

Актуальные аспекты терапии хронического простатита

Е. В. Кульчавеня, доктор медицинских наук, профессор

МЦ «БИОВЭР», Новосибирск

Ключевые слова: простатит, эректильная функция, хроническое воспаление, нарушение микроциркуляции, эндотелиальный конфликт, простатоспецифический антиген, предстательная железа, сексуальные нарушения, комбинированная терапия.

Хронический простатит, как любое хроническое воспаление, сопровождается нарушением микроциркуляции [1]. Несостоятельность эндотелия усугубляет этот процесс. Проявлением эндотелиального конфликта является и нарушение сексуальной функции у пациентов с хроническим простатитом. Коррекция эректильной дисфункции остается актуальной проблемой для этой категории больных.

Уменьшить проявления эндотелиального конфликта позволяет препарат Импаза, влияющий на эндотелиальную NO-синтазу и восстанавливающий выработку оксида азота (NO) эндотелием.

Позитивное действие Импазы на функцию эндотелия делает ее препаратом выбора у кардиологических больных [2], у пациентов с метаболическим синдромом [3] и сахарным диабетом [4], страдающих также эректильной дисфункцией. Импаза — препарат, созданный на основе антител к NO-синтазе, регулирует синтез NO в клетке, усиливает расслабляющее действие NO на гладкую мускулатуру и увеличивает кровоток в половом члене при сексуальной стимуляции. Курсовая терапия Импазой позволяет восстановить нарушенную эректильную функцию.

Длительный опыт применения препарата Афала, созданного на основе антител к простатоспецифическому антигену (ПСА), показал высокую эффективность у больных хроническим простатитом различной этиологии [5]. ПСА является гликопротеином, вырабатываемым секреторным эпителием простаты и обеспечивающим разжижение зякулята. ПСА относится к классу протеаз с химотрипсино-подобной энзиматической активностью. В норме большая часть ПСА поступает в зякулят, разжигая его, однако 0,1% абсорбируется через базальную мемброну и поступает в кровь.

Причинами повышения уровня ПСА в крови, помимо рака простаты, могут быть также острый или хронический простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ишемия или инфаркт предстательной железы и зякуляция накануне исследования. Повышение ПСА при простатите наступает вследствие нарушения барьера функции простатических эпителиальных клеток, их базальной мемброны и эндотелия кровеносных сосудов [6].

Таким образом, формируется очередной порочный круг: активное воспаление нарушает целостность и проницаемость простатического эпителия, способствует выходу ПСА, являющегося высокоактивным протеолитическим ферментом, в окружающие ткани, что еще больше усиливает воспаление.

Афала уменьшает явления отека и воспаления в предстательной железе, нормализует ее функциональное состояние, что позволяет быстро снять боль и купировать воспаление предстательной железы. Афала также повышает содержание цинка в ткани предстательной железы.



Рис. 1. Схема лечения больных хроническим простатитом (n = 76)

Имеющиеся данные позволили предположить, что сочетанное применение Импазы и Афала у больных хроническим простатитом, даже не предъявляющих жалобы на сексуальные нарушения, повысит эффективность лечения за счет сосудистого компонента и противовоспалительного действия, окажет стимулирующее действие на сперматогенез и позволит устранить эректильную дисфункцию.

Для подтверждения этой гипотезы мы выделили группу больных хроническим простатитом, сопровождаемым эректильной дисфункцией, которые получали в комплексном лечении Афалу и Импазу. 76 пациентов в возрасте от 24 до 52 лет (в среднем $37,4 \pm 2,9$ года) находились под наблюдением в течение 4 месяцев.

Пациенты получали левофлоксацин 500 мг один раз в день в течение 30 дней, сублингвально Афалу и Импазу в дозе по 2 таблетки каждого препарата дважды в день (2×2) (интенсивная фаза) с переходом на поддерживающую терапию Импазой по 1 таблетке два раза в день (1×2) в течение еще двух месяцев. Таким образом, комплексная терапия включала 1 месяц интенсивного лечения (базовая терапия + Импаза 2×2 + Афала 2×2), 1 месяц основного (Импаза 2×2 + Афала 2×2) и 2 месяца поддерживающего (Импаза 1×2). Схема лечения представлена на рис. 1.

