

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДНЫХ БИОРЕГУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Архангельский А.И., Зубарев В.А., Рябков Е.А., Ожегин Е.В.
Медико-санитарная часть №70 СПб ГУП «Пассажиравтотранс»

Простатит – это воспалительное заболевание предстательной железы.

Впервые упоминание об этом заболевании встречается в литературе в 1815 году (Legneau). Первым же кто привел точное описание патологической картины простатита был Verdes (1838). Этот термин используется в медицине почти 200 лет. Тем не менее, современная медицина пока не располагает достоверными сведениями о причинах и механизмах развития, эффективных методах лечения простатита.

Именно поэтому учёные и врачи-клиницисты, изучающие эту проблему и оказывающие помощь больным, не могут пока решить целый ряд вопросов. Вот некоторые из них:

1. Во всех ли случаях появление болей в промежности, нижних отделах живота, половых органах, расстройства мочеиспускания обусловлено воспалением предстательной железы или же это проявление неблагополучия в других органах и структурах малого таза? В каких случаях врач может поставить диагноз – простатит?

2. Какова роль микробного фактора (неспецифической инфекции) в этиологии простатита?

3. Могут ли инфекции, передающиеся половым путем, быть причиной простатита?

4. Может ли простатит быть причиной эректильной дисфункции, других проблем в половой жизни мужчины?

5. Как правильно лечить простатит и нужно ли это делать, учитывая, что простатит – хроническое заболевание?

Эпидемиология. Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями предстательной железы в РФ в последние годы прогрессивно возрастало, увеличившись с 717 890 человек в 2002 г. до 1 161 849 человек в 2009 году или на 61,8%. Показатель числа зарегистрированных больных на 100 000 взрослого мужского населения за эти годы также увеличился с 1408,5 до 2221,5 (+57,7%). Рост этого показателя в 2009 году в сравнении с 2008 годом составил 3,2%.

Этиология и патогенез. Острый бактериальный простатит может быть вызван различными микроорганизмами. Наиболее часто ткани простаты поражаются такими бактериями, как кишечная палочка (*E. Coli*), клебсиелла (*Klebsiella*), Протей (*Proteus*), синегнойная палочка (*Pseudomonas*), энтеробактер (*Enterobacter*), энтерококк (*Enterococcus*), серация (*Serratia*), и золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*). Многие из этих агентов являются компонентами нормальной флоры организма и постоянно присутствуют на кожных покровах, в кишечнике и т.д. Проникая в ткани предстательной железы они способны вызвать развитие острого воспалительного процесса.

Этиология и патогенез хронического простатита окончательно не изучены. Большинство исследователей сходятся во мнении, что только в 10% случаев удается доказать роль микроорганизмов в развитии простатита.

В остальных случаях, по-видимому, причиной развития хронического асептического воспаления в простате является дискинезия (нарушение функциональных взаимоотношений) тазовых органов, приводящая к нарушению оттока секретов половых желез, нарушению кровоснабжения органа, уретропростатическому рефлюксу (забросу мочи в ткань простаты).

Предпосылкой для развития данного патологического состояния является, в том числе, анатомо-физиологическое своеобразие предстательной железы – единственного в своем роде мышечно-железистого органа, выполняющего разнообразные функции, в том числе механические (замыкательная, с периодическим переключением на направленное изгнание жидкостей) и функции железы с внешней секрецией и факультативной эндокринной регуляцией.

В результате секреторных дисфункций меняется и биохимический состав секрета простаты. Происходит снижение уровня фруктозы, лимонной кислоты, кислой фосфатазы; катионов цинка, магния и кальция, а также цинксодержащего простатического антибактериального фактора (Meares, 1989). Данные изменения снижают способность секрета простаты препятствовать развитию бактериального воспаления и повышают вероятность участия в патогенезе микробного фактора.

Классификация. Наиболее удобной и отражающей суть патологических процессов в простате является классификация Американского Национального Института Здравоохранения (NIH USA) от 1995 года. В ней выделено четыре категории простатита:

1. Острый (бактериальный) простатит
2. Хронический бактериальный простатит
3. Хронический небактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (CP / CPPS)
 - Воспалительный хронический тазовый болевой синдром (в секрете простаты, моче и эякуляте определяются лейкоциты)
 - Невоспалительный хронический тазовый болевой синдром, при котором признаки воспаления отсутствуют
4. Асимптоматический хронический простатит.

Обобщенные данные показывают частоту отдельных видов простатита: острый бактериальный – 5–10%, хронический бактериальный – 6–10%, абактериальный простатит (синдром хронической тазовой боли) – 80–90%, бессимптом-

ный воспалительный простатит – 5%. Известно, что абактериальный простатит по частоте превышает бактериальный в 8 раз, причем происхождение его остается неясным.

