

Застосування імуномодулюючої терапії в комплексному лікуванні хламідійного простатиту

В.В. Дмитрієнко, Ю.О. Мицик, О.О. Строй

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Питання лікування хронічного простатиту (ХП) набуває все більшої актуальності завдяки значному поширенню даного захворювання за останнє десятиріччя. ХП є одним із найбільш частих і серйозних ускладнень, що виникає після перенесених венеричних захворювань. Хронічний простатит має досить складний етіопатогенез та нерідко носить латентний характер перебігу, внаслідок чого нерідко призводить до таких наслідків, як зниження потенції, порушення фертильності [3].

Незважаючи на значні досягнення у діагностиці ХП, значна кількість випадків цього захворювання залишається не діагностованими, що призводить до виявлення патології на пізніх стадіях, коли в тканинах передміхурової залози вже розвинулися незворотні процеси, такі як склерозування, простатолітиаз та які підтримують запальний процес та збільшують застійні явища [3, 4].

Найчастіше хворі на хронічний простатит скаржаться на наявність симптомів нижніх сечових шляхів (НСШ), таких як імперативні позиви до сечовипускання, виникнення різноманітних неприємних відчуттів над лобком, в ділянці промежини, уретри тощо. За даними різних авторів, дизуричні явища зустрічаються в 55-90% випадків [6].

Серед збудників, що викликають хронічний простатит, одне із чільних місць належить внутрішньоклітинному мікробу *Chlamydia trachomatis*. Виходячи із даних вітчизняних і зарубіжних досліджень, хламідійна інфекція може призводити не тільки до розвитку ХП, уретритів, епідидимітів, везикулітів, але й викликати такі захворювання, як кон'юнктивіт, бронхіт, синусит, атипова пневмонія, артрит. Останнім часом хронічній хламідійній інфекції відводиться роль у розвитку атеросклерозу й інфаркту міокарда [7].

Існує чимало поглядів на лікування хронічного інфекційного простатиту, але більшістю з них визнано, що терапія хворих із даною патологією повинна бути комплексною, спрямованою на всі можливі етіологічні й патогенетичні фактори захворювання. Враховуючи той факт, що перебіг запального процесу значною мірою залежить від стану імунної системи хворого, стає зрозумілим, що в комплексному лікуванні інфекційного хронічного простатиту важливе значення мають не тільки антибактеріальні та специфічні препарати, але й лікарські засоби, що мають імуностимулюючу дію [5, 8].

Одним із ефективних препаратів, що має як протівірусну, так і імунокоригуючу, церебропротективну, антиоксидантну, детоксикаційну дію, є Протефлазід виробництва НПК «Екофарм». Препарат є рослинним екстрактом, що містить флавоноїди глікозидів диких злаків *Deschampsia caespitosa* та *Calamagrostis epigeios* L. Дія лікарського засобу зумовлена індукцією ендогенного альфа- і гамма-інтерферону, підвищенням активності макрофагальної системи, а також біокоригуючою дією за рахунок поліпшення окисно-відновних процесів в організмі, метаболізму в центральній нервовій системі, осмотичній резистентності еритроцитів [1].

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування препарату Протефлазід виробництва НПК «Еко-

фарм» в комплексному лікуванні хронічного хламідійного простатиту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчення ефективності, переносимості та безпечності препарату Протефлазід було проведено у 43 пацієнтів із хронічним хламідійним простатитом (у всіх хворих було виявлено збудник – *Chlamydia trachomatis*). Із них 22 хворих увійшли до основної групи, де було призначено наступне лікування: Протефлазід у стандартному дозуванні та комплексну протизапальну терапію. Пацієнтам контрольної групи (21 хворий) було призначено лише протизапальну терапію. Тривалість лікування була різною і залежала від етіопатогенезу й тривалості захворювання. Середня тривалість захворювання складала $3,8 \pm 0,7$ року.

Схема призначення Протефлазиду була наступною: по 5 крапель через годину після прийому їжі тричі на день протягом перших 3-х діб і по 10 крапель через годину після прийому їжі, тричі на день протягом 4-6 місяців.

Середній вік пацієнтів обох груп складав $35,4 \pm 3,2$ року. В дослідження включались хворі, у яких дана патологія була виявлена вперше і які не приймали лікування з цього приводу раніше.

В дослідження не входили хворі із вираженим алергозом, гострою нирковою недостатністю, анурією та енцефалопатією.

