون معدلاتها الطبيعية عند المجموعة الأولى.

*مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Immunostimulation for Chronic Prostatitis by Autohemotherapy

Dr. Ayman HARFOUSH*

(Accepted 30/6/2001)

□ ABSTRACT □

This study was performed on 40 persons diseased by chronic prostatitis in Al-Assad University Hospital during 1999 - 2001. The patients were split into two groups of 20 persons each. The first group were treated by a commonly used methods (antibiotics, Anti-inflammation, Vitamins, etc).

The second group were treated, additionally to the above methods, by autohemotherapy, by taking 10 mm blood through the patient's vein and inject it through the muscle of the same patient. The injections ranges from 8 to 12 per one course.

Results of the two treatments were compared clinically and by laboratory analysis. We found that the results of the second group were better than those of the first group.

The patients immunology was checked before and after treatment by Rebac test. The check showed that the immunology of the second group returned to its normal condition, while that of the first group stayed under the normal level.

*Lecturer at Surgery Department , Faculty of Medicine, Ttishreen University, Lattakia, Syria

المقدمة:

يحتل التهاب الموتة المزمن المركز الأول بين أمراض الأعضاء التناسلية عند الرجل، ويصيب الرجال في سن 20 - 45 / سنة بشكل أساسي. وتشكل نسبة المرضى في سن 35 سنة حوالي 35-40 % من مجمل عدد المرضى . (Proscora . 1990)

إن الإصابة بالتهاب الموتة ومضاعفاته تؤدي إلى الإقلال من إنتاجية المريض العملية وإضطراب في حياته الجنسية والتي بدورها تتعكس سلبياً على حياته الزوجية، إضافة إلى الآثار النفسية المترتبة على ذلك. (Kosvara 1992) .

من المعروف أن التهاب الموتة المزمن يتميز بالنكس المتكرر في حالات كثيرة ومن المؤكد أن الجراثيم تلعب دوراً أساسياً في نشوء وتطور التهاب الموتة المزمن . ومن المثبت أيضاً عدم الحصول على نتائج جيدة في معالجة هذا المرض بالصادات الحيوية. (Karpenko 1980) .

إذ أن العديد من الباحثين يؤكدون أنه في أحسن الحالات عند معالجة هذا المرض فإن الشفاء السريري يتم في 60-65% من الحالات . بينما الشفاء الجرثومي لا يتجاوز 35% من الحالات . ويعزي الباحثون هذا إلى وجود خلل في النظام المناعي عند المرضى. (Petrov 2000)

لهذا السبب فإن دراسة الحالة المناعية للمرضى باستعمال النافذة الجلدية بطريقة ريباك (Rebac 1979) ليس فقط لتشخيص الحالة المناعية ولكن لمراقبة هذه الحالة المناعية وتطورها أثناء العلاج وبعده لاختبار مدى فعالية العلاج المقدم للمرضى: يعتبر من الأمور المهمة لتحسين طرق تشخيص وعلاج التهاب الموتة المزمن (Unda 1978) .

إن عوامل المناعة النوعية وغير النوعية وقدرة الجسم على رد الفعل تلعب دوراً مهماً في نشوء وتطور التهاب الموتة المزمن إن مقاومة الجسم اللانوعية وقدرة الجسم على الاستجابة المناعية للمؤثرات الفيزيولوجية الموجهة لتثبيت وتخريب وطرده الجراثيم ، ولتعويض التخريب الحاصل من جراء دخول هذه الجراثيم لها دور كبير في تحديد إنذار المرض.

فعند وجود مقاومة مناعية جيدة ووجود كمية قليلة من الجراثيم فإن الجسم البشري قادر على طرد هذه الجراثيم ومحاصرة الضرر الناجم عنها وبالتالي منع حدوث وتطور المرض.

