

Лечение больных хроническим калькулезным простатитом с применением пептидного биостимулятора Простатилен: первые результаты и перспективы

И.И. Горпинченко, В.Г. Мигов

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Показан положительный опыт применения препарата Простатилен-Биофарма в сравнительном исследовании, проведенном у 120 больных хроническим калькулезным простатитом. Установлена его высокая клиническая эффективность и переносимость.

Ключевые слова: пептидные биостимуляторы, хронический калькулезный простатит, синдром хронической тазовой боли.

Хронический простатит (ХП) является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы – ПЖ), составляя 8% амбулаторных визитов к урологу. С возрастом частота заболевания увеличивается и составляет более 30%. Влияние этого заболевания на качество жизни сопоставимо с инфарктом миокарда, стенокардией, болезнью Крона, что обуславливает также значительные психологические и социальные проблемы у больных простатитом мужчин трудоспособного возраста [1–3, 8, 9].

Следует выделять хронический инфекционный и хронический неинфекционный простатит. Неинфекционный простатит может быть как самостоятельным заболеванием, обусловленным андрогенной недостаточностью, аутоиммунными процессами, сосудистыми нарушениями, застойными явлениями, так и постинфекционной фазой хронического инфекционного простатита.

Дифференциация этих состояний является принципиально важной, поскольку определяет тактику лечения. Так, если при инфекционном простатите оправдано применение антибактериальных препаратов, то при асептическом простатите предпочтение отдают физиотерапевтическому, общеукрепляющему, симптоматическому лечению, при условии исключения антибактериальных средств [2, 5, 8].

При определении относительной частоты выявления разных форм ХП большинством специалистов было установлено, что на долю хронического бактериального простатита (ХБП) приходится 5–15% случаев заболевания, в то время как на долю воспалительного синдрома хронической тазовой боли приходится 60–65% случаев, а около 30% составляют больные с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли. Пациентов, как правило, обычно беспокоит болевой синдром, расстройство мочеиспускания и изменение характера эякуляции [2, 4–6]. Одно из самых частых осложнений хронического простатита – камни ПЖ (хронический калькулезный простатит). Диагностика калькулезного простатита до последнего времени представляла определенные сложности. Наличие кальцинатов в предстательной железе чаще всего определялось при рентгенографическом исследовании [1, 10, 11].

С появлением эхографии в корне изменилась тактика диагностики урологических заболеваний. Ультразвуковая диагностика дает возможность непосредственно визуализировать ПЖ и выявить патологические изменения в ней. Трансректальное УЗИ, дополненное доплеровским картированием, позволяет диагностировать обострение ХП. При наличии выраженных явлений фиброза и кальциноза сосудистый рисунок проявляется в виде дезорганизации нормального сосудистого рисунка с появлением беспорядочных точечных доплеровских сигналов [7, 12].

Лечение больных хроническим калькулезным простатитом должно быть комплексным с учетом всех звеньев этиологии и патогенеза заболевания. При лечении необходимо воздействовать на инфекционный агент; улучшить кровообращение ткани ПЖ; а также нормализовать иммунный и психосоматический статус пациента. Наилучший результат лечения ХП достигается только при соблюдении комплексного подхода и применении лекарственных препаратов, обладающих антибактериальным, противовоспалительным, ангиопротекторным, иммуномодулирующим действиями [2, 9, 13, 14].

В последние годы одним из многообещающих подходов к решению проблемы лечения андрологических болезней может быть использование препаратов – биорегуляторов пептидов класса цитомединов [3–5]. Эти препараты имеют свойство переносить специфическую информацию, необходимую для нормального функционирования, развития и взаимодействия клеточных популяций различных органов и систем человеческого организма [1]. Цитомедины – это низкомолекулярные пептиды пара- и аутокринной природы, которые выполняют функцию тканеспецифических внутриклеточных и межклеточных мессенджеров. Они восстанавливают нарушенные в результате патологического процесса функции тех органов и тканей, которые выполняют роль исходного материала для их получения [2].

Простатилен (prostatilen) оказывает органотропное действие на ПЖ (простапопротекторный эффект), противовоспалительное действие, уменьшая отек и лейкоцитарную инфильтрацию железы, улучшает процессы микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистый гемостаз, положительно влияет на функциональную активность сперматозоидов. Он также стимулирует активность гуморального звена иммунитета и некоторых факторов резистентности организма, влияет на тонус мышц мочевого пузыря, в том числе на тонус детрузора.

