

Нові можливості в терапії хворих на хронічний бактеріальний простатит, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям

Є.А. Литвинець, О.П. Сандурський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Проведено лікування 60 чоловіків, хворих на хронічний бактеріальний простатит і екскреторно-токсичне безпліддя. Із них у 46 (76,7%) пацієнтів були діагностовані інфекції, що передаються статевим шляхом. Хворі були поділені на дві групи. Після проведеного контролю через 1 міс після закінчення курсу лікування кращі результати спостерігали у пацієнтів II групи, які у комплексному лікуванні отримували препарат Трібестан (*Tribulus terrestris*) та супозиторії Дистрептаза, зокрема, хламідії не виявлені в жодного хворого. Видужання констатовано у 93,3% пацієнтів, а у пацієнтів I групи, які отримували стандартну терапію, видужання вдалося досягти тільки у 70,0% хворих. Також у хворих II групи значно покращилися показники спермограми.

Ключові слова: хронічний простатит, азитроміцин, Трібестан, Дистрептаза, безпліддя, лікування.

Проблема хронічного простатиту, незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні, продовжує залишатись актуальною. На сьогодні стійка ремісія захворювання настає тільки у 30–35% хворих, які отримують традиційне лікування [2, 6, 9, 10]. Питання своєчасної діагностики уражень передміхурової залози (ПЗ) у останні десятиліття набувають особливої гостроти, що зумовлено зростанням захворюваності на хронічний простатит серед чоловіків молодого і середнього віку, що призводить до зниження їхньої копулятивної та репродуктивної функцій [1, 10]. За даними І.Ф. Юнди, А.В. Люлька, хронічний простатит із супутнім ураженням інших додаткових статевих залоз, зокрема: сім'яних міхурців (везикуліт), придатків яєчок (епідидиміт), яєчок (орхіт), у 40–50% хворих чоловіків є причиною безплідного шлюбу [1].

Виникнення запальних уражень репродуктивного тракту у чоловіків зумовлено інфікуванням сечостатевих шляхів низкою патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Значення інфекційних агентів (хламідій, гонококків, мікоплазм, уреоплазм, трихомонад, гарднерел, грибів роду *Candida* та деяких інших) у виникненні урогенітальної інфекції досліджено досить детально. Разом із тим, дослідження останніх років свідчать про зростання числа змішаних (мікст-інфекційних) уражень сечостатевого тракту, що сприяє зміні характеру їхнього клінічного перебігу і збільшенню чисельності різнопланових ускладнень [3, 5, 9].

За даними статистики, кожна п'ята подружня пара виявляється безплідною. Приблизно 45% випадків припадає на чоловіче безпліддя, 40% – на жіноче, ще 15% – на змішане. Однією з найбільш частих причин порушення фертильності є урогенітальні інфекції, які призводять до екскреторно-токсичного безпліддя. За даними літератури, до 40% інфекції нижнього відділу сечовивідних шляхів спричинює *Chlamydia trachomatis* [3–6]. За даними ВООЗ

хламідійний уретрит у чоловіків виникає більше ніж у 60% після випадкових статевих стосунків. Нові наукові дані підтверджують роль хламідій у формуванні хронічного простатиту. Так, під час обстеження хворих з хламідійною інфекцією ознаки простатиту виявляють більше ніж у 46% хворих. У 15,7% пацієнтів разом з хламідійним простатитом виявляють везикуліт [1, 5, 12]. Урогенітальна хламідійна інфекція дає ускладнення у 37–51% випадків. Хламідії є причиною безпліддя більше ніж у половини чоловіків [8]. Є відомості, що хламідії можуть щільно прикріплюватися до зовнішньої мембрани сперматозоїдів у ділянці головки, шийки і проксимального відділу хвоста. Тісний контакт хламідій з акросомою статевої клітини призводить до морфологічних змін останньої. Також доведена можливість проникнення елементарних тілець хламідій в цитоплазму сперматозоїдів у місцях локального розриву зовнішньої мембрани. Крім цього, хламідії спричинюють розвиток епідидиміту, орхіту та обструкції сім'яносних проток. Незважаючи на вивчення урогенітального хламідіозу та застосування для лікування хворих високо-ефективних препаратів, рецидиви інфекції спостерігаються в 10–45% випадків [3, 9, 11]. Тому проблема лікування хворих на хронічний простатит надзвичайно актуальна, особливо, коли він ускладнений безпліддям.

