

К.К. АНТОНОВ,
студент V курса
Кемеровской
Государственной
Медицинской Академии,
Медицинский центр
«Эргин», г. Кемерово

Цитоморфологический мониторинг в процессе антибиотикотерапии пациентов с хроническим простатитом

Хронический простатит является одним из самых распространенных заболеваний мочеполовой системы среди мужского населения. Как правило, он выявляется у трудоспособных мужчин молодого и среднего возраста. В последнее время простатит все чаще выявляется у пожилых мужчин, включая его сочетание с доброкачественной гиперплазией простаты (1). По данным разных авторов, его частота в общей популяции колеблется от 11 до 35% (2).

Хронический простатит характеризуется длительным, рецидивирующим течением и довольно часто выступает в качестве причины психологических и сексуальных расстройств, нарушения мочеиспускания, а в итоге – может привести к infertility. Влияние этого заболевания на качество жизни сравнимо с поражениями сердечно-сосудистой системы (10).

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития хронического простатита (1). Однако

основными этиологическими факторами признаются инфекционные и застойные явления в предстательной железе (3).

В последние годы отмечается рост заболеваемости хроническим простатитом, что объясняется широким распространением ИППП. Инфекция простаты может быть следствием бактериальной колонизации мочеиспускательного канала, которая, в свою очередь, часто является следствием сексуальной активности (4). Любой инфекционный агент, присутствующий в простате, может явиться причиной заболевания, а здоровая предстательная железа свободна от микроорганизмов (5).

Значимость проблемы простатита, трудность его диагностики и лечения, возможность бессимптомного течения заставляют внедрять в диагностическую схему методы, позволяющие объективно оценивать состояние предстательной железы пациента и назначать адекватную терапию. «Золотым стандартом» в диагностике хронического простатита уже долгое время считается двух-четырёхстаканная проба, однако ее роль до конца не определе-

на (6). Результаты этой пробы не могут дать достоверный ответ о наличии патогенной микрофлоры в канальцах простаты и разновидности микроорганизмов, обитающих в простате. А определение количества лейкоцитов в моче является лишь косвенным признаком, свидетельствующим о воспалительном процессе. Из лабораторных методов основным остается исследование секрета предстательной железы (2). Поэтому в списке исследований, выполняемых при обследовании пациента с хроническим простатитом, ключевую роль играет именно цитоморфологическое исследование ее секрета. Соответственно диагноз хронического простатита должен выставляться на основании наличия признаков воспаления в секрете простаты (7). Эта методика может дать огромное количество информации о типе и фазе воспалительного процесса, состоянии эпителия, активности местных защитных механизмов, наличии тех или иных микроорганизмов или косвенных признаков их присутствия (8).

Лечение хронического простатита должно быть комплексным. Оно обязательно предусматривает воздействие на все этиологические факторы и звенья патогенеза (2). Наиболее важным моментом является подбор антибиотика, действие которого будет направлено на элиминацию основного инфекционного фактора. Особенности выбора препарата определяются тем, что

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития хронического простатита. Однако основными этиологическими факторами признаются инфекционные и застойные явления в предстательной железе.

ограниченное число антимикробных препаратов способно в достаточной концентрации проникать через гематопростатический барьер. В наибольшей степени в ткани предстательной железы накапливаются фторхинолоны. Ко-тримоксазол, до сих пор указанный в Европейских стандартах для лечения простатита, значительно хуже, чем фторхинолоны проникает в паренхиму предстательной железы.

Следующей проблемой при терапии хронического простатита является формирование микробных биопленок, затрудняющих эрадикацию возбудителя. Фторхинолоны являются группой антибиотиков, активных в отношении грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих бактериальный простатит, и способны воздействовать на бактерии в биопленках (9).

Актуальным также является вопрос объективизации обследования пациентов до, после и в процессе лечения.

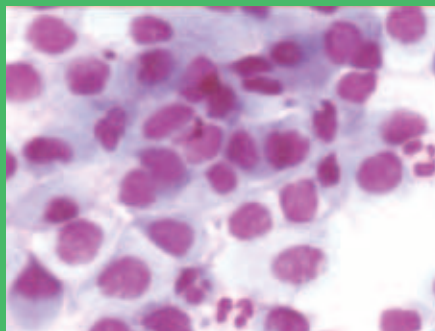
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашем медицинском центре с 2005 года используется цитоморфологический мониторинг уретральных мазков, секрета простаты и эякулята у нескольких групп пациентов, в том числе у пациентов с хроническим простатитом. В данной работе представлены данные, полученные у 250 пациентов. Дизайн исследования представлен в таблице 1.