Клиническая картина. Симптомы воспаления предстательной железы можно разделить на четыре группы: 1). Болевые ощущения (боль в промежности, заднем проходе, крестцовой области, паховой области, нижних отделах живота); 2). Расстройства мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы к мочеиспусканию, обструктивные симптомы); 3). Сексуальные расстройства (ускоренное семяизвержение, боли при семяизвержении, вторичные снижение либидо и эректильная дисфункция); 4). Снижение фертильности (за счет изменения физико-химических, биохимических свойств эякулята).

Диагностика.

1. Мазок из уретры
2. Трехстаканная проба мочи
3. Исследование секрета простаты
4. Бактериологическое исследование (посев) 4-х порций мочи по методу Meares-Stamey
5. Исследование эякулята
6. Обследования на заболевания, передающиеся половым путём
7. Ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря, простаты, определение остаточной мочи с применением трансректального датчика. УЗИ с возможностью изучения кровотока в предстательной железе (Допплеровское исследование)
8. Урофлоуметрия

В комплекс лечения больного хроническим простатитом мы включаем:

1. Мероприятия, направленные на нормализацию функций тазовых органов (мочеиспускания, дефекации, половой жизни),
2. Медикаментозное лечение:
 - Антибактериальная терапия в случае бактериального простатита;
 - Препараты, блокирующие нервные окончания в шейке мочевого пузыря и простаты (А-адреноблокаторы). Препараты этой группы устраняют препятствия току мочи в области шейки мочевого пузыря; предотвращают рефлюкс (заброс) мочи в выводящие протоки предстательной железы;
 - Нестероидные противовоспалительные препараты, оказывающие системное противовоспалительное воздействие;
 - Препараты, улучшающие микроциркуляцию, биохимические свойства секрета простаты.
3. Физиотерапевтическое лечение, направленное на улучшение кровообращения простаты и способствующее регенерации её тканей.
4. Нормализация половой жизни (прихосексуальная реабилитация, назначение ингибиторов фосфодиэстеразы, психотерапия).

В связи с отсутствием четких схем этиотропного и патогенетически направленного лечения, высокой частотой рецидивов, необходимостью поиска новых возможностей медикаментозной терапии и метафилактики хронического абактериального простатита, было проведено исследование эффективности пептидных биорегуляторов «Сампрост» и «Тималин» в комплексном лечении хронического простатита.

Сампрост – комплекс биологически активных пептидов предстательной железы крупного рогатого скота (экстракт предстательной железы).

Препарат Сампрост относится к препаратам, улучшающим метаболизм в предстательной железе и корректорам уродинамики.

Сампрост оказывает специфическое органотропное действие на предстательную железу и позволяет осуществить патогенетическую терапию связанных с нею заболеваний.

Тималин – комплекс полипептидных фракций, выделенных из тимуса крупного рогатого скота. Препарат восстанавливает нарушенную иммунологическую реактивность (регулирует количество и соотношение Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, стимулирует реакции клеточного иммунитета, усиливает фагоцитоз), стимулирует процессы регенерации и кроветворения в случае их угнетения, а также улучшает течение процессов клеточного метаболизма.

Материал и методы. В исследование были включены 524 мужчины в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст 28,9 года) и давностью заболевания от 4 мес до 9 лет (в среднем 2,9 года) с диагнозом «Хронический абактериальный простатит. Обострение», находившиеся на лечении в урологическом отделении МСЧ № 70 за период с 2014 по 2017 гг.

Обследование включало: сбор анамнеза, физический осмотр пациента, биохимический анализ крови, фиксацию показателей гемодинамики, регистрацию симптомов заболевания с использованием Международной шкалы NIH-CPSI (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index), трансректальное ультразвуковое исследование, анализ эякулята с определением уровня лимонной кислоты, посев эякулята до и после лечения. Для оценки акта мочеиспускания выполняли урофлоуметрию. Качество половой жизни больных до и после лечения оценивались с помощью шкалы «Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)».

Все 524 больных, наряду с традиционной медикаментозной терапией (а-адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные средства), получали препараты «Сампрост» и «Тималин». Препараты вводились внутримышечно по 10 мг ежедневно однократно в течение 10 дней.

Результаты исследования. При оценке влияния препаратов «Сампрост» и «Тималин» на различные группы симптомов было установлено, что этот препарат оказывает положительное действие и на болевой синдром, и на расстройства акта мочеиспускания у больных хроническим абактериальным простатитом. Так, после лечения интенсивность болевого синдрома по шкале NIP-CPSI снизилась с $19,2 \pm 11,4$ до $14,4 \pm 8,2$ баллов ($p < 0,001$). Расстройства акта мочеиспускания уменьшились с $12,2 \pm 8,9$ до $5,3 \pm 3,7$ баллов ($p < 0,001$). Столь выраженный симптоматический эффект обусловил и заметное повышение качества жизни больных хроническим абактериальным простатитом.

