



Комбинированная терапия хронического простатита категорий II и IIIA

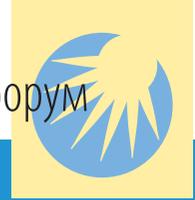
В 2011 г. компания «ИльмиксГрупп» представила новый препарат, предназначенный для применения в составе комбинированной терапии хронического простатита, – Индигалплюс. Сейчас в России активно проводятся клинические исследования препарата, о некоторых из них на сателлитном симпозиуме «Новые подходы к терапии хронического простатита и ДГПЖ», состоявшемся в рамках Пленума Российского общества урологов в г. Кисловодске, урологам рассказал д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии – андрологии Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) Михаил Иосифович КОГАН.

Новые данные о возбудителях болезни

В настоящее время известен ряд грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, которые указаны в рекомендациях Европейской ассоциации урологов в качестве традиционных патогенов простатита: *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*. Роль других микроорганизмов – коагулазонегативных стафилококков, анаэробных бактерий, уреазплазм, хламидий, вирусов – остается спорной. Профессор Коган рассказал о результатах исследований урологов и микробиологов из РостГМУ, целью которых было выделение целого спектра анаэробных и аэробных бактерий, являющихся возбудителями хронического бактериального простатита. В результате только у 5% обследованных

мужчин в секрете простаты выявлена моноинфекция, у остальных 95% – обнаружены от 2 до 4 микроорганизмов одновременно. Этого удалось добиться, поскольку в исследованиях были использованы среды, которые позволяют выделять эти микроорганизмы. Микст-инфекция включала и аэробные, и анаэробные бактерии и/или грибы, причем чаще встречались виды, которые до сих пор не относили к основным патогенам. Так, *Staphylococcus* отмечен лишь в 2%, различные *Enterobacteriaceae* – в 16% случаев, несколько чаще встречались *Enterococcus* (42%). В то же время неклостридиальные анаэробы были выявлены в секрете в 100% случаев. Среди них *Peptococcus* встречались в 74%, *Peptostreptococcus* – в 69%, *Propionibacteria* – в 57% случаев. При этом концентрация неклостридиальных анаэробов была

максимальной, в отличие от других микроорганизмов. По сравнению с грамположительными бактериями их концентрация была на порядок выше, а по сравнению с грамотрицательными – на два порядка. «Новые данные приводят к предположению о значительной роли неклостридиальных анаэробов в развитии и хронического простатита, и пиелонефрита», – отметил профессор Коган. Кишечная палочка, в отличие от неклостридиальных анаэробов, обнаруживается в моче далеко не всех больных острым пиелонефритом. Уже были проведены исследования на животных, у которых экспериментальный пиелонефрит вызывали и кишечной палочкой, и неклостридиальными анаэробами. Гистологическая картина пиелонефрита при этом не различалась. Сейчас проводятся работы по изучению роли неклостриди-



Сателлитный симпозиум компании «ИльмиксГрупп»

альных анаэробов в развитии хронического простатита. Однако уже полученные данные доказывают, что существовавшие до сих пор представления о возбудителях хронического бактериального простатита не позволяют оптимизировать лечение заболевания. Если исходить из допущения, что простатит вызывают 5 видов микроорганизмов, которые перечислены в рекомендациях Европейской ассоциации урологов, то возникает вопрос: почему столь низка эффективность лечения простатита и почему современные препараты, к которым чувствительны эти микроорганизмы, не излечивают больных?

Индигалплюс – дополнение к традиционным лекарствам

Профессор Коган отметил, что традиционные возбудители простатита достаточно чувствительны к карбапенемам (99–100%), фторхинолонам (86–89%), цефалоспорином (78–88%) и нитрофуранам (80–90%). Антибактериальные препараты других групп менее эффективны. Однако после завершения курса лечения антибактериальными препаратами

сих чувствительность бактерий к антибиотикам, способствующих полному подавлению инфекции и снимающих воспаление предстательной железы, таких как Индигалплюс, представляется обоснованным.