Обследование пациентов начинается с анкетирования по общепринятым тестам, физического обследования, взятия уретрального мазка и секрета простаты. В настоящей работе мы проанализировали только индекс NIH-CPSI, по которому пациенты до лечения распределились следующим образом: с незначительными симптомами (от 0 до 9 баллов) – 56 пациентов (22,4%), со средневыраженными симптомами (от 10 до 18 баллов) – 172 (68,8%) пациента и с тяжелыми симптомами (от 19 до 31 балла) – 22 (8,8%) пациента. ➡

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3
Бактериальной флоры не обнаружено



Секрет простаты

Лейкоциты 85-93
Бактериальной флоры не обнаружено

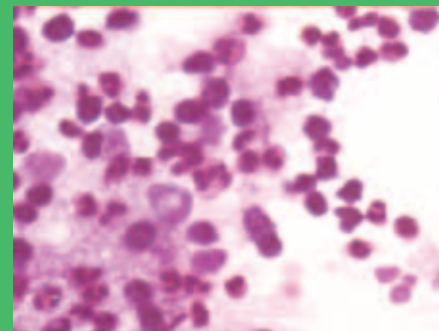
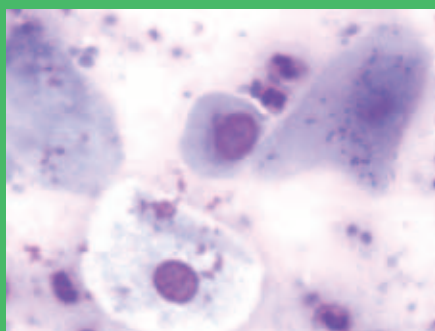


Рисунок 1.

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3
Бактериальная флора: Умеренное количество
Грамм (+) парных кокков и стрептококков



Секрет простаты

Лейкоциты 25-30
Бактериальная флора: Большое количество Грамм (-)
коккобациллярной флоры

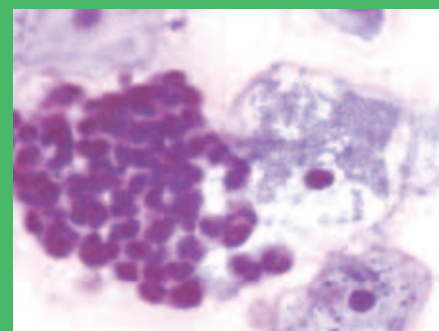


Рисунок 2.

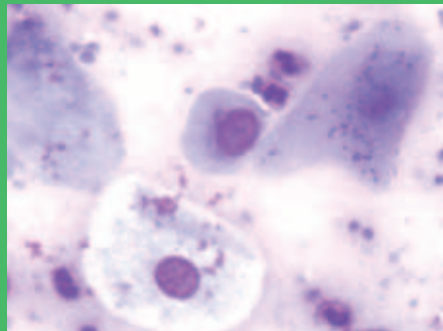
Таблица 1. Дизайн исследования

250 пациентов		
Анкетирование	«Стартовые» анализы	
Индекс шкалы симптомов NIH-CPSI	Цитоморфология* уретрального мазка и секрета простаты	
«Провокация»**. Вибротермовоздействие на простату, аппаратом АЛП-01 «ПРА» №4		
Цитоморфология секрета простаты		
Классическая спермограмма	Цитоморфология эякулята	
ПЦР диагностика эякулята или секрета простаты на основные инфекции, передающиеся половым путем		
Диагноз: Хронический простатит (по классификации NIH)		
Категория I	Категория II	Категория IIIA
Схема лечения №1. «Промежуточные» анализы		
Цитоморфология уретрального мазка	Цитоморфология секрета простаты	
Схема лечения №2. Комплексная терапия на аппарате «Андрогин» или комплексе ООО «Трима»		
Период реабилитации. Энтеросорбенты, комплекс лечебной гимнастики, фитотерапия		
«Окончательные» анализы		
Цитоморфология уретрального мазка	Цитоморфология секрета простаты	
ПЦР диагностика на инфекции, выявленные до лечения		
*Микроскоп Axiostar plus Ceiss 1000-кратное увеличение. **Провокация не выполнялась пациентам с ХП категория I		

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3

Бактериальная флора: Умеренное количество Грамм (-) коккобациллярной флоры



Секрет простаты

Лейкоциты 3-5

Бактериальная флора: Массивное количество Грамм (-) коккобациллярной флоры

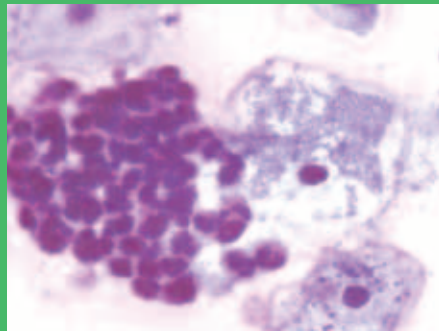


Рисунок 3.

