

Опыт использования препарата Леволет у больных хроническим уретропростатитом

И.И. Горпинченко¹, Ю.Н. Гурженко¹, В.В. Спиридоненко²

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Проведена оценка эффективности использования антибактериального препарата группы фторхинолонов Леволет производства фирмы «Dr. Reddys» у 138 больных с хроническим уретропростатитом. Установлена его высокая эффективность (90,1–94,4%). Препарат хорошо переносится и обладает минимальными побочными эффектами (5,1%).

Ключевые слова: Леволет, левофлоксацин, хронический уретропростатит, лечение.

Неспецифический простатит является актуальной проблемой современной урологии и андрологии, ввиду широкой распространенности заболевания, длительного течения и развития осложнений со стороны мочеполовых органов.

Принципы лечения хронических простатитов у мужчин: устранение факторов, способствующих и усугубляющих течение простатита (патогенетическое воздействие); проведение этиотропного лечения; купирование осложнений и последствие простатита; предупреждение обострения путем превентивных курсов лечения и проведение общих лечебных мероприятий [1].

Лечение хронического неспецифического простатита является длительным и требует применения курса антибактериальных, десенсибилизирующих, стимулирующих и диуретических средств в сочетании с физиотерапевтическими методами

Физиотерапию применяют в целях оказания противовоспалительного, обезболивающего действия и ликвидации очага воспаления в слизистой оболочке и подслизистом слое мочеиспускательного канала, а также в предстательной железе, повышения общей реактивности организма, усиления оттока и активизации репаративной реакции в очаге воспаления, санации очагов инфекции в подлежащих органах, профилактики осложнений уретрита. Из физических методов лечения показаны: УВЧ-терапия или микроволновая терапия, магнитотерапия, лазеротерапия.

Лечение хронических воспалительных заболеваний органов мужской половой сферы остается до настоящего времени довольно сложным вопросом [1–4]. Фармакология с каждым годом создает и изучает множество препаратов, которые отличаются различной степенью эффективности и безопасностью [1–8].

Большое внимание привлекают антибактериальные препараты новых поколений, к которым микроорганизмы еще не успели выработать факторы резистентности и которые обладают необходимым профилем безопасности. К подобного рода лекарственным средствам относится один из антибактериальных препаратов группы фторхинолонов, являющийся «золотым стандартом» для лечения этой патологии – левофлоксацин, выпускаемый фирмой «Dr Reddy's Laboratory's Ltd» (Индия) под названием Леволет.

По химической структуре Леволет является фторхинолоном III поколения и представляет собой оптически активный левовращающий изомер офлоксацина. Левофлок-

сацин характеризуется в 2 раза большей активностью, чем офлоксацин.

Преимущества и свойства левофлоксацина: абсолютная (практически 100%) биодоступность, высокая клиническая эффективность, широкие показания к применению, устойчивость молекулы к трансформации в организме, достаточно хорошая переносимость, отсутствие взаимодействия с препаратами других фармакологических групп, наличие двух лекарственных форм – пероральной и инъекционной.

Фармакодинамика

Левофлоксацин характеризуется широким спектром антибактериального действия. Бактерицидный эффект обеспечивается вследствие угнетения левофлоксацином бактериального фермента ДНК-гиразы, который принадлежит к топомеразам 2-го типа. Результатом такого угнетения является невозможность перехода бактериальной ДНК из состояния «релаксации» в «сверхскрученное» состояние, что в свою очередь, делает невозможным дальнейшее размножение бактериальных клеток. Спектр активности левофлоксацина включает грампозитивные и грамотрицательные бактерии вместе с неферментирующими бактериями.

Препарат активен в отношении широкого спектра микроорганизмов: грамположительные аэробы – *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus methi-s*, *Staphylococcus haemolyticus methi-s*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococci group C, G*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae peni-I/S/R*, *Streptococcus pyogenes*; грамотрицательные аэробы – *Acinetobacter baumannii*, *Citrobacter freundii*, *Eikenella corrodens*, *Enterobacter agglomerans*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae ampi-s/R*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis b+/b-*, *Morganella morganii*, *Pasteurella multocida*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Providencia rettgeri*, *Providencia stuartii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*; анаэробы – *Bacteroides fragilis*, *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus*; другие – *Clamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma, H. pylori*. Как и другие фторхинолоны, левофлоксацин неактивен в отношении спирохет.