Больные приходили на 2-й визит через 1 мес лечения, после завершения антибактериальной терапии, и через 4 месяца. никакой другой простатотропной терапии, равно как и массажа, инстилляций, физиолечения, больные в период исследования не получали.

Для оценки мужской копулятивной функции была использована шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (шкала МКФ). Анализ анкеты, заполненной пациентом, начался с общей суммы баллов (максимум — $12 \times 5 = 60$ баллов), которая отражала общее состояние копулятивной функции на данный период времени.

С целью количественной оценки симптомов хронического простатита использовалась русскоязычная версия опросника «Индекс симптомов хронического простатита Национального института здравоохранения США (NIH CPSI)». Минимальная сумма баллов, отра-

Таблица

Оценка состояния пациентов исходно и на фоне лечения

Признак	Баллы исходно	После базовой терапии (через 1 месяц)	После лечения (через 4 месяца)
Лейкоциты в секрете	2,8 ± 0,1	0,8 ± 0,3	0,3 ± 0,1
Микробная flora в секрете	1,7 ± 0,3	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,1
Боль в промежности	2,2 ± 0,4	0,7 ± 0,4	0,7 ± 0,2
Рези при мочеиспускании	1,3 ± 0,8	0	0
Число мочеиспусканий днем	12,7 ± 3,9	9,1 ± 0,3	7,6 ± 0,4
Число мочеиспусканий ночью	2,6 ± 0,3	0,9 ± 0,1	0,4 ± 0,1
Качество жизни	4,7 ± 1,0	2,9 ± 0,7	0,8 ± 0,2
Сумма баллов	28	14,6	9,9

жающая качество жизни при отсутствии симптомов хронического простатита, — 0 баллов, а сумма баллов 12 соответствовала качеству жизни пациента с развернутой клиникой хронического простатита. Общая сумма баллов — сумма баллов блоков «боль», «мочеиспускание» и «качество жизни». Минимальная сумма баллов — 0, максимальная — 43. Симптоматика хронического простатита оценивалась как незначительная при сумме баллов 0–14, умеренная 15–25, выраженная 26–43 балла.

Для оценки нарушения мочеиспускания мы применили стандартную шкалу IPSS (международная шкала оценки простатических симптомов — International Prostatic Symptom Score).

Совокупность симптомов оценивалась по балльной шкале. Для унификации оценки состояния пациентов и лабораторных параметров была разработана специальная балльная таблица. Признаки, не имеющие цифрового выражения, оценивались в градации: 0 — нет признака, 1 — слабо выражен, 2 — умеренно выражен, 3 — сильно выражен. Количество лейкоцитов и эритроцитов в моче и секрете простаты учитывались следующим образом: 0–0–5 клеток, 1 — до 15 в поле зрения, 2 — до 50 в поле зрения, 3 — подсчет не поддается. Бактериурия и микрофлора в секрете простаты расценивались по принципу: 0 — нет, 1 — определяются скопически, но роста нет, 2 — рост ниже титра 10^4 КОЕ/мл, 3 — рост 10^4 КОЕ/мл и более. Качество жизни определялось пациентом самостоятельно в градации от 5 — невыносимо до 0 — превосходно. Таким образом, абсолютно здоровый и полностью довольный жизнью человек имеет максимум 8 баллов — число мочеиспусканий в дневное время.

Бактериологическое исследование секрета простаты выполнялось согласно действующему приказу МЗ СССР № 535 от 22 апреля 1985 г.

Для определения состояния кровотока осуществляли контактную лазерную допплерофлюметрию (ЛДФ) при помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока.

Компьютерная обработка полученной допплерограммы позволяет вычислить интегральный показатель микроциркуляции (ПМ), характеризующий перфузию тканей. ПМ прямо пропорционален скорости движения эритроцитов, количеству функционирующих капилляров и величине гематокрита в микрососудах; выражается в перфузионных единицах (п. е.). Также учитывались σ — среднеквадратическое отклонение, которое отражает временную изменчивость кровотока, $K_v = \text{ПМ}/\sigma$ — коэффициент вариации, характеризующий соотношение величины перфузии тканей и ее изменчивости.

Оценка допплерограммы позволяет не только определить величину перфузии тканей, но и охарактеризовать ее изменчивость во времени и оценить вклад активных и пассивных механизмов микроциркуляции.