Таким образом, Простатилен не только препятствует развитию хронического воспаления, но и предотвращает эскалацию патологического фиброза, который служит ступенью к формированию калькулезных изменений в ткани ПЖ.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Результаты анкетирования до и после лечения с помощью опросника «Индекс симптомов хронического простатита» (NIH-CPSI, 1999) и опросника МИЭФ

Показатель	До лечения		1 месяц после лечения		2 месяца после лечения	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Боль	15,7±2,1	14,7±2,4	10,9±1,7*	5,8±0,9*	14,3±1,6	7,8±1,1*
Дизурия	8,6±1,9	7,8±1,6	4,3±1,2*	3,1±1,1*	5,2±1,8*	3,9±1,3*
Качество жизни	12,4±1,5	11,3±1,4	8,7±2,1	4,5±2,3*	10,1±1,3*	6,1±2,4*
Клинический индекс	36,7±1,8	33,8±1,8	23,9±1,6*	13,4±1,4*	29,6±1,6*	17,8±1,6*
МИЭФ	13,8±3,5	14,1±3,7	16,2±3,2	23,7±3,3*	13,4±3,1	21,6±3,8*

* Разница до и после лечения достоверна, $p \leq 0,05$.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения эффективности и безопасности применения препарата Простатилен-Биофарма (лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения) в схемах терапии хронического калькулезного простатита в клинике ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было проведено обследование и лечение 120 мужчин (в возрасте от 36 до 54 лет); пациенты были разделены на 2 группы: группу исследования – основную ($n=60$) и группу контроля ($n=60$). Пациентам группы исследования в схему терапии (антибактериальная, противовоспалительная, анальгетики) был включен Простатилен-Биофарма, по 20 мг внутримышечно через день на протяжении 20 дней, всего 10 инъекций на курс. Пациентам группы контроля лечение проводили по стандартной методике – антибактериальная, противовоспалительная терапия, анальгетики. Всем пациентам проводили сбор анамнеза и физикальный осмотр, определяли индекс симптомов ХП (NIH – CPSI), трансректальное и трансуретральное УЗИ ПЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании данных обследования пациентов контрольной группы и группы исследования было установлено, что до лечения индекс симптомов ХП, состоящий из боли, дизурии, влияния симптомов на качество жизни, оказался достоверно высоким, а клиническая картина соответствовала проявлению ХП.

Индекс симптомов ХП (NIH – CPSI, 1999) определяли по результатам анкеты, которую заполняли пациенты обеих

групп при первом визите и через 2 мес после проведенного лечения (таблица).

Данные таблицы свидетельствуют о достоверных изменениях индекса симптомов в обеих группах, подтверждающих эффективность лечения ХП. При сравнении показателей контрольной и основной групп более выраженная положительная динамика отмечена в группе пациентов, которые дополнительно получали препарат Простатилен-Биофарма.

При трансуретральном УЗИ органов малого таза выявлено значительное уменьшение объема ПЖ (в среднем на $5,3 \pm 1,2$ см³) у пациентов, получающих наряду со стандартным лечением препарат Простатилен-Биофарма, чего не отмечено в контрольной группе. Это объясняется тем, что препарат восстанавливает кровообращение в ПЖ, оказывает корректирующее влияние на систему гемостаза и иммунитет, оказывает выраженное положительное воздействие на все основные симптомы болезни и улучшает подвижность сперматозоидов.

Данные ТРУЗИ, полученные в ходе исследования, продемонстрировали более выраженные изменения эхографических параметров паренхимы ПЖ в виде нормализации эхоструктуры, уменьшения размеров ПЖ и семенных пузырьков.

Но наиболее значимыми, на наш взгляд, показателями эффективности препарата Простатилен-Биофарма в комплексном лечении хронического калькулезного простатита стали результаты ТРУЗИ, проведенного пациентам обеих групп через полгода после окончания курса лечения.

