

ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ І КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ

Збірник наукових праць. Випуск 6 (102): Київ-Луганськ. — 2010 р. — С. 271-280.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛИТА

Н.М. Бородина, В.И. Меркулов, Э.Б. Захарова, И.В. Тютюнник, Ю.В. Кукурекин

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница,
Луганский областной госпиталь ветеранов войны,
4-я городская многопрофильная больница г. Луганска,
12 городская поликлиника г. Луганска

РЕФЕРАТ. Проведена оценка результатов применения антибактериального препарата из группы фторхинолонов IV поколения Гатилина в комплексной терапии больных с обострениями хронического бактериального простато-везикулита. Выраженный клинический эффект — купирование боли, дискомфорта в области гениталий отметили 94,4% больных, снижение числа лейкоцитов в секрете простаты и эякуляте достигнуто у 83,3% больных, позитивная УЗИ-динамика отмечена в 80% случаев. Эффективность использования, удобство применения, минимальный уровень побочных эффектов, непродолжительное время лечения, доступная цена препарата позволяют рекомендовать Гатилин для использования в комплексной терапии хронических простато-везикулитов.

Ключевые слова: хронический простато-везикулит, Гатилин, антибактериальная терапия, синдром хронической тазовой боли.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический простато-везикулит — одно из самых частых заболеваний у мужчин зрелого репродуктивного возраста. Наибольшую проблему в лечении представляют болевые синдромы [2]. Хронический простатит часто является причиной нарушений сексуального здоровья и может сопровождаться теми или иными субъективными ощущениями различной степени выраженности, которые часто обозначаются как синдром хронической тазовой боли, хотя причинным фактором его могут быть и другие болезненные состояния [4,5,10]. Диагностика хронических простатитов, везикулитов, простато-везикулитов, за-

дних уретритов, эпидидимитов предусматривает выявление возбудителей скрытых инфекций: хламидий, микоплазм, уреаплазм, вирусов генитального герпеса, цитомегаловирусов, гарднерелл и других, которые передаются половым путём [6]. Таким образом, воспалительные заболевания урогенитальной сферы, которые могут приводить к расстройствам сексуального здоровья — эректильной дисфункции, ускоренной эякуляции и других фаз копулятивного цикла, а также мужскому бесплодию, связаны с различной инфекцией [4].

Особую сложность при лечении представляют те случаи воспаления предстательной железы, когда они сочетаются с поражением семенных пузырьков. Возможное наличие везикулитов в изолированном варианте весьма часто сопровождается болевым синдромом различной степени выраженности в подвздошных областях колющего или давящего характера с одной (односторонний везикулит) или обеих сторон (двухсторонний везикулит) [3,13]. Могут наблюдаться боли и рези при семяизвержении, изменение состава эякулята, повышение температуры тела. При этом патоспермия (пио-, зооспермия) часто является причиной мужского бесплодия, трактуемого как экскреторно-токсическая форма.

Существующие методы и схемы лечения не всегда оказывают позитивное действие. Недостаточная эффективность лечения антибактериальными препаратами объясняется тем, что диффузия многих лекарственных средств в простатическую жидкость не происходит даже при высокой их концентрации в крови. Эти обстоятельства, а также анатомо-физиологические особенности расположе-

ния предстательной железы и семенных пузырьков, особенности патоморфологической картины воспаления в этих образованиях, затрудняют поступление в них лекарственных препаратов. Главным ограничивающим фактором эффективности антибактериальной терапии является крайне низкая способность кумуляции антибиотиков в тканях предстательной железы [7,9].

Достаточно частая выявляемость воспалительных процессов в семенных пузырьках (везикулитов) позволяет предположить длительное существование резервуара возбудителей, «укрывающихся» в таком труднодоступном месте от проникновения к ним антибиотиков. Это приводит к диссеминации патологических изменений, их усугублению, преобразованию серозного характера воспалительного процесса в семенных пузырьках в гнойный. При этом клинические проявления могут быть стёртыми, латентными, но, в целом, хронизация имеет место, утяжеляя симптоматику заболевания.