Фармакокинетика

Всасывание.

Используемый перорально левофлоксацин быстро и практически полностью всасывается с пиком концентрации в плазме крови, которая наблюдается через 1 ч после приема. Абсолютная биодоступность – практически 100%. Левофлоксацин подпадает под линейную фармакокинетику в диапазоне 50–600 мг. Прием пищи незначительно влияет на его всасывание.

Распределение.

Приблизительно 30–40% левофлоксацина связывается с протеином сыворотки крови. Кумуляционный эффект левофлоксацина при дозировании 500 мг 1 раз в сутки не имеет клинического значения и его можно не брать во внимание. Существует незначительная, но предвиденная его кумуляция при дозировании 500 мг 2 раза в сутки. Стабильные показатели распределения достигаются на протяжении 3 сут.

Распределение в ткани предстательной железы (ПЖ). После перорального приема левофлоксацина в дозе 500 мг в сутки соотношение концентрации в ткани ПЖ и плазме крови составляет 1,84.

Левофлоксацин метаболизируется незначительно, выводится с мочой.

После перорального введения левофлоксацин выводится из плазмы крови относительно медленно. Период $T_{1/2}$ составляет до 6–8 ч. До 85% дозы выводится почками.

Фармакокинетика левофлоксацина при пероральном и внутривенном введении существенно не отличается.

Противопоказания для применения препарата Леволет: повышенная чувствительность к левофлоксацину или другим фторхинолонам, эпилепсия, наличие в анамнезе побочных реакций со стороны опорно-двигательного аппарата при применении фторхинолонов, период беременности и кормления грудью, возраст до 18 лет.

Рекомендуемые дозы и режимы дозирования. Стандартными при хроническом бактериальном простатите являются дозы препарата Леволет 500 мг, принимаемые внутрь каждые 24 ч в соответствии с показаниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» изучали клиническую эффективность препарата Леволет производства фирмы «Dr. Reddys». Обследованы в динамике 138 пациентов с хроническим неспецифическим простатитом (ХНП). Возраст больных 21–43 года. Средний возраст пациентов составил $32,2 \pm 1,7$ года. Продолжительность заболевания – от 1 до 36 мес.

Клиническая симптоматика у больных ХНП отличалась разнообразием: болевой синдром – у 87 (63,4%), нарушения мочеиспускания – у 71 (51,4%), нарушения половой функции (преждевременная эякуляция) – у 43 (31,2%).

При объективном обследовании больных, в частности при ректальном исследовании ПЖ, болезненность определена у 138 пациентов (100%); неоднородность структуры железы – у 112 (81,2%) больных; в 47 наблюдениях (34,1%) пальпировались расширенные и болезненные семенные пузырьки. Также проводили мониторинг общего состояния больных, общий анализ мочи в 2 порциях, по показаниям УЗИ.

Леволет назначали в дозе 500 мг 1 раз в день на протяжении 10 дней.

Досвід використання препарату Леволет у хворих на хронічний уретропростатит
I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко,
В.В. Спирідоненко

Проведено оцінювання ефективності використання антибактеріального препарату групи фторхінолонів Леволет виробництва фірми «Dr. Reddys» у 138 хворих із хронічним уретропростатитом. Установлено його висока ефективність (90,1–94,4%). Препарат добре переноситься і виявляє мінімальні побічні ефекти (5,1%).

Ключові слова: Леволет, левофлоксацин, хронічний уретропростатит, лікування.

Кроме Леволета в комплексное лечение больным ХНП с целью коррекции иммунного статуса и улучшения проникновения антибиотика в зону воспаления назначали иммуномодуляторы, симптоматическое лечение, физиотерапевтическое лечение (магнитно-импульсная, виброакустическая, пневмовибромассаж, гипертермия ПЖ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применение комплексной терапии, включающей этиопатогенетическое лечение Леволетом, обеспечило быстрый клинический эффект. Болевые ощущения ликвидированы у 82 (93,2%) из 87 обследованных, дизурические явления купированы у 67 (94,4%) из 71 больного; преждевременная эякуляция купирована у 39 (90,1%) из 43 больных.