وفي حال كون المقاومة المناعية للجسم ضعيفة وبالتالي وجود مستوى منخفض من الدفاع عن الجسم وتطابق هذا الوضع مع دخول الجراثيم إلى الجسم فإن هذا يؤدي إلى المرض. وفي حال تطور

الحالة الالتهابية فإنه يحدث استنفار لكل العوامل الفيزيولوجية المدافعة عن الجسم مما يؤدي إلى تشكل مناعة ذاتية ضد هذا العامل المسبب للمرض. (Adjiman 1983)

لقد قام العديد من الباحثين بدراسة مختلف حلقات النظام المناعي عند مرضى التهاب الموتة المزمن ووجدوا تغيرات مهمة في النظام المناعي التائي T-lymphocytus والنظام المناعي البائي B-lymphocytus ولكننا لم نجد أي بحث علمي يتحدث عن استخدام النافذة الجلدية بطريقة ريباك لدراسة الحالة المناعية عند مرضى التهاب الموتة المزمن فمثلاً تم البرهان على وجود نقص في كمية الخلايا البائية والتائية ونقص كبير في وظيفة هذه الخلايا. إضافة إلى وجود زيادة في تركيز كل من الأيمونوغلوبولينات M , G ونقص في تركيز الأيمونوغلوبولين A في دم مرضى التهاب الموتة المزمن . كذلك وجد انخفاض كبير في الوظيفة البلعمية للخلايا البيضاء عندهم (Tiktinski 1984) ولأن تصحيح الخلل المناعي عند هؤلاء المرضى يلعب دوراً مهماً في تحسين نتائج معالجتهم قمنا باعتماد طريقة التنبيه المناعي بواسطة العلاج بالدم الذاتي حيث يعتمد مبدأ الطريقة على أخذ الدم من وريد المريض ومن ثم حقنه في العضل عند نفس المريض حيث تحصل عملية التحلل

الخمائري تحت تأثير خميرة البروتياز وتحلل المكونات البروتينية الدموية التي تؤدي عند امتصاصها إلى تنبيه مختلف أنظمة الجسم وخاصة النظام المناعي. وهذا ما يشرح التأثير التبيهي للعلاج بالدم الذاتي (Golovin 1993)

هدف البحث:

1. دراسة التغيرات المناعية عند مرضى التهاب الموتة المزمن باستخدام اختبار النافذة الجلدية بطريقة العالم ريباك / Rebac / .
2. دراسة مدى فعالية مشاركة العلاج بالدم الذاتي في علاج مرضى التهاب الموتة المزمن.
3. وضع برنامج علاجي متكامل لمرضى التهاب الموتة المزمن مع تحديد الفترة الزمنية والجرعات العلاجية اللازمة للعلاج.

طريقة البحث:

لقد قمنا في الفترة الواقعة ما بين عامي /1999 - 2001 / في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بدراسة أربعين مريضاً /40 مريض/ مصابين بالتهاب موتة مزمن تراوحت أعمارهم ما بين /21 - 46 / سنة ومتوسط أعمارهم /34/ سنة . في الجدول رقم/1/ نورد تصنيف مرضى التهاب الموتة المزمن حسب العمر .

جدول رقم - 1 - يبين عدد المرضى والمجموعة العمرية.

عدد المرضى	المجموعة العمرية
12 مريض - 30%	من 21 - 30 سنة
19 مريض - 47,5%	من 31 - 40 سنة
9 مرضى - 22,5%	من 41 - 46 سنة

من الجدول السابق نجد أن أكبر نسبة مرضى 47,5 % كانت بعمر 31-40 سنة. كما قمنا بتقسيم المرضى إلى مجموعتين متساويتين تضم الواحدة منهما عشرين مريضاً (20 مريض). لقد عالجتنا المجموعة الأولى بالطرق الدوائية لعلاج التهاب الموتة المزمن أي بإعطائهم الصادات الحيوية حسب نتائج الزرع والتحسس الجرثومي ومضادات الؤمة والقيتامينات والأدوية المنظمة لدوران الدم ومغاطس الماء الدافئة وغيرها. أما المجموعة الثانية فقمنا بالإضافة لما سبق عند المجموعة الأولى بمعالجتهم بواسطة العلاج بالدم الذاتي. حيث قمنا بأخذ 10 مليلتر دم من وريد المريض وقمنا بحقنهم في العضل عند نفس المريض بمعدل مرتين أسبوعياً ولمدة 4 - 6 أسابيع وذلك حسب شدة التغيرات المناعية عند المرضى وقمنا بعدها بمقارنة نتائج معالجة المجموعتين وذلك اعتماداً على المعايير السريرية والمخبرية التالية :