Мета дослідження: вивчення ефективності та безпечності використання препаратів Трібестан (*Tribulus terrestris*), виробник «Sopharma» PLC, Болгарія, та супозиторіїв стрептокінази 15 000 МО/стрептодорнази 1250 МО при лікуванні хворих на хронічний простатит, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проведено обстеження та лікування 60 хворих на хронічний бактеріальний простатит, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям. Хворі були розділені на дві групи. Перша (I) група (30 пацієнтів) отримувала комплексну терапію з використанням антибіотика азитроміцину, друга (II) група (30 пацієнтів) в комплексній терапії отримувала азитроміцин – препарат Трібестан (*Tribulus terrestris*), супозиторії стрептокінази 15 000 МО/стрептодорнази 1250 МО в запропонованих нами дозах.

Азитроміцин відноситься до класу макролідів і за хімічною будовою близький до еритроміцину. Препарат виявляє антибактеріальну активність з допомогою пригнічення синтезу протеїну, зв'язуючи його 50S-рибосомальною підгрупою.

Призначали азитроміцин за схемою: 1 г на вживання – 1-у добу; 500 мг на вживання на 2-у і 3-ю добу та по 1 г на 8-у та 15-у добу – всередину. Усього на курс 4 г.

Препарат Трібестан (*Tribulus terrestris*) виробник «Sopharma» PLC, Болгарія, призначали в дозі 500 мг (2 таблетки) тричі на добу після їди 1 міс. Препарат природного

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Показники спермограми у хворих на хронічний бактеріальний простатит та екскреторно-токсичне безпліддя в процесі лікування

Показники	I група		II група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Об'єм, мл	3,39±0,24	4,15±0,18	3,36±0,16	4,84±0,32
Концентрація в 1мл	30,96±3,68	39,42±3,94*	29,64±3,24	42,84±4,46*
Рухливість	21,84±2,58	32,45±3,27*	20,56±2,16	45,28±4,76*
Кількість живих сперматозоїдів	31,68±3,52	41,56±3,98*	30,72±3,18	48,86±4,52*
Патологічні форми	72,52±6,38	48,62±4,18*	73,14±6,86	40,58±3,92*
Лейкоцити	59,42±5,42	6,32±0,64*	61,82±5,86	4,12±0,16*

Примітка: * – різниця достовірна по відношенню між групами (p<0,05).

походження, отриманий за оригінальною технологією з надземної частини рослини *tribulus Terrestris L.*, який містить переважно стероїдні сапоніни фуростанолового типу. Чинить загальногнотонізуючу дію, стимулює деякі функції статевий системи. У чоловіків відновлює і поліплює *libido sexualis*, подовжує час ерекції. Виявляє стимулювальний вплив на сперматогенез завдяки тому, що збільшує кількість сперматозоїдів та їхню рухливість.

Супозиторії стрептокінази 15 000 МО/стрептодорнази 1250 МО призначали за схемою по 1 свічці 2 рази на добу ректально 3 дні, потім по 1 свічці 1 раз на добу ще протягом 9 днів.

Препарат містить дві активні субстанції: стрептокіназу і стрептодорназу. Стрептокіназа є активатором проензиму плазміногену, що міститься в крові людини і під впливом стрептокінази перетворюється на плазмін, який має властивість розчиняти згустки крові. Стрептодорназа є ензимом, який має здатність розчиняти липкі маси нуклеопроїнів, мертвих клітин або гною, не впливаючи при цьому на живі клітини і їхні фізіологічні функції. Препарат полегшує потрапляння антибіотиків або хімотерапевтичних засобів до вогнища запалення.

