

И.В. Чернышев,
д.м.н.,

К.А. Степанов
НИИ урологии

Пирогенал в комплексной терапии хронического бактериального простатита

Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет, составляя 8% амбулаторных визитов к урологу (2). С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30-73% (3). На долю хронического бактериального простатита (ХБП) приходится 5-15% случаев заболевания (4).

Наиболее распространенными этиологическими агентами ХБП являются представители семейства грамотрицательных бактерий *Enterobacteriaceae*, которые попадают в предстательную железу из желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто – это штаммы *Escherichia coli*, которые обнаруживаются в 65-80% случаев инфекций. *Pseudomonas aeruginosa*, виды *Serratia*, виды *Klebsiella* и *Enterobacter aerogenes*, а также *Acinetobacter* spp. выявляются в оставшихся 10-15% (5). Энтерококки составляют от 5 до 10% подтвержденных инфекций простаты (6). Представляется спорной роль таких грамположительных бактерий, как *Staphylococcus* и *Streptococcus*, при ХБП (6). Ряд исследователей считают, что эти

микроорганизмы не являются частой причиной инфекции простаты, другие высказывают предположение об этиологической роли таких грамположительных организмов, как *Staphylococcus saprophyticus*, гемолитических стафилококков, *Staphylococcus aureus* и других коагулазонегативных стафилококков.

К факторам риска, способствующим заселению предстательной железы (ПЖ) бактериями или возникновению инфекции, вызванной условно-патогенными бактериями, относятся: интрапростатический рефлюкс мочи в протоки; фимоз; анально-генитальные сношения без предохранения; инфекция мочевых путей; острый эпидидимит; постоянные уретральные катетеры и трансуретральные операции у мужчин с инфицированной мочой без предшествующей операции антимикробной терапии (1).

Отдельным звеном в развитии хронического простатита стоит инфекция, передающаяся половым путем (ИППП), например трихомониаз. По данным ВОЗ, трихомониазом страдает около 10% населения земного шара. Причиной воспалительных процессов у мужчин в 23-40% является трихомонадная инфекция (7).

Лечение трихомонадного простатита значительно затруднено в связи с появлением устойчивых к метронидазолу штаммов, низкой концентрации препарата в очагах распространения возбудителя, побочным действием протистоцидных средств и частыми сочетанными инфекциями. Все это заставляет искать новые лекарственные препараты и пути их введения, обеспечивающие направленный транспорт к клеткам мишеням.

С целью неспецифической иммуностимуляции, а именно активизации фагоцитарных реакций, усиления кровотока и рассасывания инфильтрата в очагах хронического воспаления, мы применяли препарат Пирогенал® в виде ректальных свечей.

Цель настоящей работы – изучение эффективности и безопасности препарата Пирогенал в виде ректальных свечей у больных с ХБП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 23 больных с диагнозом ХБП. Средний возраст больных составил 30,6 лет (от 24 до 45 лет), длительность заболевания – от 3 месяцев до 5 лет. Всем больным проводили физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, лабораторные тесты (клинические анализы крови и мочи, микроскопию секрета ПЖ), а также бактериологическое исследование в виде 4-стадийного локализационного теста

С целью неспецифической иммуностимуляции, а именно активизации фагоцитарных реакций, усиления кровотока и рассасывания инфильтрата в очагах хронического воспаления, применялся препарат Пирогенал® в виде ректальных свечей.





Пирогенал

Бактериальный липополисахарид

- + Иммуномодулирующий эффект
- + Профилактика спайкообразования

**УНИКАЛЬНЫЙ
ИММУНОМОДУЛЯТОР
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
СКРЫТЫХ ИНФЕКЦИЙ**



Официальный дистрибьютор:

ЗАО "Фирма ЕВРОСЕРВИС" 117105, Москва, Нагорный пр-д, д.6
тел.: 8 (985) 763 3650, 8 (495) 735 4225, факс: 8 (499) 127 4947
<http://www.euro-service.ru> e-mail: pyrogenal@euro-service.ru



ФИЛИАЛ «МЕДГАМАЛ»
ГУ НИИ Эпидемиологии и Микробиологии
имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи РАМН

В целом препарат Пирогенал® хорошо переносился больными. Имевшее место у 2 из них незначительное повышение температуры максимально до 37,5°C в первые двое суток приема препарата не вызвали необходимости отмены Пирогенала.