Уретральный мазок после провокации

Лейкоциты 60-80

Бактериальная флора: Большое количество Грамм (+) коккобациллярной флоры

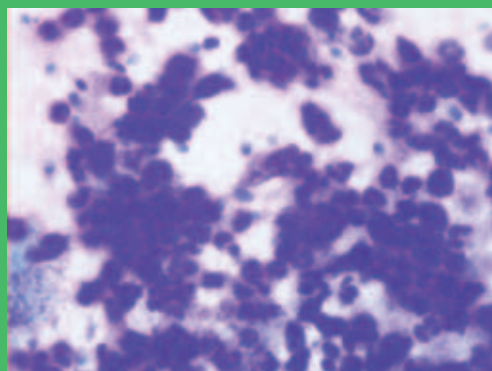


Рисунок 4.

По категориям ХП распределение пациентов было таким: пациенты с категорией I составили 29 (11,7%), с категорией II – 148 (59,2%) и с категорией IIIA – 73 (29,1%).

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории I, представлены

на рисунке 1, для секрета простаты характерна выраженная лейкоцитарная реакция.

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории II, представлены на рисунке 2, для этих анализов характерно наличие умеренного или большого количества микробной флоры, и повышенного содержания лейкоцитов в секрете простаты

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории III A, представлены на рисунке 3, секрет простаты отличается от предыдущих насыщенной микрофлорой и отсутствием лейкоцитарной реакции.

Секрет простаты после «провокации» у пациентов с ХП II категории в 52(35%) случаях оставался без изменений, а в 88 (65%) – зарегистрировано усиление степени воспаления, количество лейкоцитов у них возрастало на 30-100%. (рисунок 4).

После провокации у пациентов с ХП категории IIIA цитоморфологическая характеристика была представлена тремя основными

вариантами: нормальный клеточный состав и отсутствие микробной флоры зарегистрировано у 12 (16,4%) пациентов, картина оставалась неизменной у 32 (43,8%) пациентов и у 29 (39,7%) пациентов было выявлено значительное повышение числа лейкоцитов, как и у пациентов с категорией II.

Далее всем пациентам исследовался эякулят или секрет простаты на основные инфекции передающиеся половым путем, методом ПЦР – диагностики.

На основании полученных данных составлялась схема № 1 комплексного лечения, включающая антибиотики (фторхинолоны, цефалоспорины, противопаразитарные препараты), иммунокорректоры, дезагреганты, в сочетании с магнитолазеротерапией, массажем простаты. Продолжительность этой схемы составляла 28-30 дней.

Антибактериальная терапия планировалась в зависимости от состояния уретрального мазка, секрета простаты и выявленной инфекции. Нами использовались препараты группы фторхинолонов: офлоксацин, ципрофлоксацин и левофлоксацин. В тех вариантах, когда наблюдались случаи длительного рецидивирующего, хронического простатита, не поддающегося стандартной терапевтической схеме, мы применяли моксифлоксацин (Авелокс) методами пероральной и степ-терапии в дозе 400 мг в сутки 12-15 дней.

Моксифлоксацин действует на грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, анаэробы и внутриклеточные возбудители и как все фторхинолоны в достаточной концентрации проникает через гематопростатический барьер. Таким образом, спектр его воздействия распространяется на большинство возбудителей заболеваний мочеполовой сферы. В настоящее время мы, как и другие исследователи, считаем, что он может быть хорошей альтернативой тра-

Лечение хронического простатита должно быть комплексным. Оно обязательно предусматривает воздействие на все этиологические факторы и звенья патогенеза. Наиболее важным моментом является подбор антибиотика, действие которого будет направлено на элиминацию основного инфекционного фактора.

диционными препаратами, используемым для лечения ХП.

После завершения схемы № 1 выполнялись анализы, которые мы условно называем «промежуточные». Вне зависимости от исходной категории ХП результаты этих анализов условно можно распределить на три подгруппы. В первой подгруппе было 54 (21,6%) пациента, бактериоскопическая картина у них имела нормальные параметры, во второй подгруппе – 92 (36,8%) пациента – цитоморфологической динамики не отмечалось. В третьей – 104 (41,6%) пациента – отмечалось выраженное снижение лейкоцитарной реакции и микробных ассоциаций. Эти анализы определяли стратегию схемы лечения № 2.