Також хворі одержували імуностимулюючу, протизапальну, системну ензимотерапію, гепатопротектори та фізіотерапевтичне лікування. Контроль лікування хламідійної інфекції проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) через 1 міс після закінчення терапії. Ефективність лікування оцінювали на основі таких критеріїв: видужання – повне зникнення симптомів, від'ємні результати ПЛР; покращення – неповне зникнення симптомів, від'ємні результати ПЛР; відсутність ефекту – наявність симптомів захворювання, позитивні результати ПЛР.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі хворі чоловічої статі були у віці від 18 до 38 років (середній вік 28,6±2,1 року). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження ПЗ, простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Також проводили анкетування під час звернення та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінювання симптомів при захворюваннях ПЗ.

Хламідійна та інші інфекції діагностовані за допомогою ПЛР та імуноферментного аналізу (ІФА). Оцінювання еякуляту проводили відповідно до стандартів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я.

У 46 (76,7%) пацієнтів були діагностовані інфекції, що передаються статевим шляхом. Зокрема, у 18 (30,0%)

пацієнтів було виявлено хламідії, у 12 (20,0%) пацієнтів хламідії та уреоплазми, у 9 (15,0%) – хламідії поєднувалися з мікоплазмами і у 7 (11,7%) була комбінація трьох інфекцій.

При клінічному обстеженні найбільш характерними були скарги на неприємні відчуття в сечівнику, виділення з сечівника слизисто-гнійного та слизистого характеру, найчастіше зранку, незначний невизначений біль в ділянці промежини, калитки, паховий та крижовий ділянках, внизу живота. Дизуричні розлади, такі, як почашене сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, виявлено у 42% хворих.

Через 1 міс під час аналізу результатів лікування серед пацієнтів I групи хламідії виявлені у 2 хворих, видужання констатовано у 21 (70,0%) пацієнта, у 7 (23,3) відзначено покращення, тобто наявні від'ємні результати ПЛР, але залишилися помірні симптоми простатиту. У хворих II групи хламідії та інші інфекції не виявлені в жодного пацієнта, видужання констатовано у 28 (93,3%) пацієнтів і у 2 (6,7%) – покращення.

Дані таблиці свідчать про достатньо виражену тенденцію до збільшення об'єму еякуляту, особливо у пацієнтів II групи, які отримували препарат Трібестан та супозиторії Дистрептаза. Також у всіх пацієнтів після проведеного курсу лікування достовірно збільшилася кількість сперматозоїдів в одному мілілітрі (концентрація), але у II групі хворих цей показник значно кращий, що свідчить про помітний деконгестивний ефект призначених препаратів. Відсотковий вміст активно рухливих та живих сперматозоїдів також достовірно підвищився, але знову цей показник значно кращий у пацієнтів II групи. При дослідженні піоспермії відзначена нормалізація даного показника. Так, у пацієнтів I групи кількість лейкоцитів до лікування складала 59,4±5,4, а після лікування зменшилась до 6,3±0,6, а у II групі до лікування констатовано кількість лейкоцитів 61,8±5,8 і після лікування отримано 4,1±0,1.

Побічної дії при застосуванні азитроміцину, Трібестану та стрептокінази 15 000 МО/стрептодорнази 1250 МО не виявлено, лише у 2 пацієнтів спостерігалась легка нудота і у 1 пацієнта виявлено незначну діарею, які самостійно зникли.

ВИСНОВКИ

Таким чином, призначення препарату Трібестан, супозиторіїв стрептокінази 15 000 МО/стрептодорнази 1250 МО в комплексі з азитроміцином хворим на хронічний бактеріальний простатит, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям, дозволяє підвищити ефективність лікування і може бути рекомендовано для широкого застосування.

Новые возможности в терапии больных хроническим бактериальным простатитом, осложненным экскреторно-токсическим бесплодием

Е.А. Литвинец, О.П. Сандурский

Проведено лечение 60 мужчин с хроническим бактериальным простатитом, осложненным экскреторно-токсическим бесплодием. У 46 (76,7%) пациентов были диагностированы инфекции, передающиеся половым путем. Больные были разделены на две группы. После проведенного контроля через 1 мес после окончания курса лечения лучшие результаты наблюдали у пациентов II группы, которые в комплексном лечении получали препарат Трибестан (*Tribulus terrestris*) и суппозитории Дистрептаза, в частности хламидии не обнаружены ни у одного больного, выздоровление констатировано у 93,3% пациентов, а у пациентов I группы, которые получали стандартную терапию, выздоровления удалось достичь только у 70,0% больных. Также у больных II группы наблюдали значительное улучшение показателей спермограммы.