1. الألم في منطقة الشرج والعجان.
2. الحرقة البولية وصعوبة التبول وتعدد البيلات.
3. الإضطرابات الجنسية المرافقة (سرعة القذف - حرقة أثناء القذف - ضعف انتصاب القضيب).
4. التغير في حجم وقوام الموتة.
5. نتائج فحص وزرع مفرزات الموتة
6. التغير في تركيب السائل الموتي
7. نتائج اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك.

وقد أدخلنا في الدراسة فقط المرضى الذين وجد لديهم أكثر من عشر كريات بيض في فحص مفرزات الموثة أو محتويات الكأس الثالثة بعد تمسيد الموثة.

طرق البحث:

إضافة إلى التحاليل العامة . قمنا بإجراء الاختبارات الخاصة التالية:

1. تحليل السائل المنوي وزرعه.
 2. تحليل مفرزات الموثة بعد التمسيد وزرعها إن وجدت.
 3. اختبار الكؤوس الثلاثة وزرع محتويات الكأس الثالثة في حال عدم الحصول على مفرزات الموثة
 4. اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك.
- يعتمد مبدأ اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك على دراسة هجرة الخلايا المناعية إلى البؤرة الالتهابية العقيمة.

النواحي الإيجابية لهذه الطريقة:

1. القدرة على دراسة التفاعلات الخلوية مباشرة في جسم المريض
2. تعطي معلومات جيدة وهامة وبأقل قدر ممكن من التكاليف والأجهزة عن الحالة المناعية للجسم.
3. سهولة إجرائها وعدم الحاجة لمخابر معقدة.

المواد اللازمة لإجرائها :

1. 96 % كحول لأجل تطهير المنطقة التي ستوضع عليها القطع الزجاجية.
2. مشرط معقم لإزالة الطبقة المتقرنة من الجلد.
3. شاش معقم.
4. قطعتان من الزجاج قياس 4×3 سم.
5. لاصق لتثبيت قطعتي الزجاج.
6. ملون بطريقة رايت أو غيمزا.
7. محقن يحوي سائلاً فيزيولوجياً.
8. مجهر.

طريقة تحضير النافذة الجلدية بطريقة العالم ريباك:

في منتصف الوجه الأنسي للمساعد وبعد تعقيم الجلد بالكحول وبواسطة مشرط معقم نقوم بإزالة الطبقة المتقرنة من الجلد بمساحة $0,7 \times 0,7$ سم/ في مكانين يبعد الواحد عن الآخر $3/$ سم. ثم يتم غسل هذين المكانين بالمحلول الفيزيولوجي . ويتم تشييف المكانين بواسطة شاشة معقمة. نضع على كل مكان قطعة زجاجية قياس 4×3 سم/ ويتم تثبيت هذه القطع بالبلاستر والذي يجب أن يتخطى حافتي القطعة الزجاجية بـ $2/$ سم/ . وبعد 4 ساعات يتم نزع إحدى هاتين القطعتين الزجاجيتين وتنزع القطعة الثانية بعد 24 ساعة.

وهكذا نحصل على قطعتين من الزجاج عليهما بصمتان من العناصر الخلوية من منطقة الالتهاب العقيم بفارق زمني / 4 - 24 ساعة/ ثم يتم تشييفهما وتلوينهما بمحلول رايت أو غيمزا .

يتم التلوين بالوضع العمودية في كأس يحوي المادة الملونة مما يسمح بتلوين المحضر بشكل تام ومتساو إضافة إلى التوفير في المادة الملونة.

يتم التتوين لمدة 3/ دقائق ويغسل بعدها المحضر بالماء المقطر .

