Коллектив авторов, 2013
УДК 616-08:616.9:616.65-001.8
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08040>
ISSN – 2073-8137

НОВЫЙ ШАГ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОСТАТИТОВ

М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв, И. М. Лайпанов

Ставропольский государственный медицинский университет

Вопросы, связанные со сложным выбором терапии хронического простатита, продолжают привлекать внимание дерматовенерологов и урологов, оставаясь важной медико-социальной проблемой.

Одной из первостепенных причин развития простатита является попадание в предстательную железу инфекционного агента, чему в немалой степени способствует анатомическое расположение самой железы в малом тазу [1]. Инфекционными агентами могут быть патогенные бактерии, вирусы, микоплазмы, хламидии и грибы, которые внедряются в ткань простаты [7]. В настоящее время многие авторы обращают внимание на важную роль хламидий, микоплазм в возникновении воспалительных заболеваний мочеполовых органов у мужчин [9].

Следовательно, назначаемые препараты должны, во-первых, обладать выраженным действием на *C. trachomatis*, во-вторых, проникать в предстательную железу [4, 5]. Такие свойства характерны для макролидов, тетрациклинов, фторхинолонов [8]. Однако прием тетрациклинов вызывает побочные действия у 17 % пациентов, к фторхинолонам возникла в последние годы резистентность микроорганизма [2, 3, 6].

Указанное подчёркивает необходимость разработки новых эффективных схем комплексного лечения данного контингента больных.

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение эффективности комплексной терапии больных хроническим инфекционным уретритом, осложненным простатитом по разработанным методикам.

Асхаков Марат Солтанович,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ПДО Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8 (8652) 287922; e-mail: kedri2007@yandex.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ПДО Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8 (8652) 287922; e-mail: stgmakvd@mail.ru

Лайпанов Ислам Мекерович,
доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ФПО Ставропольского государственного медицинского университета; заведующий урологическим отделением ГУЗ СККЦСВМП;
тел.: 8 (8652) 713130

Материал и методы. Объект исследования – 163 мужчины, из которых 88 составили основную группу (ОГ) и 75 – группу сравнения (ГС). Это были пациенты, с длительно протекающим инфекционным уретритом, осложненным простатитом. Большинство больных относились к возрастной группе от 30 до 45 лет, то есть наиболее трудоспособному и репродуктивному возрасту, и составляли в ОГ – 81,2 %, в ГС – 80 %. В обеих группах преобладал контингент служащих, рабочих и бизнесменов. В ОГ 73,9 % мужчин состояли в браке, в ГС – 78,1 %.

Из перенесённых заболеваний в обеих группах чаще фигурировала хламидийная инфекция. Длительность заболевания простатитом приходилась на сроки от 3 до 5 лет (в ОГ – у 84 %, в ГС – у 88 %). Ремиссию свыше года отмечали лишь 10,2 % мужчин в ОГ и 8 % – в ГС.

При этиологическом обследовании пациентов использовали ПЦР, ПЦР Real Time. Проводили культуральные исследования для определения *Tr. vaginalis* и *N. gonorrhoeae*. Пациентам проводились тотальная уретроскопия и ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы, подтвердившие диагноз и уточнившие характер изменений в ней. Оценку симптомов хронического простатита проводили по шкале Национального Института Здоровья США – NIH-CPSI, признанной в зарубежной и отечественной практике дерматовенерологами и урологами.

Все пациенты ОГ получали комплексное лечение по разработанной нами методике: новый фторхинолон гемифлоксацин (фактив®) по 1 табл. (320 мг) 1 раз в сутки в течение 14 суток в сочетании с азитромицином (сумамед®) по 1,0 г однократно в сутки в 1–7–14 дни, а также сампрост внутримышечно по 5 мг ежедневно № 10, массаж простаты через день № 7, ректальную лазеротерапию новым лазерным физиотерапевтическим комплексом «Матрикс-Уролог» ежедневно № 10 (продолжительность процедуры 5 минут).

Лечение больных в ГС (n=75) отличалось назначением вместо гемифлоксацина (фактив®) офлоксацина (офлоксин®-200), который уже давно используется в практической медицине.