В первой подгруппе основное внимание было направлено на улучшение кровообращения в органах малого таза, для этого назначали препараты реологического значения, альфа-блокаторы и физиотерапию с использованием аппарата «Андрогин».

Пациентам второй и третьей подгрупп продолжали антибактериальную терапию с преимущественным использованием макролидов (Кларитромицин, Клаксид СР), джозамицин (Вильпрофен), рокситромицин (Роксигексал), в сочетании с дезагрегантами, альфа-1-адреноблокаторами и комплексной физиотерапии на аппаратах «Интрагерм», «Интрамаг», «ЛАСТ-2». Продолжительность схемы № 2 – от 15 до 30 дней.

После завершения схемы № 2 следует период реабилитации в домашних условиях, включающий комплекс лечебной физкультуры, фитотерапию.

Завершение работы с пациентом происходит после окончательных анализов, состоящих из цитоморфологии уретрального мазка, секрета простаты и подтверждения полной эрадикации инфекции, обнаруженной до лечения.

В исследуемой группе эрадикация инфекции и нормализация бактериоскопической картины получена у 210 (84%) пациентов (рисунок 5), у 24 (9,6%) пациентов эффект был неполный, либо оставался один из возбудителей заболевания, либо не происходила нормализации бактериоскопической картины, и у 16 (6,4%) пациентов эффекта проводимой терапии не было, что, возможно, обусловлено реинфекцией, алиментарно-токсическими факторами или несоблюдением режима лечения.


Нами планируется продолжение этой работы, потому что при использовании цитоморфологического мониторинга уретральных мазков, секрета простаты и эякулята при помощи микроскопа Axiostar plus Ceiss с 1000-кратным увеличением и компьютерными

микрофото мы получаем объективные критерии в диагностике.

ВЫВОДЫ

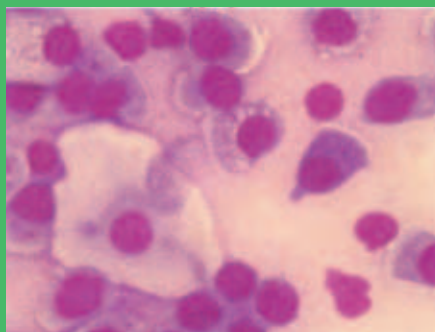
- Цитоморфологическое исследование можно проводить в большинстве клиничко-диагностических учреждений.
- Возможно многократное взятие материала.

Фторхинолоны являются группой антибиотиков, активных в отношении грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих бактериальный простатит, они способны воздействовать на бактерии в биопленках.

- Цитоморфологический метод позволяет объективно контролировать процесс и результат лечения.
- Необходим комплексный подход к обследованию и лечению пациентов с хроническим простатитом. 

Уретральный мазок

Лейкоциты 0-1
Бактериальной флоры не обнаружено



Секрет простаты

Лейкоциты 0
Бактериальной флоры не обнаружено



Рисунок 5.

Список литературы:

1. О.Б. Лоран, А.С. Сегал. Хронический простатит //X Российский съезд урологов. – М., 2002.- С. 209-222.
2. О.Б. Лоран, И.В. Лукьянов, А.В. Марков «Качество жизни. Медицина» № 2(9), 2005, с. 18-22.
3. О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина «Заболевания предстательной железы», 2006, с. 452.
4. Е.Б. Мазо, С.В. Попов. «Хронический бактериальный простатит» Врачебное сословие. – № 2. – 2004, С.18-28.
5. Schaefer AJ, Landis JR, Knauss JS «Demographic and clinical characteristics of men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study», J Urol. – 2002. – Aug; 168(2):593-8.
6. Д.Ю. Пушкарь «Лечение хронического бактериального простатита». Материалы Пленума правления Российского общества урологов, Саратов. – 2004, с.289-314.
7. David Wise, Rodney Anderson, A Headache in the pelvis: a new understanding and treatment, 2006. – 413 p.
8. В.А.Козлюк, А.С. Козлюк. «Уретриты у мужчин», Киев. – 2006. – 172 с.
9. Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов Современная антиинфекционная химиотерапия. Руководство для врачей – М.: Боргес, 2002. – С.436.
10. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – Часть 6. – Москва, Медиа Сфера, 2003, с.1676-1686.