وتتم دراسة المحضرين تحت المجهر وذلك بإحصاء حوالي /300 - 500/ خلية في كل محضر . حيث نميز خلايا كثيرات النوى (المعتدلات -العصوية- الحامضات) وخلايا وحيدات النوى (البلمبيات - اللمفاويات - الأرومة اللمفاوية) . ونحدد النسبة المئوية لكل من هذه الخلايا في كل مستحضر . وبعدها نحدد نسبة خلايا كثيرات النوى إلى نسبة خلايا وحيدات النوى في كل مستحضر أي في المستحضرات السريعة بعد /4/ ساعات والمستحضرات المتأخرة بعد /24/ ساعة.

إن تحليل نتائج فحص المحضرات يجعلنا نميز تفاعلات خلوية خاصة بالمحضرات بعد /4/ ساعات وبعد /24/ ساعة ومعرفة آلية تطور وهجرة مختلف أنواع الخلايا إلى منطقة الالتهاب العقيم.

في الجدول رقم 2- نورد القيم الطبيعية لإختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك (Rebac 1979)

الجدول رقم 2- القيم الطبيعية لإختبار النافذة الجلدية 1979 Rebac

نوع الخلايا	نتائج المحضرات بعد 4 ساعات	نتائج المحضرات بعد 24 ساعة
خلايا كثيرات النوى	% 9,5	%19,5
خلايا وحيدات النوى	% 90,5	%80,0

المناقشة:

لقد وجدنا أن نتائج زرع مفرزات الموثة أو محتويات الكأس الثالثة كانت إيجابية عند /28/ مريض أي عند /70% من المرضى وقد وجدت الجراثيم سالبة الغرام عند /18/ مريض أي /64,28% والجراثيم موجبة الغرام عند /10/ مريض أي /35,78%.

في الجدول رقم 3- نورد توزع الجراثيم سالبة وموجبة الغرام ونسبتهم المئوية عند مرضى التهاب الموثة المزمن.

الجدول رقم 3- الطيف الجرثومي عند مرضى التهاب الموثة المزمن

نوع الجراثيم	عدد المرضى	النسبة المئوية
<u>E. coli</u>	13 مريض	%46,4
Klebsiella	3 مرضى	%10,7
Proteus	2 مريضين	%7,1
Staphylococcus	5 مرضى	%17,8
Streptococcus	3 مرضى	%10,7
Enterococcus	2 مريضين	%7,1

من خلال دراستنا للجدول رقم 3- نجد أن أكبر نسبة من الجراثيم سالبة الغرام كانت E.coli حيث شكلت حوالي %46,4 من مجمل نتائج الزرع الإيجابية. بينما نجد أن أكثر الجراثيم موجبة الغرام كانت Staphylococcus حيث شكلت %17,8 من مجمل نتائج الزرع الإيجابية.

إن عدم وجود جراثيم في السائل الموثي أو محتويات الكأس الثالثة عند /12/ مريض أي /30% من مجمل عدد المرضى من الممكن أن يكون عائداً إلى تحول هذه الجراثيم إلى الشكل - L - أو لوجود الفيروسات والفطور والميكوبلازما.

في الجدول رقم 4- نورد نتائج دراسة المعايير السريرية والمخبرية عند مرضى التهاب الموثة المزمن قبل المعالجة.

الجدول رقم 4- نتائج دراسة المعايير السريرية والمخبرية عند مرضى التهاب المoothة المزمن قبل المعالجة.

المعايير السريرية والمخبرية		المجموعة الأولى		المجموعة الثانية		عند مجموع المرضى	
		عدد (20) مريض		عدد (20) مريض		عدد (40) مريض	
1) الألم في منطقة الشرج والعجان		6	30%	7	35%	13	32,5%
2) الحرقة البولية وصعوبة التبول وتعدد البيلات		8	40%	10	50%	18	45%
3) الاضطرابات الجنسية المرافقة		4	20%	6	30%	10	25%
4) التغير في حجم وقوام المoothة		12	60%	11	55%	23	57,5%
5) التغير في تركيب السائل المنوي		11	55%	10	50%	21	52,5%
6) التغير في فحص مفرزات المoothة أو محتويات الكأس الثالثة وزرعها		20	100%	20	100%	40	100%

من قراءة الجدول رقم 4- نجد أن أكثر الأعراض السريرية تواتراً عند مرضى التهاب المoothة المزمن كان التغير في حجم وقوام المoothة حيث بلغ 57,5% من عدد المرضى. يليه في

المرتبة الثانية الحرقة البولية وصعوبة التبول وتعدد البيلات حيث بلغ 45% من عدد المرضى. ويحتل المرتبة الثالثة الألم في منطقة العجان والشرج 32,5% من عدد المرضى وأخيراً الاضطرابات الجنسية حيث بلغت 25% من عدد المرضى.