Эффективность лечения считалась отличной при снижении общего числа баллов до нормы — 8 баллов; хорошей — при достижении 9–14 баллов, удовлетворительной — 15–20 баллов, расценивалась как незэффективная при сохранении > 20 баллов. Также как параметр эффективности учитывалась динамика микроциркуляции по данным ЛДФ и динамика баллов по шкалам NIH CPSI и МКФ.

Из сопутствующих заболеваний больных у 26,5% диагностирован сахарный диабет 2-го типа, в стадии компенсации или субкомпенсации, 24,5% страдали артериальной гипертензией с постоянным приемом гипотензивных препаратов.

У 33 мужчин (44%) в секрете простаты и/или эякуляте был обнаружен рост микрофлоры: стафилококк — у 29 больных (39%), протей — у 15 (20%), кишечная палочка — у 32 (43%), энтерококк у 27 (36%), стрептококк у 8 (11%), клебсиелла у 16 (21%). В 46 случаях (61%) выявлялась ассоциация микроорганизмов.

Таким образом, у 29 пациентов (39%) был хронический простатит категории II по классификации NIH, а у 47 (62%) — хронический простатит категории IIIa.

При поступлении наиболее частой жалобой, предъявленной пациентами, была боль в промежности и яичках. Безболевой формы хронического простатита не было ни в одном случае. Нарушение мочеиспускания в той или иной степени отмечали все больные; средний балл по шкале IPSS составил 9,7; средняя скорость мочеиспускания Q_{ave} была 10,1 мл/сек, максимальная скорость мочеиспускания Q_{max} — 14,3 мл/сек. Объем предстательной железы методом трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) в среднем составил $26,2 \pm 3,2$ мл; остаточной мочи не было ни у одного пациента. У всех отмечалась неоднородность эхоструктуры железы, у 25 выявлен простатолитиаз.

У 14 больных (19%) в биохимическом анализе крови имелись те или иные умеренно выраженные признаки нарушения метаболизма.

Уровень ПСА колебался от 0,3 до 3,7 нг/мл, в среднем составив $1,6 \pm 0,5$ нг/мл; в течение четырехмесячного периода наблюдения достоверных изменений этого показателя не произошло.

Снижение полового влечения отмечали 31 человек (41%), ослабление эрекции — 23 (31%), боль во время эякуляции — 9 пациентов (12%). У 22 больных (29%) отмечалась преждевременная эякуляция; у 25 (33%) — эректильная дисфункция, обусловленная как болью, так и сосудистыми нарушениями.

После 30 дней сочетанного приема антибиотиков и Афалы с Импазой у 93,1% пациентов с хроническим простатитом категории II прекратился рост микрофлоры или отметилось существенное снижение ее титра до диагностически незначимого уровня. Нормализация числа лейкоцитов в секрете отмечена у 51 больного (68%), значительное уменьшение — у остальных 25 (33%). Динамика состояния пациентов представлена в табл.

Суммарно через месяц лечения сумма баллов уменьшилась в 2 раза.

Таким образом, в результате базовой терапии выраженность клинико-лабораторных проявлений хронического простатита значительно снизилась, а по окончании курса лечения практически не отличалась от нормы.

Расстройства микроциркуляции в триggerных точках по данным ЛДФ отмечались исходно у всех больных. Через месяц отмечена положительная динамика интегрального показателя, которая продолжалась до 4-го месяца. Улучшение микроциркуляции на 25% за полный курс лечения произошло у 17 больных (23%), на 26–50% — у 12 больных (16%), на 51–75% — у 32 больных (43%), 15 пациентов (20%) продемонстрировали двукратное увеличение качественных параметров простаты и уретры (рис. 2).

Таким образом, как следует из рис. 2, у 63% больных, получавших наряду с базовым лечением Афалу и Импазу, произошло значительное улучшение микроциркуляции по данным ЛДФ.