До лечения у 34 (56,6%) больных основной группы в ткани ПЖ наблюдались отдельные очаги фиброза и единичные или множественные мелкие конкременты размерами до 3 мм (эхографическая картина «звездного неба»), а у 26 (43,3%)



Рис. 1. Распределение пациентов основной группы (%), исходя из наличия конкрементов разных размеров, до лечения и через 6 мес после лечения в сравнении с показателями контрольной группы, $p \leq 0,05$



Рис. 2. Распределение пациентов контрольной группы (%), исходя из наличия конкрементов разных размеров, до лечения и через 6 мес после лечения



Рис. 3. Ультрасонографическая картина ПЖ пациента К., до лечения (А) и через 6 мес после лечения (В), контрольная группа. Парауретральный конкремент увеличился в размерах, что потребовало дальнейшего назначения ударноволновой терапии

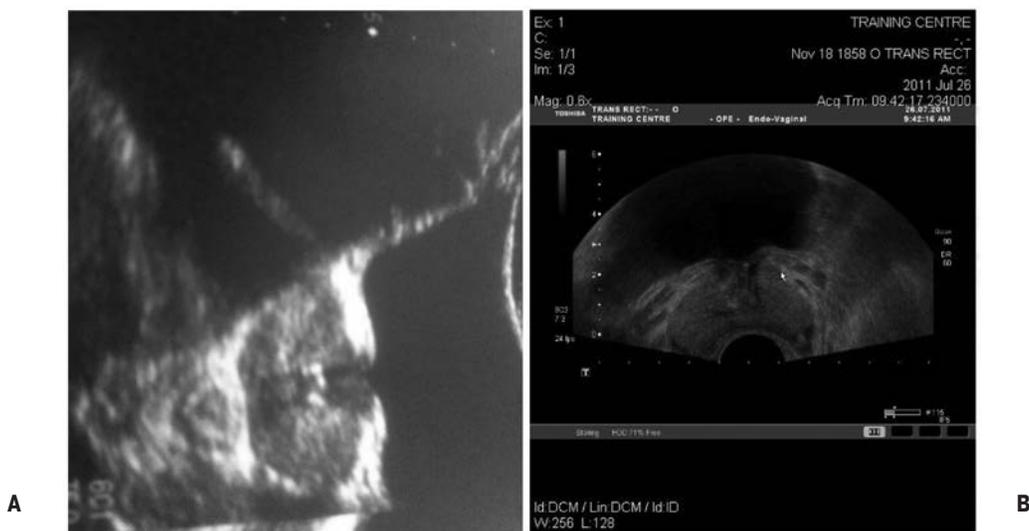


Рис. 4. Ультрасонографическая картина ПЖ пациента Д., до лечения (А) и через 6 мес после лечения (В), основная группа. Размеры и количество конкрементов не увеличилось

больных были обнаружены один или несколько относительно крупных, от 3 до 5 мм, парауретральных или собственно простатических конкрементов.

В референтной группе очаги фиброза и мелкие конкременты были выявлены у 39 (65,0%) пациентов, крупные у 21 (35,0%) пациента.

Через 6 мес после курса лечения всем больным было проведено контрольное ТРУЗИ. В основной группе только у 1 пациента парауретральный конкремент увеличился в размерах с 2 до 5 мм. У всех остальных пациентов не возникло ни увеличения размеров конкрементов, ни их количества. Важно отметить, что ни у одного из пациентов основной группы на месте фиброзных очагов новые конкременты не сформировались. В контрольной группе через полгода у 9 мужчин среди уже существующих мелких конкрементов были обнаружены единичные крупные конкременты более 3 мм. У 16 пациентов на фоне фиброзных очагов образовались единичные или множественные отложения повышенной экзогенности, а у 8 больных относительно большие единичные конкременты увеличились в размерах с 3–4 мм до 5–6 мм (рис. 1–4).

Эти данные раскрывают суть основных эффектов препарата Простатилен-Биофарма. Препарат воздействует на три ключевых звена порочного круга формирования фиброзных и калькулезных элементов в ткани ПЖ: уменьшает объем

очага воспаления, ингибирует рост избыточного коллагена на месте этого воспаления, предотвращает накопление и агрегацию микродисперсных частиц в фиброзных участках. В результате сформированные фиброзные и калькулезные элементы локализуются и не увеличиваются, а на месте уже существующих фиброзных элементов не формируются конкременты.