Дослідження проводилось на базі клініки КМК ЛШМД м. Львова. Оцінка ефективності отриманих результатів проводилась за основними клінічними показниками, враховувались дані інструментальних, мікробіологічних досліджень, суб'єктивних відчуттів хворого, а також за допомогою визначення міжнародного клінічного індексу IPSS та якості життя пацієнтів – QoL за допомогою загальноприйнятих анкет з урахуванням загальноклінічної та локальної симптоматики, даних ультразвукового дослідження, динаміки показників простатичного секрету, клінічного та біохімічного аналізів крові й сечі, а також врахування впливу простатичних симптомів на якість життя. Дослідження проводилось до та після лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під впливом лікування отримано значні зміни в клінічній симптоматиці в обох групах хворих. Було оцінено такі основні показники, як дизуричні прояви, алгічний синдром, слизові виділення з уретри, статеві розлади. Порівняльні зміни клінічної симптоматики до та після лікування зображено на рисунку 1.

Як видно з наведених даних, в основній групі спостерігались більш значні зміни в клінічній симптоматиці, ніж в контрольній групі. Проте наприкінці лікування відсоток статевих розладів в обох групах все ще залишався високим, що може свідчити про необхідність додаткового патогенетичного лікування.

З П П П

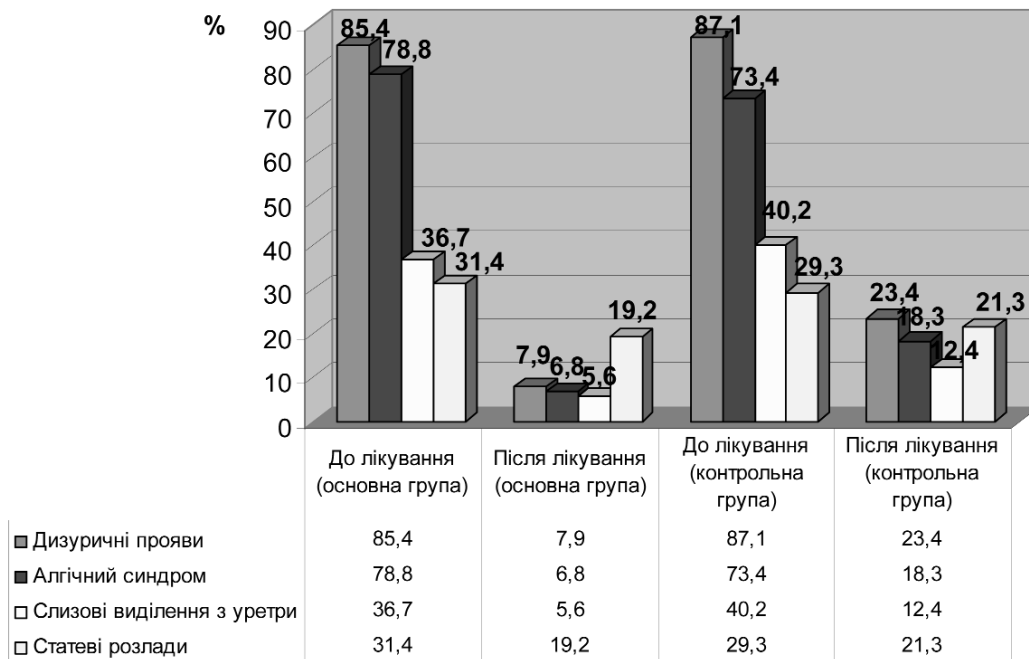


Рис. 1. Динаміка змін клінічної симптоматики під впливом лікування в обох групах хворих (%)

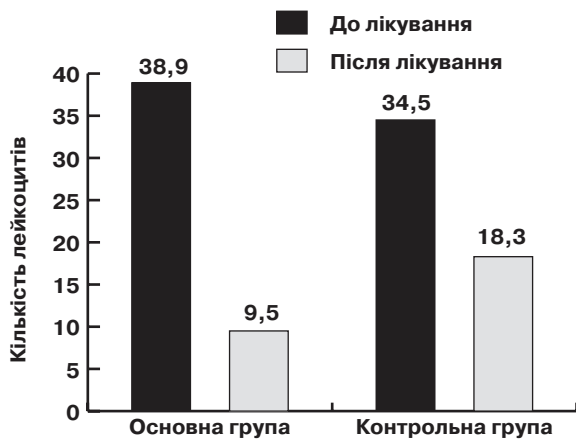


Рис. 2. Зміни кількості лейкоцитів в секреті простати в обох групах хворих (кількість в полі зору)

З метою встановлення протизапальної дії призначеної терапії в усіх хворих проводилось визначення вмісту лейкоцитів в секреті передміхурової залози. В основній та контрольній групах хворих було відмічено зміни даного показника. Так, в основній групі до лікування кількість лейкоцитів в простатичному секреті змінилась із $38,9 \pm 5,2$ до $9,5 \pm 3,5$ в полі зору ($p < 0,05$); в контрольній групі цей показник змінився із $34,5 \pm 3,7$ до $18,3 \pm 4,1$ в полі зору ($p < 0,05$). В обох групах отримані дані були статистично достовірними. Вказані дані свідчать про вищу ефективність лікування в основній групі хворих. Зміни кількості лейкоцитів в простатичному секреті наведено на рисунку 2.