في الجدول رقم 5- نورد نتائج دراسة النافذة الجلدية بطريقة ريباك عند مرضى التهاب المoothة المزمن قبل المعالجة.

الجدول رقم 5- نتائج دراسة اختبار النافذة الجلدية عند مرضى التهاب المoothة المزمن قبل المعالجة

نوع الخلايا	نتائج المحضرات بعد 4 ساعات		نتائج المحضرات بعد 24 ساعة		نتائج المحضرات عند كل المرضى عدد 40 مريض
	المجموعة الأولى عدد 20	المجموعة الثانية عدد 20	المجموعة الأولى عدد 20	المجموعة الثانية عدد 20	
1-كثيرات النوى	67,1%	66,9%	29,2%	28,8%	67%
2-وحيدات النوى	32,0%	33,1%	70,8%	71,2%	71%

إن الجدول رقم 5 يبين أن نسبة خلايا كثيرات النوى في المحضرات بعد 4 ساعات شكلت حوالي 67% وبعد 24 ساعة 29% بينما النسب الطبيعية هي 90,5% و 19,5% على التوالي وهذا يدل على نقص في هجرة الخلايا المناعية في المحضرات السريعة بعد 4 ساعات وزيادة في هجرتها في المحضرات المتأخرة بعد 24 ساعة إلى منطقة الالتهاب العقيم أما بالنسبة للخلايا وحيدات النوى فنجد أن نسبتها في المحضرات السريعة بعد 4 ساعات كانت 33% وبعد 24 ساعة أصبحت 71% بينما النسب الطبيعية هي 9,5% و 80,5% على التوالي وهكذا نجد خلافاً كبيراً في نسب الخلايا وحيدات النوى والخلايا كثيرات النوى في المحضرات السريعة بعد 4 ساعات والمتأخرة بعد 24 ساعة بالمقارنة مع القيم الطبيعية مما يدل على وجود خلل مناعي عند هؤلاء المرضى.

المعالجة:

لقد قمنا بمعالجة جميع مرضى التهاب المoothة المزمن بالصادات الحيوية (أخذين بعين الاعتبار تحسس الجراثيم لهذه الصادات) ومضادات الونمة والفيتامينات والأدوية التي تحسن دوران الدم في الحوض . وقمنا بمعالجة عشرين مريضاً /20/ مريض إضافة لذلك بواسطة العلاج بالدم الذاتي وذلك بحقن 10 مليليتراً دم مرتين أسبوعياً في العضل وتألف كورس العلاج من 8 - 12 حقنة عضلية.

إن المعالجة بالصادات الحيوية لمرضى التهاب المoothة المزمن تتيح الفرصة للتأثير على عامل ممرض محدد. ولكن الصعوبات تكمن ليس فقط في معرفة العامل الممرض وتحسس هذا العامل الممرض للصادات الحيوية وإنما في استطاعة هذه الصادات عبور نسيج المoothة وتواجدها فيها بتركيز عالية.

حتى تستطيع الصادات الحيوية عبور نسيج المoothة، يجب أن تتمتع بخاصية الانحلال في الدم وأن يكون ارتباطها بالبروتين ضعيفاً . (Rodoman 1976) هذه الخواص نجدها في الإريثروميسين Erythromycin والتتراسكلين Tetracyclin والمركبات الحاوية على كليهما.