После лечения улучшились урофлоуметрические показатели: возросла максимальная скорость потока мочи с $10,9 \pm 6,6$ мл/с до $17,8 \pm 5,0$ ($p < 0,01$). Улучшение микроциркуляции снижало отек предстательной железы, уменьшало болевой синдром и выраженность расстройств акта мочеиспускания. Объем предстательной железы до лечения в среднем составил $24,9 \pm 17,9$, а после лечения $20,3 \pm 14,2$.

Уменьшение объема предстательной железы можно объяснить уменьшением или исчезновением отека этого органа и нормализацией микроциркуляции в предстательной железе. У большинства больных хроническим абактериальным простатитом до начала лечения были отмечены патологические изменения эякулята. После лечения у больных возрос объем эякулята, снизилась вязкость эякулята, уменьшился срок разжижения эякулята, что свидетельствует об улучшении функции предстательной железы у больных хроническим абактериальным простатитом после лечения препаратами «Сампрост» и «Тималин». При исследовании на сроках от 1 до 3 месяцев после окончания лечения достоверно улучшились показатели эректильной функции с 16,6 ± 9,4 баллов до 24,1 ± 11,9 баллов.

Таблица №1

Результаты применения препаратов «Сампрост» и «Тималин» в лечении больных хроническим простатитом

Показатель	До лечения (n = 524)	После лечения (n = 524)	p
Суммарный показатель анкеты симптомов ХП NIH-CPS, M ± σ (баллы)	19,2 ± 11,4	14,4 ± 8,2	< 0,001
IPSS, M ± σ (баллы)	12,2 ± 8,9	5,3 ± 3,7	< 0,001
Качество жизни вследствие расстройств мочеиспускания (QOL), Me [25%; 75%] (баллы)	4 [2; 5]	2 [1; 3]	< 0,01
Повышение количества лейкоцитов в секрете простаты более 10 в поле зрения (проба Meares и Stamey), n (%)	73 (13,9%)	34 (6,5%)	< 0,001
Максимальная скорость потока мочи, M ± σ (мл/с)	10,9 ± 6,6	17,8 ± 5,0	< 0,001
Объем предстательной железы, M ± σ (см ³), (ТРУЗИ)	24,9 ± 17,9	20,3 ± 14,2	< 0,001
Нарушение подвижности сперматозоидов в эякуляте, n (%)	251 (47,9%)	129 (24,6%)	< 0,001
Объем эякулята, M ± σ (мм ³)	3,3 ± 2,1	4,7 ± 2,5	< 0,001
Вязкость эякулята, M ± σ (мм)	18,0 ± 11,4	14,2 ± 9,6	< 0,001
Срок разжижения эякулята, M ± σ (мин)	25,9 ± 13,5	15,2 ± 7,1	< 0,001
Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5), M ± σ (баллы)	16,6 ± 9,4	24,1 ± 11,9	< 0,001

При проведении данного исследования не было зарегистрировано ни одного случая возникновения нежелательных явлений на фоне приема препаратов «Сампрост» и «Тималин».

Перечень проблем в диагностике и лечении простатита можно продолжить. Очевидно, что сведений по нормальной и патологической физиологии простаты недостаточно, скорее всего, в связи с отсутствием информативных и достоверных методов диагностики состояния этого органа. Становится понятным, почему распространённость простатита высока и имеет тенденцию к увеличению, а эффективность лечения хронических форм оставляет желать лучшего.

Таким образом, хронический простатит – заболевание, причины которого до конца не изучены. К составлению плана обследования и лечения нужно относиться внимательно и вдумчиво. Заболевание развивается, как правило, в течение нескольких лет, поэтому лечебные мероприятия занимают длительный период времени и должны быть направлены на устранение уже известных факторов патогенеза. После ликвидации симптомов обострения больной хро-

ническим простатитом должен самостоятельно следить за своим здоровьем (профилактика рецидивов заболевания), активно участвовать в процессе выздоровления.

Заключение

● Пептидные биорегуляторы «Сампрост» и «Тималин» являются важным компонентом в комплексе лечебных мероприятий у больных хроническим абактериальным простатитом.

● Проведенное клиническое исследование показало высокую эффективность и безопасность препаратов «Сампрост» и «Тималин» при лечении больных, страдающих хроническим абактериальным простатитом, а также метафлактиники этого заболевания.

● Использование препаратов «Сампрост» и «Тималин» в нашем исследовании достоверно приводило к снижению болевого синдрома, оказывало положительное действие на расстройства акта мочеиспускания, заметно улучшало качество жизни больных, способствовало нормализации кровотока в предстательной железе и уменьшению или исчезновению отека этого органа, повышало подвижность сперматозоидов в эякуляте и улучшало половую функцию больных хроническим абактериальным простатитом.