Гемифлоксацин (фактив®) – новый противомикробный препарат из группы фторхинолонов, появившийся на российском рынке. Об-

ладает широким спектром бактерицидного действия. В отличие от других фторхинолонов имеет двойное действие: ингибирует репликацию микробной ДНК, связываясь как с топоизомеразой IV, так и с ДНК-гиразой, что не позволяет микроорганизмам формировать к нему резистентность.

Новый лазерный физиотерапевтический комплекс «Матрикс-Уролог» представляет собой сочетание 3-канального аппарата «Матрикс-Уролог»®, вибромагнитолазерной головки ВМЛГ10 (длина волны лазерного излучения 0,63 мкм), аппарата для вакуумного массажа «Матрикс-ВМ»® с комплектом специальных колб, лазерных головок, оптических и магнитных насадок. Его вибромагнитолазерная головка, применяемая для лечения простатита, представляет собой гибкую ректальную насадку, в рабочей части которой находятся два кольцевых магнита с индукцией 25 мТл и рассеиватель лазерного излучения ($I = 0,63$ мкм, 10 мВт). Гибкий вывод позволяет осуществлять вибрацию с частотой 1–10 Гц и максимальной амплитудой 5 мм.

Сампрост – комплекс биологически активных пептидов предстательной железы крупного рогатого скота (экстракт предстательной железы) – противовоспалительное и антиагрегационное средство. Оказывает специфическое органотропное действие на железу.

Статистическую обработку проводили на компьютере с помощью пакета прикладных программ StatSoft Statistica v6.0. Математическую обработку данных проводили вычислением критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $t > 2$, $p < 0,05$ – $0,01$. Характер связи (r) между изучаемыми показателями устанавливали на основании корреляционно-регрессивного анализа.

Результаты и обсуждение. При этиологическом обследовании мужчин обеих групп на инфекции, передаваемые половым путем, почти у половины была обнаружена *C. trachomatis* в виде моноинфекции (табл. 1).

Таблица 1

Результаты этиологического обследования уретры у пациентов обеих групп до лечения

Наименование инфекта	Число больных			
	ОГ (n=88)		ГС (n=75)	
	абс.	%	абс.	%
1. <i>C. trachomatis</i>	44	50,0	36	48,0
2. <i>C. trachomatis</i> + <i>M. genitalium</i>	11	12,5	2	10,7
3. <i>C. trachomatis</i> + <i>U. urealyticum</i>	18	20,5	17	22,7
4. <i>C. trachomatis</i> + <i>M. hominis</i>	9	10,2	9	12,0
5. <i>C. trachomatis</i> + <i>M. hominis</i> + <i>U. urealyticum</i>	9	10,2	5	6,7

Больных в обеих группах чаще беспокоили серозные выделения из мочеиспускательно-

го канала (в ОГ они были у 54,5 % больных, в ГС – у 52 %), в основном обильного характера (соответственно у 54,2 и 53,8 %).

Всем пациентам была проведена тотальная уретроскопия: чаще отмечалось поражение передней уретры – в ОГ у 55,7 %, в ГС у 56 % больных, тотальный уретрит – у 23,9 и 28 % больных соответственно. В передней уретре чаще всего был установлен железистый инфильтрат в сочетании с мягким: в ОГ – у 40,8 %, в ГС – у 38,1 %. В задней уретре больных ОГ мягкий инфильтрат и колликулит распределились поровну (по 38,9 %), а в ГС поровну были представлены твердый инфильтрат и колликулит (по 25,0 %), но преобладал мягкий инфильтрат – 41,7 %. При оценке тотального уретрита, в основном наблюдалось сочетание мягкого инфильтрата передней и задней уретры с железистым передней уретры – в обеих группах ровно по 42,9 %.

Что касается характера поражения предстательной железы, большинству мужчин был установлен диагноз паренхиматозного простатита: в ОГ у 76,5 %, в ГС у 73,3 %. На втором месте был фолликулярный простатит: в ОГ – 17,6 %, в ГС – 16,0 %, на третьем катаральный (9,4 и 8,3 % соответственно).