Авторами проводилось дослідження показників суб'єктивної клінічної симптоматики за загальноприйнятим анкетуванням з урахуванням міжнародної шкали простатичних симптомів IPSS та індексу якості життя QoL.

Зміни індексу IPSS та QoL спостерігались як в основній, так і в контрольній групах. В основній групі було отримано статистично достовірне зменшення показника IPSS від $16,3 \pm 0,8$ до $8,3 \pm 0,5$ ($p < 0,05$), в контрольній групі – від $15,2 \pm 0,5$ до $11,9 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Значення QoL в основній групі змінювалось від $4,3 \pm 0,1$ до $1,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), а в контрольній – від $4,5 \pm 0,3$ до $3,1 \pm 0,1$ ($p < 0,01$), відповідно до та після лікування.

Динаміку показників IPSS та QoL відображено в таблиці 1.

Наведені дані свідчать про значну позитивну динаміку суб'єктивного самопочуття хворих основної групи. В контрольній групі ці показники були дещо нижчими. Отримана різниця в основній та контрольній групах може трактуватись не тільки як результат зменшення симптоматики основного захворювання, але й як поліпшення загального самопочуття хворих основної групи завдяки імунomodуючій дії Протекфлазиду.

Авторами проводилась оцінка появи побічних дій препаратів та їх переносимість пацієнтами. В основній

Таблиця 1

Динаміка загальноклінічних показників обстежуваних пацієнтів основної та контрольної груп

Критерії оцінки	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
IPSS, бали	16,3 0,8	8,3 0,5 ($p < 0,05$)	15,2 0,5	11,9 0,2 ($p < 0,05$)
QoL, бали	4,3 0,1	1,9 0,1 ($p < 0,05$)	4,5 0,3	3,1 0,1 ($p < 0,01$)



Рис. 3. Оцінка ефективності лікування Протефлазідом пацієнтами (%)

групі у 3 хворих було відмічено незначні диспептичні явища, як наслідок проведеного лікування. В контрольній групі у 2 хворих виникли незначні диспептичні явища і в одного хворого – алергічний дерматоз, що можна було би віднести до наслідків прийому препарату. В обох групах у жодному випадку лікування не було припинено, що свідчить про добру переносимість хворими лікувальних засобів.

Середня тривалість лікування в основній групі складала $2,8 \pm 0,3$ місяця, а в контрольній – $3,5 \pm 0,5$ місяця.

В основній групі оцінка ефективності лікування проводилась пацієнтами за 4-бальною схемою: “відмінно”, “добре”, “задовільно”, “незадовільно”.

Ефект лікування оцінено як: “незадовільний” – 11,1% пацієнтів, “задовільний” – 23,8%, “добрий” – 36,5% та “відмінний” – 28,6% пацієнтів (рис. 3).

ВИСНОВКИ

1. Препарат Протефлазід виробництва НПК «Екофарм» рекомендований для комплексного лікування хронічного хламідійного простатиту.

2. У ході проведеного нами дослідження було отримано значний позитивний лікувальний ефект у групі хворих, які приймали Протефлазід. В контрольній групі отримано менший терапевтичний ефект, про що свідчать результати інструментальних досліджень, а також динаміка суб'єктивної симптоматики в порівнюваних групах.

3. Протягом дослідження було доведено пряму залежність лікувального ефекту препарату Протефлазід від часу його застосування. Рекомендований курс лікування – не менше 2-х місяців.

4. Препарат добре переноситься пацієнтами, що дозволяє призначати його в групах пацієнтів з широким віковим діапазоном та супутньою патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шведюк С.В., Высоцкая А.Л., Коротин Ю.Л. Протефлазид в комплексном лечении больных с уретропростатитами хламидийной этиологии. Иммунология та алергологія 2002; 3: 54.
2. Литвинець Є.А., Земяк М.В., Томусяк Т.Л. Фітотерапія хронічного простатиту. Урологія 2003; 1: 102–107.
3. Литвинець Є.А., Земяк М.В., Томусяк Т.Л. Використання міжнародної оцінки симптомів захворювань передміхурової залози у хворих на хронічний простатит. Урологія 2003; 2: 51–53.
4. Лоран О.Б., Сегал А.С. Система суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП). Урология 2001; 5: 16–19.
5. Караулов А.В. Клиническая иммунология. М: МИА; 1999.
6. Blaylock N.J. Anatomical factors in prostatitis. Br. J. Urol. 1974; 46: 47–54.
7. De la Rossette J.J., Hubregste M.R., Meulema E.J., et al. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. Urology 1993; 41: 301–302.
8. Curr Urol Rep. Minimally invasive therapies for prostatitis. 2004 Aug; 5 (4): 320–6.