В состав препарата Индигалплюс входят три различных по химическому строению компонента: индол-3-карбинол (I3C), эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG) и экстракт плодов пальмы *Serenoa repens*, обладающие различными свойствами. I3C индуцирует экспрессию рецепторов гамма-интерферона, повышает чувствительность клеток к противовирусному и противоопухолевому действию эндогенного интерферона. EGCG обладает противовоспалительными, антиоксидантными и антипролиферативными свойствами. По антиоксидантной активности EGCG в 100 раз превосходит витамин С и в 25 раз – витамин Е. EGCG напрямую ингибирует TNF- α индуцируемую активацию ядерного фактора транскрипции NF- κ B. Экстракт плодов пальмы *Serenoa repens* оказывает противовоспалительное и противотечное действие, ингибирует

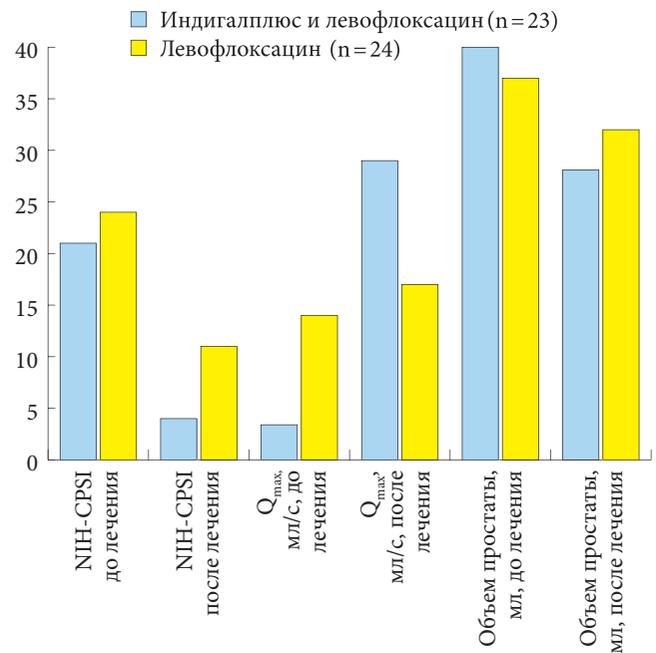


Рис. 1. Лечение хронического бактериального простатита (n = 47), 3 мес.

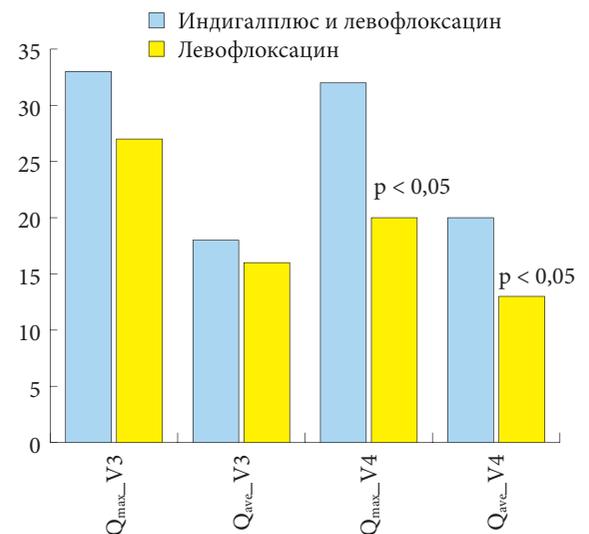


Рис. 2. Значения уродинамических показателей Q_{max} и Q_{ave} (мл/с) на визитах (V) 3, 4

Включение препарата Индигалплюс в состав комплексной терапии хронического простатита приводит к улучшению уродинамических показателей, снижению индекса хронического простатита, бактериальной обсемененности и содержания лейкоцитов в большей мере, чем это происходит при терапии левофлоксацином.

во многих случаях инфекция в предстательной железе сохраняется и вызывает рецидив: более чем у 50% мужчин после терапии возникают обострения. В связи с этим включение в комплексную терапию препаратов, повышающих

синтез простагландинов, снижает проницаемость сосудов предстательной железы. Профессор М.И. Коган привел промежуточные результаты многоцентрового рандомизированного исследования эф-

фективности включения препарата Индигалплюс в терапию хронического бактериального простатита, проводившегося в 2010–2011 гг. Подведение окончательных итогов еще впереди, однако уже полученные данные