В содержимом предстательной железы обеих групп больше преобладали случаи со значительным повышением числа лейкоцитов: в ОГ – у 73,9 %, в ГС – у 80,0 %.

При общей оценке симптомов хронического уретропростатита по международной шкале NIH-CPSI выявили: маловыраженную симптоматику (0–14 баллов) в ОГ – у 8,0 % больных, в ГС – у 6,7 %, умеренную симптоматику (15–29 баллов) в ОГ – у 39,8 %, в ГС – у 42,7 %, выраженную симптоматику (30–43 балла) у 52,3 и 50,7 % больных соответственно.

Через месяц после лечения в ОГ произошла полная эрадикация всех инфекционных агентов. В ГС *C. trachomatis* элиминировала у 93,3 % пациентов, не было ни одного мужчины с *U. urealyticum* и *M. genitalium*, у 2,7 % была обнаружена *M. hominis* (концентрация ДНК *Ureaplasma* spp./мл ниже 10^{-4}).

Серозные выделения из уретры сохранялись у 1 (1,1 %) мужчины из ОГ и у 2 (2,7 %) из ГС. У больных ОГ они были скудные, в ГС у одного скудные и у одного умеренные. Статистически достоверной разницы между группами не выявлено.

В обеих группах была отмечена положительная динамика состояния слизистой уретры в указанный срок. Однако у больных ОГ на 14,6 % чаще происходила нормализация слизистой уретры на всем её протяжении ($p < 0,05$) (табл. 2).

При исследовании содержимого простаты в ОГ не было ни одного пациента со значительным повышением числа лейкоцитов, а в ГС их оказалось 10 (13,3 %) ($p < 0,05$).

Таблица 2

Состояние слизистой уретры в ОГ и ГС до лечения и через месяц после его окончания

Характер изменения слизистой уретры	Динамика			
	ОГ (n=88)		ГС (n=75)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Передний уретрит	49(55,7)	5(5,7)	42(56,0)	7(9,3)
В том числе:				
мягкий инфильтрат	9(18,4)	1(20,0)	8(19,0)	0(0)
твёрдый инфильтрат	12(24,5)	2(40,0)	13(30,1)	3(42,9)
железистый инфильтрат	20(40,8)	2(40,0)	16(38,1)	2(28,6)
+ мягкий инфильтрат				
переходный инфильтрат	8(16,3)	0(0)	5(11,9)	2(28,6)
Задний уретрит	18(20,5)	0(0)	12(16,0)	3(4,0)
В том числе:				
мягкий инфильтрат	7(38,9)	0(0)	5(41,7)	0(0)
твёрдый инфильтрат	3(16,7)	0(0)	3(25,0)	2(66,7)
переходный инфильтрат	1(5,6)	–	1(8,3)	1(33,3)
колликулит	7(38,9)	0(0)	3(25,0)	0(0)
Тотальный уретрит	21(23,9)	2(2,3)	21(28,0)	7(9,3)
В том числе:				
мягкий инфильтрат (ПУ и ЗУ)	9(42,9)	0(0)	9(42,9)	3(42,9)
+ железистый инфильтрат (ПУ)				
твёрдый инфильтрат (ПУ и ЗУ)	1(4,8)	1(50,0)	1(4,8)	3(42,9)
переходный инфильтрат (ПУ)	5(23,8)	0(0)	4(19,0)	0(0)
+ мягкий инфильтрат (ЗУ)				
мягкий инфильтрат + железистый (ПУ) +	6(28,6)	1(50,0)	7(33,3)	1(14,3)
мягкий инфильтрат, колликулит (ЗУ)				

Примечание: в скобках – процент больных с данным характером изменений от общего количества больных в группе или от общего числа больных с передним (ПУ), задним (ЗУ) или тотальным уретритом.

По данным УЗИ простаты в ОГ улучшение ее эхоструктуры наступило у 74 (84,1 %) мужчин, в ГС – у 49 (65,3 %), что на 18,8 % реже, чем в ОГ ($p<0,05$).