إن المعالجة بالتتراسكلين مستطبة نظراً لأنه يملك تأثير مميز على نسيج الاحليل أيضاً ويؤثر على الكلاميديا والميكوبلازما. وقد قمنا بمعالجة جميع المرضى الذين جاءت عندهم نتائج زرع مفرزات المoothة أو الكأس الثالثة سلبية بالتتراسكلين و عدهم /12/ مريضاً وذلك بإعطائهم /500 ملغ/ كل 6 ساعات لمدة ثلاثة أسابيع . كما شاركنا التتراسكلين مع الفلاجيل Flagyl حيث أعطينا المرضى الفلاجيل بمعدل /500ملغ/ ثلاث مرات يومياً لمدة أسبوعين يفصل بينهما أسبوع راحة. كما قمنا بمعالجة /15/ مريضاً بعقار الباكتريم فورت Bactrimfort بمشاركة عقار الريفامبتسين .

إن التريميتوبريم Trimethoprim من الصادات الحيوية التي تتمتع بخاصية الانحلال في الدم واستطاعته الارتباط ببروتين المصل وكذلك درجة تفككه العالية كل هذا يجعله يمر بشكل حر إلى داخل النسيج الموثي. كما أن التريميتوبريم يزيد من فعالية مركبات السلفا ولهذا السبب فإن مشاركته مع هذه المركبات تؤدي إلى رفع كفاءة وفعالية العلاج .

إن أفضل النتائج من الممكن الحصول عليها بمشاركة الريفامبتسين مع الباكتريم لأن الريفامبتسين من الصادات الحيوية القوية التي تؤثر على الجراثيم سالبة الغرام وإيجابية الغرام . وهو يملك درجة عالية من الانحلال في الدم ودرجة عالية من التفكك في الوسط القلوي وهذا ما يجعل تركيزه كبيراً في السائل الموثي إن مشاركة هذه الأدوية مع بعضها تزيد من تأثيرها ضد معظم الجراثيم الممرضة وتمكننا من تجنب اعتياد الجراثيم على الدواء ومقاومته لهذا قمنا بإعطاء المرضى الريفامبتسين بمعدل /300ملغ/ صباحاً ومساءً لمدة 3 أسابيع ، إضافة إلى الباكتريم فورت حبة صباحاً ومساءً لمدة عشرة أيام. تم بعدها خفض عيار الباكتريم إلى النصف وتابعنا العلاج لمدة 3 أسابيع.

كما قمنا بمعالجة /13/ مريضاً بالنورفلوكساسين Norfloxacin بمعدل /400ملغ/ صباحاً ومساءً ولمدة عشرون يوماً نظراً لأن نتائج تحسس الجراثيم عند هؤلاء المرضى لهذا العقار كانت إيجابية بنسبة كبيرة إن المعالجة بالصادات الحيوية لفترة طويلة تؤدي إلى خلل في التركيبة الجرثومية للأمعاء . لهذا السبب قمنا بإعطاء جميع المرضى فيتامين B12 للوقاية من المضاعفات التي من الممكن أن تنشأ. إن

فيتامين B12 يعمل كخميرة تشارك في التبادل السكري للجسم وهو يشارك في إيصال التنبيه العصبي؛ وفي إعادة تبادل الحموض الأمينية والشحوم إلى وضعها الطبيعي. ويحمي هذه العمليات الاستقلابية من التأثيرات الجانبية للصادات الحيوية . ويعوض النقص الحاصل في كمية هذا الفيتامين نتيجة لكبت الجراثيم المعوية.

وقمنا أيضاً بإعطاء 8/ مرضى عقار التروكسيفين Troxiven نظراً لوجود البواسير الشرجية لديهم وذلك لتحسين دوران الدم في الحوض. أيضاً قمنا بمعالجة جميع المرضى بالعقار المضاد للوذمة أداناز Adanaz إضافة إلى مغاطس الماء الدافئة.

في الجدول رقم 6- نورد نتائج دراسة المعايير السريرية والمخبرية عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 1-3 أشهر من بدء المعالجة والنسبة المئوية لتحسن هذه المعايير في كل مجموعة.

الجدول رقم 6- نتائج دراسة المعايير السريرية والمخبرية عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 1-3 أشهر من بدء المعالجة والنسبة المئوية لتحسن هذه المعايير في كل مجموعة.