Мониторинг лабораторных исследований проводили через 2 нед после окончания терапии. Средняя лейкоцитарная реакция секрета ПЖ до лечения составила $86,4 \pm 6,1$ лейкоцита в поле зрения; а после – $5,2 \pm 0,8$ лейкоцита в поле зрения ($p < 0,05$).

Бактериологическое исследование выделений проводили у всех 138 пациентов. Ретроспективный анализ показал наличие неспецифической микрофлоры у 126 (91,3%) больных: *Escherichia coli* была обнаружена у 92 (73,0%); *Staphylococcus saprophyticus* – у 41 (32,5%) пациента; *Staphylococcus epidermidis* – у 36 (28,6%); *Enterococcus faecalis* – у 26 (20,6%); *Streptococcus faecalis* – у 29 (23,0%); *Staphylococcus aureus* – у 17 (13,5%); *Streptococcus pyogenes* – у 11 (8,7%) пациентов. После лечения у 3 (2,3%) пациентов выселили *Escherichia coli*.

В течение всего курса лечения препарат Леволет отличался относительно хорошей переносимостью. Только у 7 из 138 пациентов (5,1%) отмечали незначительные побочные явления в виде тошноты (5 больных), головной боли (2 больных). Следует отметить, что эти явления были незначительными. Ни одному из пациентов не потребовалось проведения специального лечения в связи с приведенными выше побочными реакциями, и ни один из них не отказался от проводимой терапии. Не зафиксировано ни одного случая фототоксичности, характерной для препаратов группы фторхинолонов.

ВЫВОДЫ

1. Леволет по своим свойствам является эффективным при лечении больных хроническим простатитом. Его эффективность в отношении симптомов заболевания составляет 90,1–94,4%.
2. Длительность пребывания препарата в организме делает возможным его прием 1 раз в сутки.
3. Левофлоксацин хорошо переносится больными и обладает минимальными побочными эффектами (отмечены у 5,1% включенных пациентов), что свидетельствует о терапевтической ценности препарата Леволет.
4. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Леволет для комплексного лечения хронических простатитов у мужчин.

Use of preparation Levolet at patients with the chronic uretroprostatitis
I.I. Gorpynchenko, I.M. Gurzhenko,
V.V. Spyridonenko

The estimation of efficiency of using of antibacterial preparation of group fторchinolon Levoletic manufactures of firm «Dr. Reddys» at 138 patients with a chronic uretroprostatitis is lead. Its high efficiency (90,1–94,4%) is established. The preparation is well transferred and possesses the minimal by-effects (5,1%).

Key words: Levolet (levofloxacin), chronic uretroprostatitis, treatment.

Сведения об авторах

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

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а.
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Спирidonенко Владимир Владимирович – ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 91050, г. Луганск, квартал 50-летия обороны Луганска, 1г; тел.: (0642) 63-02-63

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сексологія і андрологія / Під ред. акад. О.Ф. Возіанова та проф. І.І. Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996.
2. Проскура О.В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии/ Под ред. А.Я. Пытеля. – М., 1970. – С. 193–208.
3. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания моче-половых органов. – Ленинград. – 1984.
4. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. – М., 1980.
5. Lubasch A., Keller I., Borner K., Koeppel P., Lode H. Comparative pharmacokinetics of ciprofloxacin, gatifloxacin, grepafloxacin, levofloxacin, trovafloxacin and moxifloxacin after single oral administration in healthy volunteers. *Antimicrob Agents Chemother* 2000;44: 2600–3.
6. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин, 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1993. – 256 с.
7. Мавров И.И., Бухарович В.Г., Глухенький Б.Т. и др. Контактные инфекции, передающиеся половым путем/ Под ред. И.И. Маврова. – К.: Здоров'я, 1989. – 230 с.
8. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селисский Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. – М.: Медицина, 1985. – 284 с.

Статья поступила в редакцию 17.03.2015