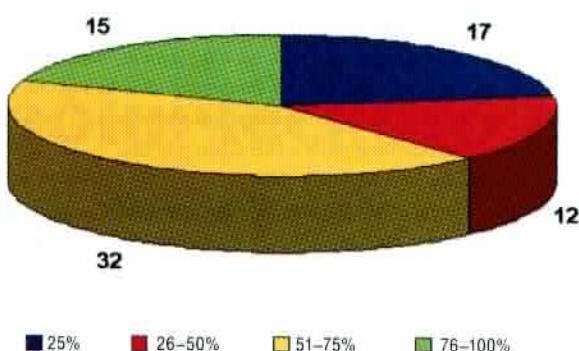


Рис. 2. Пропорция больных, продемонстрировавших улучшение микроциркуляции по данным ЛДФ

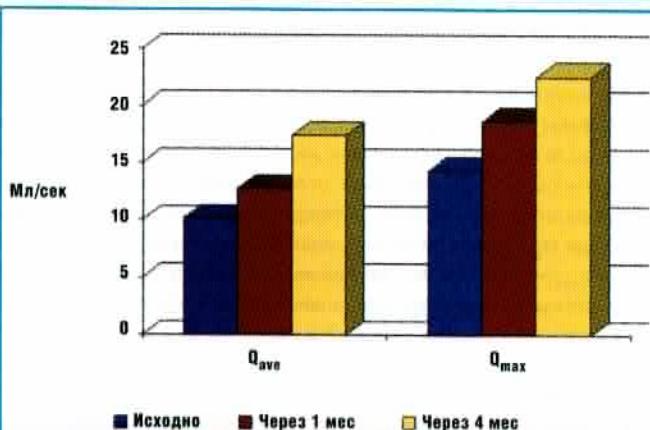


Рис. 3. Динамика показателей урофлоуметрии на фоне приема препаратов Импаза и Афала

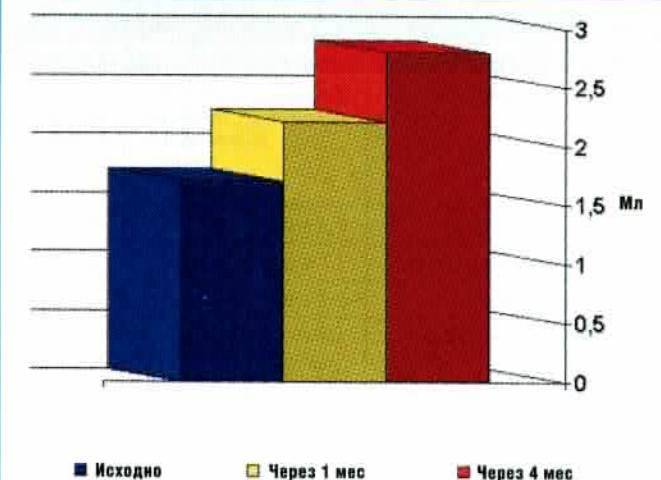


Рис. 5. Динамика объема эякулята на фоне приема препаратов Импаза и Афала

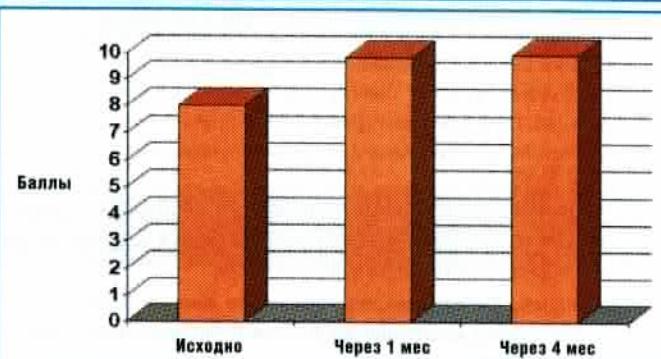


Рис. 6. Динамика эректильной функции (II + III + IV по шкале МКФ) на фоне приема препаратов Импаза и Афала

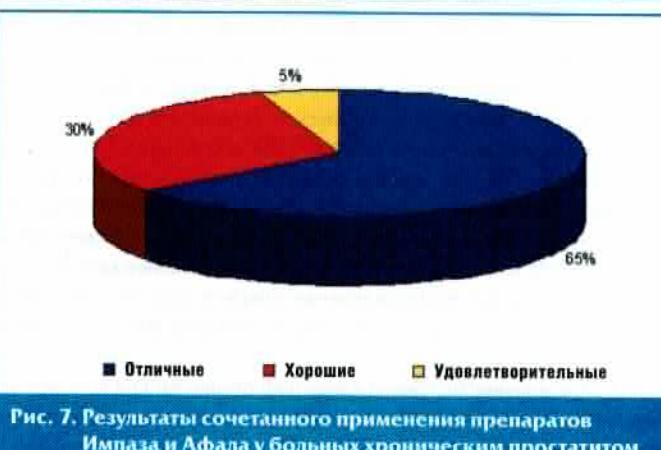


Рис. 7. Результаты сочетанного применения препаратов Импаза и Афала у больных хроническим простатитом