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المعايير السريرية والمخبرية
النسبة المئوية للتحسن	بعد المعالجة	النسبة المئوية للتحسن	بعد المعالجة	
85,7%	6	66,6%	4	1. زوال الألم في منطقة الشرج والعجان
90%	9	62,5%	5	2. زوال الحرقة البولية وصعوبة التبول وتعدد البيلات
66,6%	4	50%	2	3. زوال الاضطرابات الجنسية
81,8%	9	58,3%	7	المراقبة
90%	9	54,5%	6	4. عودة المoothة إلى حجمها وقوامها الطبيعي
85%	17	60%	12	5. عودة التغيرات السائل المنوي إلى وضعها الطبيعي
				6. عودة التغيرات في فحص مفرزات المoothة أو الكأس الثالثة إلى وضعها الطبيعي وسلبية زرعها

ملاحظة: النسبة المئوية مأخوذة مقارنة مع النتائج التي حصلنا عليها قبل البدء بالمعالجة.

في الجدول رقم 6- نلاحظ أن النسبة المئوية لتحسن المعايير السريرية والمخبرية عند المجموعة الثانية أفضل بكثير من نتائج المجموعة الأولى ووصلت في بعض المعايير إلى 90% بينما تحسن أفضل المعايير في المجموعة الأولى وصل إلى 66,6% فقط.

في الجدول رقم 7- نورد نتائج اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 1-3 أشهر من بدء المعالجة.

الجدول رقم 7- نتائج اختبار النافذة الجلدية عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 1-3 أشهر من البدء بالمعالجة.

نتائج المحضرات بعد 4 ساعات		نتائج المحضرات بعد 24 ساعة		نوع الخلايا
المجموعة الأولى	عدد 20	المجموعة الثانية	عدد 20	
المجموعة الأولى	عدد 20	المجموعة الأولى	عدد 20	الثانية عدد 20

كثيرات النوى	69,5%	89%	32%	18,5%
وحيدات النوى	30,5%	11%	68%	81,5%

من خلال دراستنا للجدول رقم 7 وجدنا أن التغيرات المناعية التي كانت موجودة عند مرضى التهاب المoothة المزمن والذين لم يحصلوا خلال معالجتهم على الإستدماة الذاتي بقيت على حالها دون تغير يذكر .
بينما التغيرات المناعية عند المرضى الذين حصلوا على الإستدماة الذاتي خلال معالجتهم عادت إلى وضعها الطبيعي. وهذا ما يفسر التحسن الجيد في المعايير السريرية والمخبرية عند هذه المجموعة من المرضى.
لقد قمنا أيضاً بدراسة نتائج النافذة الجلدية بطريقة ريبياك عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 9-12 شهر من المعالجة عند المجموعتين فحصلنا على النتائج التالية نوردتها في الجدول رقم 8-

الجدول رقم 8- نتائج اختبار النافذة الجلدية عند مرضى التهاب المoothة المزمن بعد 9 - 12 شهر من البدء بالمعالجة.

نوع الخلايا	نتائج المحضرات بعد 4 ساعات		نتائج المحضرات بعد 24 ساعة	
	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
كثيرات النوى	64%	88%	17%	28%
وحيدات النوى	34%	12%	83%	72%

من خلال قراءة الجدول رقم 8- نجد أن الخلل المناعي عند مرضى المجموعة الأولى المصابين بالتهاب المoothة المزمن الوارد في المحضرات بعد 4 ساعات وبعد 24 ساعة لم تعد إلى وضعها الطبيعي ولكنها أصبحت أسوأ مما كانت عليه قبل المعالجة بالصادات الحيوية عند بعض المرضى وهذا على ما يبدو ما يفسر النكس المتكرر لالتهاب المoothة المزمن عند هؤلاء المرضى إذ أنه لدى دراسة المعايير السريرية والمخبرية عندهم وجدنا أن نسبة النكس في هذه المعايير بلغت حوالي 38,88% من مجمل عدد المرضى.
بينما وجدنا عودة الخلل المناعي عند المجموعة الثانية التي عولجت بواسطة العلاج بالدم الذاتي إلى وضعه الطبيعي في كل من المحضرات بعد 4 ساعات وبعد 24 ساعة .
ولدى دراسة المعايير السريرية والمخبرية عند مرضى هذه المجموعة وجدنا النكس عند مريضين فقط أي ما يعادل 13,3% وهذا ما يفسر التأثير الجيد للعلاج بالدم الذاتي عند مرضى هذه المجموعة