Больные с жалобами и клиническими проявлениями такого характера могут безуспешно и длительно лечиться у врачей гастроэнтерологов, терапевтов, проктологов. Отсюда вытекает важность своевременной диагностики и эффективного лечения обострений хронических простато-везикулитов и везикулитов на самых ранних стадиях формирования поражения предстательной железы и семенных пузырьков.

Лечение простато-везикулитов должно предусматривать этиотропные средства, препараты патогенетического действия, учитывая индивидуальные особенности каждого больного. Независимо от остроты, длительности заболевания и наличия осложнений, именно антибиотики должны являться базисной терапией урогенитальных инфекций [1].

Этиопатогенетическое лечение больных с хроническими простато-везикулитами, особенно их обострений, должно предусматривать выяснение вида инфекций. Основным критерием для назначения антибактериальной терапии являются индивидуальные показатели бактериологического исследования секрета предстательной железы, прежде всего, на TORCH-инфекции, методами ИФА и ПЦР [15]. Причинными факторами хронического бактериального простатита являются Грамотрицательные бактерии, в первую очередь, *E.coli*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, реже — Грамположительные: *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* [12].

При выборе антибактериального средства необходимо отдавать предпочтение препаратам, обладающим широким антимикробным спектром, высокой активностью в отношении тех возбудителей, которые выявлены на этапе лабораторного обследования, высокой биодоступностью, достаточными тканевыми и внутриклеточными концентрациями, дли-

тельным периодом полувыведения, хорошей переносимостью, отсутствием ото-, нефро- и гепатотоксичности, доказанной эффективностью.

ЦЕЛЬЮ исследования явилась оценка клинической эффективности антибактериального препарата из группы фторхинолонов IV поколения Гатилин (гатифлоксацин) в комплексной терапии обострений хронических простато-везикулитов и везикулитов. Гатилин представлен на фармацевтическом рынке компанией «Ананта Медикаеар». Выпускается в таблетках по 200 мг и 400 мг № 10. Препарат характеризуется сверхшироким спектром антибактериальной активности, выгодными фармакокинетическими характеристиками, а также доступной ценой, что обусловило его выбор в качестве объекта для исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 36 пациентов в возрасте 22-44 года. Обследование больных проводили с помощью стандартного урологического исследования: осмотр наружных половых органов, пальцевой ректальный осмотр, клинический анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, ультразвуковое исследование органов малого таза (ОМТ). Микробиологические исследования проводили методами ИФА и ПЦР.

Выраженность воспалительного процесса оценивали по следующим признакам: болевой синдром, нарушение мочеиспускания, изменения лейкоцитарной формулы в эякуляте и секрете простаты, изменения при ультразвуковом исследовании органов малого таза.

Состояние больных оценивали до лечения, сразу после лечения и через 40 дней после его окончания.

Гатилин назначали в дозе 400 мг 1 раз в сутки. Помимо Гатилина больные получали Простатилен по 5 мг внутримышечно, а также биостимуляторы (алоэ, стекловидное тело). Для лучшего проникновения лекарственных препаратов в ткани предстательной железы и усиления лечебного эффекта медикаментозное лечение проводили на фоне лазерной ректальной терапии аппаратами «Орион Жива», (Москва) и ЛУ («Аппамед», Киев). Курс лечения составлял 10 дней. Такая схема лечения предоставляла возможность достижения полного терапевтического эффекта в течение десяти дней, что немаловажно для психологического и финансового состояния пациентов.

Результаты лечения оценивали, сопоставляя субъективное состояние больных и динамику объективных показателей, в частности, лабораторных данных, контрольной ультразвуковой диагностики органов малого таза.