По шкале NIH-CPSI положительная динамика общей оценки симптомов хронического простатита отмечалась в обеих группах, но достоверные позитивные изменения были более выражены в ОГ, так как в ней количество больных с маловыраженной симптоматикой было на 21,0 % больше, чем в ГС ($p<0,05$).

Через 6 месяцев после лечения удалось повторно обследовать всех пациентов: методом ПЦР соскоба со слизистой уретры у мужчин ОГ инфекционные агенты обнаружены не были, в ГС *S. trachomatis* была установлена у 9 (12,0 %) мужчин, *M. hominis* – у 1 (1,3 %). Серозные выделения из уретры отсутствовали у всех мужчин в обеих группах. В ГС количество пациентов со значительным повышением числа лейкоцитов в содержимом простаты увеличилось на 8 человек и составило 18 (24,0 %) из 75, кроме этого у 3 человек ухудшилась эхоструктура железы. Имелась статистически достоверная разница в пользу ОГ и по отношению к общей оценке симптомов хронического простатита (NIH-CPSI), где количество мужчин с маловыраженной симптоматикой хронического простатита увеличилось на 9 и составило 58 (65,9 %) человек, а в ГС стало больше на 5 человек и составило 31 (41,3 %).

Сравнительные результаты динамики указанных выше показателей отражены на рисунке.

Из рисунка видно, что в ОГ стало на 22,8 % больше мужчин с улучшением эхоструктуры простаты и на 24,6 % больше – с маловыраженной симптоматикой хронического простатита, чем в ГС ($p<0,05$).

Рис. Динамика состояния предстательной железы через 6 месяцев после окончания лечения у мужчин обеих групп

Примечание: х – статистически достоверная разница

Выводы

- У больных хроническим инфекционным уретритом, осложнённым простатитом, наиболее частым инфекционным агентом является *S. trachomatis* как моноинфекция (у 49,1 %), так и в сочетании с *U. urealyticum* (у 21,5 %), что способствует развитию чаще переднего уретрита и возникновению простатита (обычно паренхиматозного – у 76,5 %).
- Лечение больных хроническим инфекционным уретропростатитом новым фторхинолоном гемифлоксацином в сочетании с азитромицином (на фоне патогенетической терапии), в сравнении с офлоксацином и аналогичной терапией, выявило преимущество гемифлоксацина как в ближайшие, так и отдаленные сроки наблюдения (через 1 и 6 месяцев).

Литература

1. Асхаков, М. С. Хронический инфекционный уретропростатит: новая методика лечения / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – № 6(13). – С. 46–52.
2. Асхаков, М. С. Инфекционные уретриты и простатиты: современные методы лечения : монография / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв. – Из-во «LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG». – Saarbrücken, Germany, 2012. – 175 с.
3. Бакулев, А. Л. Лечение урогенитального хламидиоза фактивом / А. Л. Бакулев, С. С. Кравченко // Тез. научн. работ. II Всерос. конгресса дерматовенерол., 25–28 сентября 2007 г. – СПб., 2007. – С. 122.
4. Чеботарев, В. В. Патент на изобретение № 2453347. Способ лечения хронического инфекционного уретрита, осложнённого простатитом / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. – 2010 г.
5. Скрипкин, Ю. К. Рациональная терапия урогенитального хламидиоза / Ю. К. Скрипкин, А. С. Дворников,

П. А. Скрипкина // Тез. науч. работ. X Всерос. конф. дерматовенерол. – М., 2006. – С. 70.

6. Страчунский, Л. С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. – М., 2002. – 381 с.
7. Чеботарев, В. В. Комплексное лечение клинических и этиологических рецидивов хронического уретропростатита / В. В. Чеботарёв, Б. К. Касымов, М. С. Асхаков // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2007. – № 6. – С. 37–41.
8. Чеботарёв, В. В. Эффективность лечения больных хроническим хламидийным уретритом, осложнённым простатитом / В. В. Чеботарёв, Т. И. Деревянко, М. С. Асхаков и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 3 (27). – С. 90–91.
9. Skerk, V. The role of Chlamydia trachomatis in prostatitis syndrome – our experience in diagnosis and treatment / V. Skerk, I. Krhen, V. Cajic // Acta Dermatovenereol. Croat. – 2007. – Vol. 15. – P. 135–140.