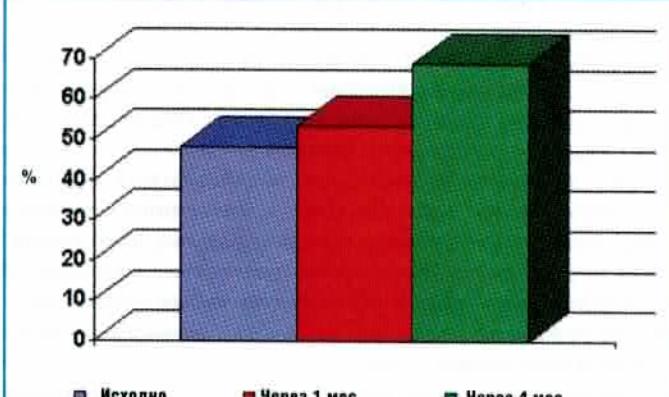


Рис. 4. Динамика подвижности сперматозоидов на фоне приема препаратов Импаза и Афала

По окончании лечения зафиксировано достоверное уменьшение объема предстательной железы на 19,5% (с $26,2 \pm 3,2 \text{ см}^3$ до $21,1 \pm 2,9 \text{ см}^3$), что объясняется уменьшением воспаления, отека и прямым проапоптическим эффектом Афали.

Как следствие, в 3 раза снизился средний балл по шкале IPSS – до $3,2 \pm 0,7$ и улучшились параметры струи мочи, что представлено на рис. 3.

Сочетанное воздействие Импазы и Афали способствовало также улучшению параметров спермограммы, что показывают рис. 4 и 5. Для большей наглядности сопоставление проводили только по числу подвижных сперматозоидов с поступательным движением (категории а + б).

Прием Афали с Импазой способствовал также увеличению объема эякулята в 1,6 раза, что представлено на рис. 5.

Несмотря на то, что прямые указания на сексуальную дисфункцию давал только каждый третий пациент, при анализе анкет констатировано нарушение всех составляющих копулятивного акта и индекса качества жизни. Суммарный балл по шкале МКФ составил 48,3 балла, изменения касались как нейрогуморальной, психической и эректильной функций, так и эякуляторной составляющей, что характерно для больных хроническим простатитом.

На фоне комплексной терапии отмечалось восстановление либидо (с 2,5 баллов в среднем до 3,2). Мы также отметили улучшение эректильной функции по совокупной оценке ответов на II, III и IV вопросы шкалы (рис. 6).

Через 1 месяц улучшение произошло на 1,8 балла, через 4 месяца продолжала нарастать положительная динамика (рис. 6).

На момент ввода в исследование лишь 7,6% опрошенных мужчин считали свою половую потенцию отличной и 16,2% колебались между «хорошо» и «отлично». В результате включения в терапию Импазы эректильная функция практически восстановилась: 93,2% мужчин не нуждались в дополнительной стимуляции, и лишь 3,4% пациентов эрекции не достигли ни разу. Более половины пациентов (57,4%) эякулировали в желаемое время, число не имевших семяизвержения сократилось втройку, но остальные по-прежнему отмечали преждевременную эякуляцию. Качество эякуляции также улучшилось: у 51,8% она была интенсивной, а еще у 3,4% крайне интенсивной. Ни один пациент не жаловался на отсутствие семяизвержения.

По совокупности признаков «отличные» результаты лечения достигнуты у 49 больных (65%), «хорошая» эффективность лечения получена у 23 пациентов (30%) и удовлетворительная — у оставшихся 4-x (5%), что показано на рис. 7.

Выводы

Проведенное исследование показало, что сочетание Афалы и Импазы патогенетически оправдано в терапии больных с хроническим простатитом, отягощенным нарушениями сексуальной функции.