Эффективность лечения признавалась хорошей, если имело место быстрое, через пять дней, улучшение субъективного статуса пациентов (значительное уменьшение или купирование болевых ощущений)

и изменение в позитивную сторону ряда объективных показателей. После их изучения через десять дней после окончания комплексной терапии — нормализация числа лейкоцитов в эякуляте, положительная динамика при сонографическом исследовании простаты и семенных пузырьков.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование 36 пациентов показало обострение хронического бактериального простато-везикулита либо серозного везикулита, что подтверждалось данными УЗИ органов малого таза. При ультразвуковом исследовании органов малого таза серозные воспаления семенных пузырьков определялись в виде растянутых, увеличенных образований с одной или обеих сторон, с ровными, чёткими границами и однородным содержимым, как правило, без дорожки усиления за задней стенкой. При одностороннем процессе отмечалась асимметрия предстательной железы с увеличением её доли и утолщением капсулы на стороне поражения.

Выявленные поражения простаты и семенных пузырьков в виде серозных везикулитов с той или иной степенью выраженности болевого синдрома (хроническая тазовая боль) сопровождались нарушениями копулятивной функции: эректильной дисфункцией и ускоренной эякуляцией (приобретенной).

В секрете предстательной железы обнаруживалось увеличенное содержание лейкоцитов и уменьшение числа лецитиновых зёрен.

Микробная флора была представлена следующими микроорганизмами: хламидии — 22,6%, смешанная микрофлора (Грамотрицательная и Грамположительная) — 77,4% случаев.

В процессе лечения при ежедневном наблюдении за больными была отмечена положительная динамика субъективного состояния с первых дней после начала приема Гатилина у 14 (38,9%) человек — уменьшение болевого синдрома с полным его купированием через пять дней. Пациенты отмечали снижение болей в области промежности, подвздошных областях, резей при мочеиспускании, чувства дискомфорта в гениталиях. Через 10 дней по окончании комплексного лечения субъективное улучшение отметили 33 пациента (94,4%). Быстрый клинический эффект достигался, по нашему мнению, комбинацией ряда факторов:

а) выгодными фармакокинетическими характеристиками Гатилина, характеризующимися длительным периодом элиминации (7 - 14 часов), а также удержанием высокого уровня препарата в крови и тканях предстательной железы. Это создавало эффект «ударной дозы» на протяжении всего периода лечения;

б) широким антибактериальным спектром Гатилина (Грамотрицательные, Грамположительные, атипичные, анаэробные микроорганизмы);

в) усилением действия препарата Гатилин лазерной

Таблица. Динамика объективных показателей после завершения лечения (n=36)

Данные Узи ОМТ		Лабораторные данные	
Отсутствие обострения	Наличие обострения	Отсутствие инфекции	Наличие инфекции
30 (83,3%)	6 (16,7%)	34 (94,4%)	2 (5,6%)

ректальной терапией на аппаратах «Орион'Ч»-Жива» (Москва) и «ЛУ («Аппамед», Киев), эффективность которой подтверждена многолетним опытом применения в клинической практике.

Поскольку сексуальные отношения пациентам не запрещались, полученная информация о половой жизни свидетельствовала о том, что имело место улучшение качества копулятивного акта у большинства мужчин: отсутствие болевого синдрома при половом контакте и семяизвержении, улучшение качества эрекции и увеличение продолжительности фрикционного периода. То есть, наблюдалось улучшение качества жизни мужчин и их семей, что является моделью конечных результатов терапии каждого случая нарушенной сексуальной функции вследствие хронических простато-везикулитов и их обострений.

Изменения объективных данных представлены в таблице.

Динамика данных УЗИ ОМТ и результатов лабораторных исследований (уменьшение числа лейкоцитов в эякуляте и снижение титра микроорганизмов при ИФА крови), представленная в таблице, полностью соответствовала субъективному состоянию пациентов, что свидетельствует о выраженной клинической эффективности предложенной схемы лечения хронических простато-везикулитов.

ВЫВОДЫ

- При хронической тазовой боли следует проводить исследование на возможное наличие обострений хронических простато-везикулитов или серозных и гнойных везикулитов.
- Лечение простато-везикулитов необходимо осуществлять после микробиологического обследования.
- Лечение должно быть комплексным и включать в качестве обязательного компонента антибактериальный препарат с широким спектром противомикробного действия.
- Целесообразно использование фторхинолона IV поколения Гатилин на фоне лазерной и иммунной терапии.
- Купирование болевого синдрома при комплексном лечении происходит в течение 5-10 дней.
- Указанная схема лечения позволяет восстановить копулятивную функцию и улучшить качество жизни семьи.