Ключевые слова: хронический простатит, азитромицин, Трибестан, Дистрептаза, бесплодие, лечение.

The new possibility in the treatment of patients with the chronic bacterial prostatitis and excretory-toxic infertility

E.A. Lytvynets, O.P. Sandursky

The problem of chronic prostatitis, despite the progress made in the diagnosis and treatment, continues to be relevant. Today persistent remission of the disease occurs only among 30–35% of patients receiving the conventional treatment. Therefore the problem of treatment of chronic prostatitis is extremely important especially when it is complicated by infertility.

The aim of our study was to investigate the efficacy and safety of using the medications Tribestan (*Tribulus terrestris*) and Distreptaza suppositories in the treatment of patients with chronic prostatitis complicated by excretory-toxic infertility.

It was treated 60 men with chronic bacterial prostatitis and excretory-toxic infertility. In 46 (76,7%) patients were diagnosed sexually transmitted infections. Patients were divided into II groups. Thus, the analysis of treatment out comes at 1 month in patients of Group I chlamydia detected in 2 patients, recovery stated in 70,0% patients, but remained moderate symptoms of prostatitis. In the second group, chlamydia and other infections were not detected in any patient, recovery stated in 28 (93,3%) patients and in 2 (6,7%) – improvement. In all patients after a course of treatment significantly increased the number of sperm in a milliliter (concentration), but in the second group of patients, a rate is significantly better.

Key words: chronic prostatitis, azitromycin, tribestan, infertility, treatment.

Сведения об авторах

Литвинец Евгений Антонович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2. E-mail: doclitvinets@rambler.ru

Сандурский Олег Петрович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возіанов О.Ф. Етіологія та патогенез чоловічої неплідності / О.Ф. Возіанов, І.І. Горпинченко, І.Н. Малишко // Сексологія и андрологія. – К., 1998. – Вип. 4. – С. 3–5.
2. Горпинченко И.И. Применение препарата Трибестан в андрологической практике / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. – 2010. – № 1. – С. 28–32.
3. Горпинченко И.И. Хламидиоз в урологической и андрологической практике: Методические рекомендации / И.И. Горпинченко, С.М. Гибнер. – К, 2000. – 19 с.
4. Горпинченко И.И. Применение препарата Зиман в комплексном лечении больных экскреторно-токсическим бесплодием / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. – 2004. – № 1. – С. 121–124.
5. Горпинченко И.И. Препарат Фромил в комплексной терапии хронического урогенитального хламидиоза / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. – 2004. – № 3. – С. 122–125.
6. Горпинченко И.И. Использование ломефлоксацина в комплексном лечении хронического простатита у мужчин, осложненного экскреторно-токсическим бесплодием / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. – 2004. – № 1. – С. 121–124.
7. Гурженко Ю.Н. Применение Неопроста в комплексном лечении больных экскреторно-токсическим бесплодием / Ю.Н. Гурженко К.Р. Нуриманов // Здоровье мужчины. – 2004. – № 3. – С. 114–116.
8. Добровольская Л.И. Роль хламидийной и смешаной инфекций в патогенезе мужского бесплодия / Л.И. Добровольская, В.А. Гусейнов // Здоровье мужчины. – 2003. – № 3. – С. 111–115.
9. Мавров И.И. Половые болезни / Мавров И.И. – К.: Укр. энцикл., М.: АСТ-Пресс, 1994. – С. 219–244.
10. Молочков В.А. Хронический уретрогенный простатит / В.А. Молочков, И.И. Ильин – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
11. Пасечников С.П. Клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Трибестан в лечении эректильной дисфункции / С.П. Пасечников, О.Д. Никитин // Здоров'я України. – 2008. – № 4. – С. 50–51.
12. Ghobich A. Voiding dysfunction associated with chronic bacterial prostatitis / A. Ghobich // Eur. Urol. – 2002. – № 42. – P. 159–162.

Статья поступила в редакцию 24.10.2013