Комбинированная терапия позволила:

- через месяц снизить сумму баллов по шкале NIH CPSI в 2 раза, а к концу лечения практически в 3 раза;
- улучшить микроциркуляцию от 25% и выше по данным ЛДФ у всех пациентов, при этом у 62% пациентов отмечено значительное улучшение;
- снизить в 3 раза средний балл по шкале IPSS, который к концу лечения не превышал $3,2 \pm 0,7$;
- объем эякулята увеличить в 1,6 раза через 12 недель от начала лечения;
- восстановить эректильную функцию у 93,2% пациентов, при этом у 65% пациентов были достигнуты отличные результаты.

Ни в одном случае не отмечено сколько-нибудь значимых побочных реакций на прием изучаемых препаратов или осложнений проводимой терапии.

Заключение

Анализ результатов обследования пациентов показал патогенетическую обоснованность и высокую эффективность Афалы и Импазы в комбинированной терапии для лечения больных хроническим простатитом, сопровождающимся нарушением эректильной функции.

Комбинированная терапия хорошо переносится больными и рекомендуется курсом по предложенной схеме. ■

Литература

1. Кульчавеня Е.В., Неймарк А.И. Простатит. Библиотека врача-специалиста. Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Неймарк А.И., Алиев Р.Т., Музалевская Н.И., Крайниченко С.В., Воробьева Е.Н. Лечение эректильной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца со стенокардией напряжения // Урология. 2007; 4; с. 69–71.
3. Гамидов С.И., Сотников Е.М., Гасанов Р.В. Профилактика эректильной дисфункции у больных с метаболическим синдромом // Урология. 2007, 5, с. 44–48.
4. Шустов С.Б., Баранов В.Л., Филиппова Е.А. Применение препарата Импаза у больных сахарным диабетом 2-го типа и эректильной дисфункцией // Врачебное сословие. 2008; 2, с. 41–48.
5. Кульчавеня Е.В. Эффективность афалы в комплексном лечении больных хроническим простатитом // Врачебное сословие. 2007; 5, с. 20–27.
6. Ellis W.J. Prostate specific antigen density versus prostate specific antigen slope as predictor of prostate cancer in men with initially negative prostatic biopsies // J. Urol (Baltimore). 1996, v. 156, p. 431.

афала®

принципиально новый подход
к лечению ДГПЖ и простатита



Информация о препарате

Состав: антитела к простатоспецифическому антигену — 0,003г. **Показания к применению:** Добротакственная гиперплазия предстательной железы I и II стадии: В составе комплексной терапии острого и хронического простатита. **Способ применения и дозы:** Внутрь. На один прием 2 таблетки. Дважды в день. Рекомендуемая длительность приема препарата — 16 недель. При выраженных болевом синдроме и дизурических нарушениях в первые 2–3 недели терапии показан прием препарата до 4 раз в сутки. При необходимости возможно проведение повторного курса лечения через 1–4 месяца. **Побочное действие:** не выявлено. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Случаев несовместимости с другими лекарственными средствами до настоящего времени не зарегистрировано.

materia medica
Новый путь к здоровью!

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
www.materiamedica.ru
www.afala.ru

Лечашний Врач

Медицинский научно-практический журнал № 8 2012

Симпозиум



УРОНЕФРОЛОГИЯ

Коллоквиум



ПЕДИАТРИЯ. НЕОНАТОЛОГИЯ

- Инфекция мочевых путей • Хроническая болезнь почек • Нефропатии при целиакии
- Состояние поджелудочной железы у детей с метаболическим синдромом • Коррекция дефицита железа • Современные макролиды в лечении тонзиллита • Профилактика железодефицитных состояний у детей старше года • Ацетонемия и билиарная недостаточность у детей • Диагностика и лечение легочного сердца • Целиакия: новые подходы к диагностике • Острые респираторные инфекции • Выбор оптимального жаропонижающего средства • Диетопрофилактика пищевой аллергии

Актуальная тема

- Между верой и знанием (часть 2) • Микозы стоп • Мастоцитоз
- Терапия остеоартроза

Из практики

- Наука и искусство облегчения страдания больного в последние дни жизни

Клиническая фармакология

- Азитромицин в педиатрической практике

Новости фармрынка

- Новая Левитра — новая эра в лечении эректильной дисфункции

Клинические исследования

- Терапия хронического простатита • Применение наружной формы интерферона • Кашель в практике педиатра