النتائج:

من بين كل الحالات التي عولجت بواسطة العلاج بالدم الذاتي وجدنا النكس في حالتين فقط أي 13,3% وعند الرجوع إلى أضايبيرهم تبين لنا أن الخلل المناعي عندهم كان أشد من بقية الخلل عند مرضى هذه المجموعة ولذلك قمنا بإعادة كورس العلاج بواسطة الدم الذاتي لهذين المريضين بينما وجدنا النكس عند 7 مرضى في المجموعة الأولى التي لم تحصل على العلاج بالدم الذاتي أي حوالي 38,88% من مجمل عدد المرضى .

الخلاصة:

1. عند جميع مرضى التهاب المoothة المزمن يوجد خلل مناعي يتجلى في اضطراب هجرة الخلايا المناعية إلى البؤرة الالتهابية العقيمة .
2. إعطاء الصادات الحيوية لفترة طويلة وطول فترة المرض يؤثران بشكل سلبي على مقاومة الجسم المناعية.

3. إن اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك اختبار سهل ويعطي معلومات جيدة وهامة عن مقاومة الجسم المناعية وبأقل تكلفة ممكنة.
4. من الممكن استخدام اختبار النافذة الجلدية بطريقة ريباك ليس فقط لتشخيص التغيرات المناعية عند مرضى التهاب المoothة المزمن ولكن لمراقبة نتائج المعالجة وتأثيرها على الحالة المناعية للجسم.
5. إن المعالجة بواسطة العلاج بالدم الذاتي هي علاج فعال عند مشاركته مع المعالجة الدوائية لمرضى التهاب المoothة المزمن، ويعطي نتائج علاجية ممتازة .
6. الجرعة الواجب استخدامها لعلاج مرضى التهاب المoothة المزمن بواسطة العلاج بالدم الذاتي هي 10 مليلتر دم مرتين أسبوعياً تحقن في العضل والجرعة اللازمة لكورس العلاج الواحد من 8-12 حقنة عضلية .
7. في حال وجود تغيرات مناعية كبيرة مع قصة مرضية تفوق الثلاث سنوات ينصح بإعادة كورس المعالجة بالدم الذاتي بعد 6-9 أشهر من بدء المعالجة.

-
- 1- ADJIMAN, M. 1983 – chronic Prostatitis, J. Urology U.K. Vol. 7 , No.4 pp.201-204
 - 2- GOLOVIN, V., 1993, Latest information about treatment by Autohemotherapy J. Russian Surgery, Moscow , Vol 110, No. 5 pp 123-126.
 - 3- KOCVARA, S. , 1992- Proststourethritis a prostatismus, J. Urology Zchekia, No. 6, pp. 13-19.
 - 4- KARPENCO, B. C. , 1980, prostate Sclerosis, J. Russian Urology, Moscow, No. 6, pp. 17-24.
 - 5- PETROV, A. C., 2000, Bacteriurea in prostatitis, J. Russian Urology, Moscow, No. 4, pp. 90-91.
 - 6- PROSCORA, O. B. 1990, Urology Book, Medicina Moscow, pp. 198-207
 - 7- REBAC, A. 1979 , Diagnosis of Urological Infections, Moscow, pp 188-211.
 - 8- RODOMAN, V., 1976, Importance of bacteriurea in Diagnosis of Prostatitis, J. Russian Urology, Moscow, No. 6, pp. 136-141.
 - 9- TIKTINSKI, O. L. , 1984, Non-specific infection of Genitourinary Organs , Leningrad, p. 238.
 - 10- UNDA, U.F. 1978, Symptoms and Diagnosis of Chronic Prostatitis, Kiev, pp.113-117.