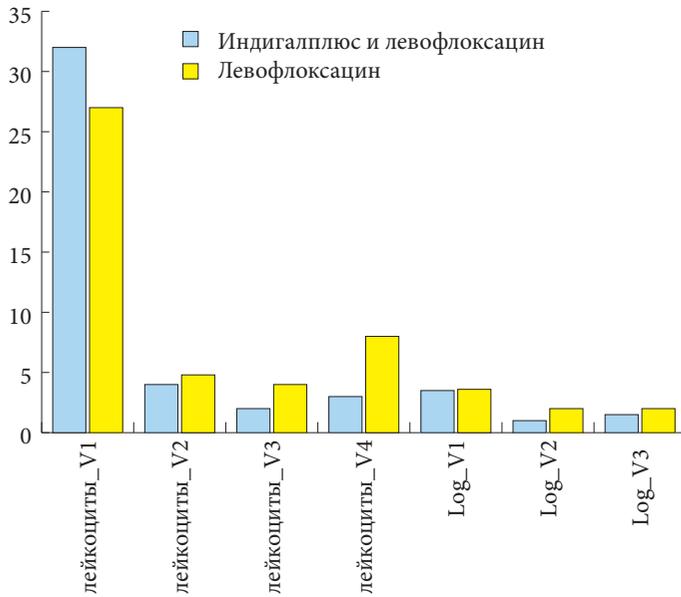
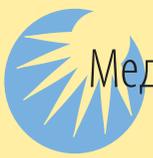


Рис. 3. Число лейкоцитов (шт. в поле зрения) и уровень бактериальной обсемененности (\log_{10} (КОЕ/мл)) в секрете простаты на визитах (V) 1–4

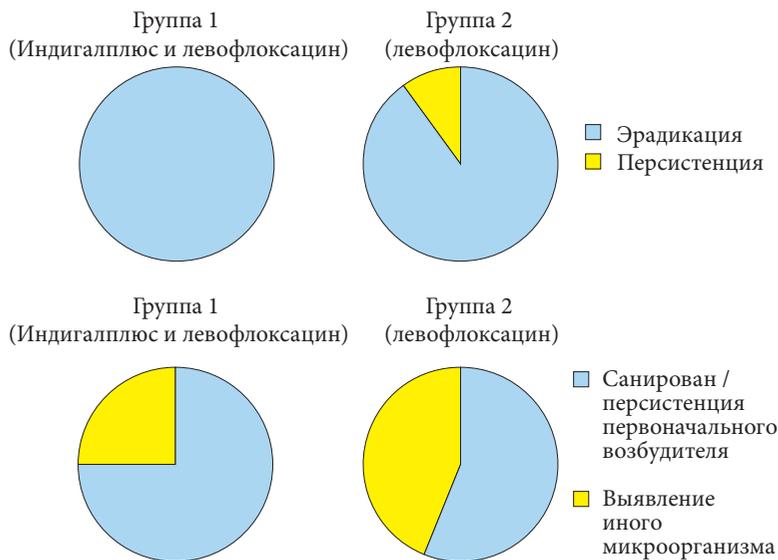


Рис. 4. Частота эрадикации первоначального возбудителя и реинфекции

демонстрируют преимущества комбинированной терапии, включающей Индигалплюс. 47 пациентов были рандомизированы в 2 группы: в течение месяца одна получала стандартную

терапию левофлоксацином (n = 24), другая – в комплексе со стандартной терапией Индигалплюс в течение 3 месяцев (n = 23). Через 3 месяца в группе больных, принимавших Индигалплюс, от-

мечена очень хорошая динамика. Суммарный балл NIH-CPSI снизился с 19,4 до 3,4, максимальная скорость мочеиспускания увеличилась на 28–30% (рис. 1). В группе монотерапии левофлоксацином наблюдались те же тенденции, но слабее выраженные. В группах больных, получавших комбинированную терапию, снизился риск рецидивов хронического простатита, наблюдалась более быстрая редукция симптомов заболевания (рис. 2). При применении препарата Индигалплюс также отмечена тенденция к снижению числа лейкоцитов и уровня бактериальной обсемененности в секрете простаты (рис. 3). Персистенция микроорганизмов (сохранение высеваемости после лечения) имела место в группе левофлоксацина, а в группе больных, получавших Индигалплюс, отсутствовала. Реинфицирование (обнаружение нового вида возбудителя после лечения) чаще встречалось при монотерапии антибиотиком (рис. 4). Очень важно, что оценка качества жизни была выше у пациентов, принимавших Индигалплюс вместе с левофлоксацином и тамсулозином. Боль при комбинированной терапии после 6-месячного курса полностью исчезала. Существенно также, что Индигалплюс является безопасным средством: в ходе его применения не было обнаружено никаких побочных эффектов.

Выводы

«Включение препарата Индигалплюс в состав комплексной терапии хронического простатита приводит к улучшению уродинамических показателей, снижению индекса хронического простатита, бактериальной обсемененности и содержания лейкоцитов в большей мере, чем это происходит при терапии левофлоксацином», – подвел итог профессор Коган. 🌐

Подготовил И. Смирнов