● Клинический эффект обусловлен положительным влиянием на обменные процессы и регенерацию тканей предстательной железы, улучшением трофики простаты, нормализацией гормональной регуляции, нормализацию биохимических свойств половых желез, повышением общего жизненного тонуса.

Литература

1. Аполихин О.И. и соавт. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики// Экспериментальная урология. - 2011. - №1.- С.4-9.
2. Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, et al: Chronic Prostatitis Collaborative Research Network: Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, double-blind trial. Ann Intern Med 2004; 141:581-589.
3. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al: Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, placebo controlled trial. J Urol 2003; 169:592-596.
4. Fair WR, Cordonnier JJ: The pH of prostatic fluid: A reappraisal and therapeutic implications. J Urol 1978; 120:695-698.
5. Fair WR, Couch J, Wehner N: Prostatic antibacterial factor: Identity and significance. Urology 1976; 7:169-177.
6. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, et al: The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: Development and validation of a new outcome measure. J Urol 1999; 162:369-375.
7. Meares Jr EM: Acute and chronic prostatitis and prostatodynia. In: Fitzpatrick JM, Krane RJ, ed. The Prostate, Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989:62-75.
8. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J: Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population-based study employing the NIH-chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI). J Urol 2001; 165:842-845.
9. Rizzo M, Marchetti F, Travaglini F, et al: Prevalence, diagnosis and treatment of prostatitis in Italy: A prospective urology outpatient practice study. BJU Int 2003; 92:955-959.

Разделы выставки

- Медицинская техника, оборудование и диагностика
- Фармацевтика и парафармацевтика
- Медицинский туризм
- Медицинская и лабораторная мебель
- Расходные материалы, шовные материалы, медицинская одежда, средства ухода и гигиены
- Реабилитация, травматология, ортопедия

www.medima.ru

Организатор выставки
ИТЕ КРАСНОДАРСКОЕ

МЕТОС ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ г.НОВОСИБИРСКА НА ТОПОГРАФЕ ТОДП

Цель программы - улучшение качества и эффективности профилактических медицинских осмотров учащихся, выявление сколиоза и других деформаций позвоночника на ранних стадиях развития.

Организаторы - Минздрав и Минобрнауки Новосибирской области. Исполнители - АНО "Клиника НИИТО", учреждения здравоохранения и образования г.Новосибирска.

Обследованию подлежат учащиеся 1, 5, 7, 9, 10 (мальчики) и 11 классов всех 10-ти районов города. Ежегодно обследуется около 40 тысяч школьников двумя мобильными бригадами (по 2 медсестры в каждой) с выездом в учебные заведения. Пропускная способность одной мобильной бригады составляет до 300 человек в день.

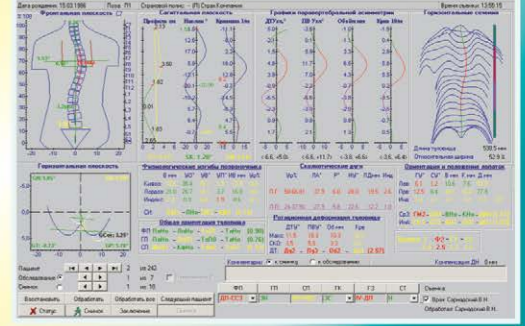
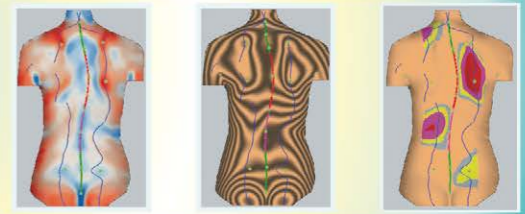
Обработка результатов с формированием индивидуальных заключений и рекомендаций производится врачами-интерпретаторами (по 2 врача на мобильную бригаду).

Источник финансирования - ТФОМС Новосибирской области. Основание - тариф МЭС №733153 "Осмотр врачом-ортопедом детей школьного возраста (в декретированные сроки) с использованием компьютерно-оптического топографа".

Накопленный 7-летний опыт показал высокую эффективность программы, и X съездом травматологов-ортопедов России она рекомендована органам управления здравоохранения субъектов РФ для внедрения на всей территории России.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 29.09.2017г. №2097-р из федерального бюджета предусмотрено софинансирование расходов по внедрению в общеобразовательных организациях системы мониторинга здоровья обучающихся, что может быть использовано для финансирования топографического скрининга на региональном уровне.

Подробная информация доступна на сайте <http://www.metos.org>, адрес для связи metos.org@gmail.com.



www.medicinavuga.ru