Meares-Stamey с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам, ТРУЗИ ПЖ. Оценку симптомов ХБП проводили по шкале симптомов хронического простатита Национального Института здоровья США. А также для выявления ИППП проводили исследование соскобов из уретры и секрета ПЖ на атипичные внутриклеточные микроорганизмы методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Заболевание проявлялось болевыми ощущениями в тазовой области у всех больных (средний балл симптомов боли составлял 12,2), расстройствами мочеиспускания у 13 больных (средний балл – 3,4). Средний балл при оценке качества жизни составлял 6,8. По данным микроскопического исследования секрета ПЖ у 13 больных отмечено повышение количества лейкоцитов (более 10 в поле зрения) и снижение количества лецитиновых зерен. Причем у 3 больных лейкоциты покрывали все поля зрения, а у остальных 10 больных количество лейкоцитов составляло 10-30 в поле зрения; у 7 пациентов – 10-15, у 3 пациентов – 20-30. У 15 из 23 больных также были обнаружены ИППП; у 7 – трихомониаз, 4 – уреоплазмоз, 2 – хламидиоз, 2 – трихомониаз в сочетании с хламидиозом. Трансректальное ультразвуковое исследование выявило увеличение объема ПЖ (средний объем составил 32,6 см³) наряду с очаговой и диффузной гиперэхогенностью в ткани простаты.

Пирогенал® ректальные свечи назначали 20 больным по 100 мкг (2 ректальные свечи) 1 раз в первые сутки, а в последующие дни по 200 мкг (2 ректальные свечи по 100 мкг) в сутки. Курс лечения составил две недели. В качестве этиотропной терапии с 3-го дня лечения применяли комбинацию антибактериальной и противовоспалительной терапии в зависимости от возбудителей ХБП. Трое больных составили контрольную группу, которым проводилась этиотропная терапия антибактериальными и противовоспалительными препаратами без применения препарата Пирогенал®. Клинический и бактериологический контроль эффективности проводимой терапии осуществляли через 2 недели приема препарата. Особое внимание обращали на наличие побочных эффектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через две недели лечения у всех исследуемых больных было отмечено улучшение симптомов ХБП, что выражалось в исчезновении или уменьшении болей в тазовой области и нормализации мочеиспускания. В группе больных, применявших Пирогенал® (20 больных), было отмечено наиболее выраженное улучшение симптомов, по сравнению с контрольной группой (3 больных). Необходимо отметить, что уменьшение болевого синдрома у больных, применявших Пирогенал®,

было отмечено раньше, чем у контрольной группы: 3-5 день – принимавших Пирогенал®, 7-9 – контрольная группа. По данным бактериологического исследования, эрадикации возбудителей удалось добиться у 22 (95,6%) больных. Не удалось добиться эрадикации у 1 больного, и ему был назначен 10-дневный курс повторной антимикробной терапии с положительным эффектом.

По данным ПЦР-диагностики, эрадикации возбудителей удалось добиться у всех больных (100%).

При контрольном ТРУЗИ было отмечено уменьшение объема простаты: средний объем простаты составил (25,6 см³). В целом препарат Пирогенал® хорошо переносился больными. Имевшее место у 2 из них незначительное повышение температуры максимально до 37,5°C в первые двое суток приема препарата не вызвали необходимости отмены Пирогенала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение Пирогенала в виде ректальных свечей в комплексной терапии ХБП показало высокую эффективность, которая заключается в улучшении симптомов и лабораторных показателей благодаря способности повышать локальную концентрацию антибактериальных препаратов в органах и тканях, а также непосредственно влиять на иммунитет за счет усиления выработки интерферона, активации гормональной системы. Этот факт доказывает способность Пирогенала оказывать иммуномодулирующее действие.

Препарат Пирогенал® в виде ректальных свечей может быть рекомендован для включения в состав комплексной терапии ХБП.



Литература

1. Мазо Е.Б., Попов С.В. Врачебное словесие. 2004.
2. McNaughton-Collins M., Stafford R.S. et al: How common is prostatitis? A national survey of physician visits // J Urol. 1998; 159: 1224-1228.
3. Luzzi G. The prostatitis syndromes // Int STD and AIDS. 1996; 7: 471-478.
4. Krieger J.N., Egan K.J: Comprehensive evaluation and treatment of 75 men referred to chronic prostatitis clinic // Urology. 1991; 38: 11-19.
5. Weidner W., Schiefer H.G., Krauss H. et al: Chronic prostatitis: A thorough search for etiologically involved microorganisms in 1461 patients // Infection. 1991; 19: 119-125.
6. Bergman B. On the relevance of gram-positive bacteria in prostatitis // Infection. 1994; 22 (Supp 1): 22.
7. Meares E.M., Stamey T.A. Invest // Urol. 1968; 5: 492.