References

1. Ashakov M.S., Chebotarjov V.V. *Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoj kosmetologii*. – *Modern problems of dermatology, immunology and medical cosmetology*. 2010;6(13):46-52.
2. Ashakov M.S., Chebotarjov V.V. *Infekcionnye uretrit i prostatity: sovremennye metody lechenija*. – Saarbrücken, Germany: «LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG»; 2012. 175 p.
3. Bakulev A.L., Kravchenja S.S. *Lechenie urogenital'nogo hlamidioza faktivom*. – Sankt-Peterburg: «Tez. nauchn. rabot. II Vseross. kongress dermatovenerol.», 25-28 sentjabrja 2007 g.»; 2007. P. 122.
4. Chebotarjov V.V., Ashakov M.S. *Patent na izobretenie № 2453347. Sposob lechenija hronicheskogo infekcionnogo uretrita, oslozhnjonnogo prostatitom*. 2010.

5. Skripkin Ju.K., Dvornikov A.S., Skripkina P.A. *Racional'naja terapija urogenital'nogo hlamidioza*. M.: «Tez. nauchn. rabot. X Vseross. konf. dermatovenerol.»; 2006. P. 70.
6. Strachunskij L.S., Belousova Ju.B., Kozlova S.N. *Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii*. M.; 2002. 381 p.
7. Chebotarjov V.V., Kasymov B.K., Ashakov M.S. *Russ. zhurn. kozhn. i vener. boleznej*. – *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2007;6:37-41.
8. Chebotarjov V.V., Derevjanko T.I., Ashakov M.S., Odinec A.V., Akseenenko V.A. *Meditinskij vestnik Severnogo Kavkaza*. – *Medical News of North Caucasus*. 2012; 3(27):90-91.
9. Skerk V., Krhen I., Cajic V. *Acta Dermatovenereol. Croat*. 2007; 15:135-140.

НОВЫЙ ШАГ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОСТАТИТОВ М. С. АСХАКОВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ, И. М. ЛАЙПАНОВ

Проведено сравнительное изучение эффективности комплексной терапии больных хроническим инфекционным простатитом по разработанной методике. При обследовании пациентов использовали ПЦР, ПЦР Real Time, проводили уретроскопию, ультразвуковое исследование предстательной железы. Под наблюдением находились 163 больных хроническим инфекционным простатитом, разделенных на две группы. Пациенты основной группы (n=88) получали: новый фторхинолон гемифлоксацин в сочетании с азитромицином, а также сампрост, массаж простаты, ректальную лазеротерапию. Лечение больных в группе сравнения (n=75) отличалось лишь назначением вместо гемифлоксацина офлоксацина. Через 1 и 6 месяцев после лечения имела статистически достоверная разница по изучаемым показателям в пользу основной группы. Авторы предлагают использовать разработанную методику в клинической практике.

Ключевые слова: простатит, хламидии, лечение, гемифлоксацин, эхоструктура

A NEW APPROACH IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC INFECTIOUS PROSTATITIS ASKHAKOV M. S., CHEBOTARYOV V. V., LAJPANOV I. M.

The purpose of this study was the comparative analysis of the efficiency of elaborated treatment approach in chronic infectious prostatitis. Examination of patient included PCR, urethroscopy, ultrasound investigation of the prostate gland. 163 patients with chronic infectious prostatitis were divided into two groups. Patients of the main group (n=88) received gemifloxacin, azithromycin, prostate extract, massage of the prostate gland and rectal laser therapy. Patients in the comparison group (n=75) were treated by ofloxacin instead of gemifloxacin. 1 and 6 months later significant clinical improvement was shown in the main group. The elaborated therapy technology is recommended for clinical practice.

Key words: prostatitis, clamidia, treatment, gemifloxacin, echostructure