За время проведенного исследования у подавляющего большинства пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных явлений и аллергических реакций.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты позволяют оценить препарат Простатилен-Биофарма как высокоэффективное лекарственное средство для лечения больных хроническим калькулезным простатитом.
2. Противоотечное, улучшающее микроциркуляцию в ткани предстательной железы действие препарата Простатилен-Биофарма подтверждено данными ТРУЗИ, наблюдались уменьшение объема предстательной железы и семенных пузырьков, нормализация экзогенности.
3. После применения препарата Простатилен-Биофарма пациенты отмечают исчезновение или существенное ослаб-

ление интенсивности хронической тазовой боли, улучшает общее состояние больных.

4. Простатилен-Биофарма продемонстрировал не только выраженное противовоспалительное действие, но и способность тормозить образование конкрементов в ткани предстательной железы.

Лікування хворих на хронічний калькульозний простатит із застосуванням пептидного біостимулятора Простатилен: перші результати та перспективи

I.I. Горпинченко, В.Г. Мігов

Наведено позитивний досвід застосування препарату Простатилен-Биофарма у порівняльному дослідженні, проведеному у

120 хворих на хронічний калькульозний простатит. Встановлена його висока клінічна ефективність, препарат добре переноситься.

Ключові слова: : пептидні біостимулятори, хронічний калькульозний простатит, синдром хронічного тазого болю.

Treatment of patients with chronic calculous prostatitis using peptide biostimulator Prostatilen: first results and prospects

I.I. Gorpynchenko, V.G. Migov

Shows the positive experience of application of a preparation Prostatilen-Biopharma in a comparative study conducted in 120 patients with chronic calculous prostatitis. A high clinical efficacy and tolerability.

Key words: peptide bio-stimulants, chronic calculous prostatitis, syndrome of chronic pelvic pain.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9 А. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Мигов Виталий Григорьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9 А; тел.: 063-425-99-99.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И., Исаков В.Л. Новые методы и аппараты для лечения хронического простатита и эректильной дисфункции //Здоровье мужчины. – 2004, 3 (10). – С. 86–190.
2. Пасечников С.П. Фитотерапевтические препараты в лечении пациентов с ДГПЖ и хроническим простатитом. //Здоровье Украины. – 2008, № 19. – С. 29.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии /Под. ред Н.А. Лопаткина; 1998. – Т. 2. – С. 393–440.
4. Семенов А.В. Особенности лечения больных при невоспалительном синдроме хронической тазовой боли /А.В. Семенов// Материалы Всероссийского конгресса «Мужское здоровье», М., 2003. – С. 48–49.
5. Серегин С.П. К вопросу о патогенезе хронического простатита /С.П. Серегин, С.Я. Долженков, В.В. Пахомов, А.В. Новиков// Андрология и генитальная хирургия, 2000. – № 1. – С. 104–105.
6. Мавров И.И. Половые болезни: энциклопедический справочник. /И.И. Мавров; К.: Украинская энциклопедия; АСТ-Пресс. – 1994. – С. 253–382.
7. Богданова Е.О. Возможности эхографии в диагностике хронических простатитов /Е.О. Богданова, Т.А. Голымбиевская// Актуальн. вопросы урологии и андрологии. – СПб., 2001. – С. 61–62.
8. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. Рациональная фармакотерапия в урологии. – М., 2006: 818.
9. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита. – Русский медицинский журнал. – М., 2003. – Т. 11, № 4. – С. 24–29.
10. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008;31(suppl 1):S85–S90.
11. Pontari MA, Joyce GF, Wise M, McNaughton-Collins M; Urologic Diseases in America Project. Prostatitis. J Urol. 2007; 177(6): 2050–2057.
12. Nickel JC. Recommendations for the evaluation of patients with prostatitis. World J Urol. 2003; 21(2): 75–81.
13. Nickel JC, Berger R, Pontari M. Changing paradigms for chronic pelvic pain: a report from The Chronic Pelvic Pain/Chronic Prostatitis Scientific Workshop, October 19–21, 2005, Baltimore, MD. Rev Urol. 2006;8: 28–35.
14. Dimitrakov JD, Kaplan SA, Kroenke K, Jackson JL, Freeman MR. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an evidence-based approach. Urology. 2006; 67:881–8.

Статья поступила в редакцию 30.05.2013