Гатилин

Регистрационные свидетельства UA/8743/01/01, UA/8743/01/02



Современный акцент антимикробной терапии

Бесконечная забота о Вашем здоровье

ЛИТЕРАТУРА

1. Горпинченко И.И. Осложнённый урогенитальный хламидиоз / И.И. Горпинченко, Н.И. Бойко // Здоровье мужчины. — 2002. — № 2. — С. 34-37.
2. Горпинченко И.И. Препарат Фромилид в комплексной терапии хронического урогенитального хламидиоза / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. — 2004. — № 3. — С. 55-59.
3. Горпинченко И.И. Изучение клинической эффективности альфа- один аденоблокатора терарозина у мужчин при синдроме хронической тазовой боли / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. — 2005. — № 3. — С. 23-29.
4. Гурженко Ю.Н. Клиническое изучение эффективности использования препарата Зиквин в терапии урогенитального хламидиоза / Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. — 2005. — № 3. — С. 183- 186.
5. Виненцов Ю.А. Лечение хронического простатита с болевым синдромом / Ю.А.Виненцов, Р.А. Грачёв, С.А. Золочевский // Тезисы научных трудов Всероссийского Конгресса по андрологии. — Сочи, 2007. — С. 70.
6. Дергачёв А.Н. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов / А.Н. Дергачёв. — М., изд- во РУДН. — 1995. — 58 с.
7. Калинина С.Н. Этиологические и эпидемиологические особенности простатитов, везикулитов, эпидидимитов, обусловленных урогенитальной скрытой инфекцией и осложнённых нарушением половой функции / С.Н. Калинина, В.П. Александров, О.Л.Тиктинский // Мужское здоровье (материалы конференции) М. — 2003. — № 2. — С.45-50.
8. Коган О.С. К лечению хронического простатита / О.С. Коган, Л.Ю. Власенко, Д.В.Семаков, Д.В. Романенко // Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье». — Москва, 2003. — С. 97.
9. Кукурекин Ю.В. Нарушения сексуального здоровья. Патогенетическая терапия / Ю.В.Кукурекин, А.П. Гудзенко. — Луганск, 2007. — 210 с.
10. Лямин Б.А. Комплексный подход в лечении больных хроническим инфекционным простатитом / Б.А. Лямин, А.В. Сивков, О.И. Аполихин // Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье». — Москва, 2003. — С. 39.
11. Мазо Е.Б. Нервно-мышечная дисфункция тазового дна как возможная причина синдрома хронической тазовой боли при хроническом бактериальном простатите / Е.Б. Мазо, Г.Г.Кривобородов, Л.Ф. Касаткина // Материалы Всероссийской конференции «Мужское здоровье» — М., 2003. — С. 44.
12. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в 2-х томах. Т.1 / В.В.Митьков. — М.: Видар, 1999. — 126 с.
13. Пасечников С.П. Применение Цифрана ОД в лечении остро неосложнённого пиелонефрита / С.П. Пасечников, Н.В.Митченко // Здоровье мужчины. — 2004. — № 3. — С. 107-110.
14. Пепенин В.Р. Интенсивная терапия синдрома хронической тазовой боли, обусловленной хроническим везикулитом / В.Р. Пепенин, Ю.В. Кукурекин, В.Н.Акулинин // Здоровье мужчины. — 2006. — № 1. — С. 57-61.
15. Пепенин В.Р. Хронические везикулиты как причина бесплодия. Современная терапия / В.Р.Пепенин, Ю.В.Кукурекин, В.И.Акулинин, Ю.В.Гонцов // Здоровье мужчины. — 2007. — № 2. — С. 399-201.
16. Степаненко В.І. Поліетіологічні чинники і поліпатогенетичні механізми розвитку хронічного інфекційного простатиту. Клінічний перебіг, ускладнення, діагностика, раціональна терапія / В.І. Степаненко, О.І.Літус // Здоровье мужчины. — 2006. — № 1. — С. 79-88.