

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФАЛЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Е.В.Кульчавеня

Медицинский центр “Биовэр”, Новосибирск

Применение афалы в комплексном лечении больных хроническим простатитом повышает эффективность терапии и способствует более длительному сохранению полученных результатов. Препарат хорошо переносится, не имеет противопоказаний, может сочетаться с другой терапией. Афала показана больным хроническим простатитом II и IIIa стадий с 1-го дня лечения.

Ключевые слова: *хронический простатит, простатоспецифический антиген, афала*

Наиболее мягкими средствами патогенетического воздействия у больных хроническим простатитом (ХП) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ПЖ) являются препараты сверхмалых доз антител, которые практически не имеют побочных реакций и противопоказаний. Одним из новейших препаратов этого класса является афала — аффинноочищенные антитела к простатспецифическому антигену (ПСА) в сверхмалых дозах.

ПСА — маркер онкозаболеваний ПЖ, является гликопротеином и относится к классу протеаз с химотрипсиноподобной энзиматической активностью. ПСА вырабатывается секреторным эпителием ПЖ, поступает в уретру и обеспечивает разжижение эякулята, 0.1% ПСА абсорбируется через базальную мембрану и поступает в кровь.

Причинами повышения уровня ПСА в крови, помимо рака ПЖ, могут быть острый или хронический простатит, доброкачественная гиперплазия ПЖ, ишемия или инфаркт ПЖ и эякуляция накануне исследования.

Повышение ПСА при простатите наступает вследствие нарушения барьерной функции простатических эпителиальных клеток, их базальной мембраны, базальной мембраны и эндотелия кровеносных сосудов [3]. Активное воспаление, острое или хроническое в стадии обострения, нарушает целостность и проницаемость простатического эпителия, способствует выходу ПСА, являющегося высокоактивным протеолитическим ферментом, в окружающие ткани, еще больше усиливая

воспаление. Афала оказывает нормализующее действие на эпителий простаты, что позволяет предположить ее эффективность в комплексном лечении больных простатитом.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проанализированы результаты терапии 78 больных ХП II и IIIa стадий в возрасте 28-54 лет (в среднем — 32.8 ± 3.4 года); давность заболевания — 2-14 лет (в среднем — 6.4 ± 2.1 года). Всем больным до начала лечения проводили урофлоуметрию, комплексное клиничко-лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое, ультразвуковое обследование, направленное, в том числе, на исключение туберкулеза. Другими критериями исключения были онкологические заболевания любой локализации, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия ПЖ, аномалии развития мочевого пузыря и ПЖ, наличие инородных тел в мочевом пузыре.

Пациенты были разбиты на 3 группы: пациенты 1-й группы ($n=28$) получали в качестве этиотропной терапии левофлоксацин и стандартное для данной категории пациентов патогенетическое лечение; 2-й группы ($n=32$) — комплексную этиопатогенетическую терапию, идентичную 1-й группе, и дополнительно афалу по 2 таблетки 4 раза в день сублингвально; 3-й группы ($n=18$) — стандартную этиопатогенетическую терапию и плацебо.

Комплексная этиопатогенетическая терапия продолжалась в течение 1 мес; больные 2-й и 3-й групп афалу/плацебо принимали еще в течение 1 мес после окончания базового курса лечения.

Показателями эффективности были: уменьшение числа лейкоцитов в секрете ПЖ, увеличение насыщенности секрета лецитиновыми зернами, бактериологическая негативация мазка, урофлоуметрические показатели, параметры трансректального УЗИ, уменьшение боли, изменение параметров спермограммы. Интенсивность дизурии (странгурия, никтурия, поллакиурия, ослабление струи мочи) учитывали по 3-балльной шкале (0 — нет признака, 1 — слабо выражен, 2 — выражен, 3 — сильно выражен), а также принимали во внимание среднюю и максимальную скорость потока мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 37 пациентов был установлен бактериальный ХП II стадии, у 41 больного — абактериальный ХП с признаками воспаления (IIIa стадия). Мы полагаем, что ХП IIIa стадии, как правило, является латентным бактериальным (инфекционным) простатитом, т.к. трудно себе представить иную причину выраженного асептического воспаления. Наши предыдущие исследования [1,2] подтвердили эту гипотезу, что и послужило основанием для назначения антибактериальной терапии всем пациентам, имевшим выраженные признаки активного воспаления ПЖ.

Исходно у 37 больных выявлена в эксприматах половых желез микробная флора: у 18 — кишечная палочка со средним ростом КОЕ 1×10^4 мл, у 19 — стафилококк (поровну золотистый и эпидермальный), КОЕ 1×10^5 мл. В окрашенных мазках грамположительная и грамотрицательная флора визуализировалась у 62 человек (79.5%). У 29 пациентов методом ПЦР обнаружена ДНК внутриклеточных инфекций, передаваемых половым путем (микоплазма, уреоплазма, хламидия).

Эффективность лечения больных ХП ($M \pm m$)

Признак	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	исходно	через 30 сут	исходно	через 30 сут	исходно	через 30 сут
Боль, баллы	2.80±0.07	0.40±0.08	2.90±0.07	0	2.90±0.06	0.30±0.04
Дизурия, баллы	2.4±0.1	0.30±0.08	2.30±0.09	0	2.5±0.1	0.30±0.06
Эректильная дисфункция, баллы	1.90±0.09	0.80±0.05	2.00±0.09	0.70±0.04	1.80±0.07	0.90±0.03
Число лейкоцитов в поле зрения	58.3±7.8	14.1±1.1	64.2±5.6	9.2±3.7	61.7±6.4	10.3±4.9
Лецитиновые зерна, баллы	0.7±0.1	2.7±0.2	0.7±0.1	2.9±0.1	0.6±0.1	2.7±0.1
Микробная флора (посев и/или микроскопия)	+	—	+	—	+	—

При поступлении наиболее частой жалобой, предъявленной пациентами, была боль: у 63 пациентов (80.8%) — в промежности, у 15 больных (19.2%) — в промежности и яичках. Безболевого формы ХП не было. Нарушение мочеиспускания отмечали все больные; средний балл по шкале IPSS составил 9.7; средняя скорость потока мочи (Q_{ave}) была 11.4 мл/с, максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) — 16.2 мл/с. Объем ПЖ в среднем составил 28.4 мл; остаточной мочи не было ни у одного пациента. У всех отмечалась неоднородность эхоструктуры железы, у 4 больных выявлен простатолитиаз.

Снижение полового влечения отмечали 24 человека (30.8%), ослабление эрекции — 18 (23.1%), боль во время эякуляции — 7 (8.9%). При исследовании эякулята пиоспермия выявлена у 59 человек (75.6%), олигозооспермия — у 39 (50%), тератозооспермия — у 29 (37.2%). В секрете ПЖ при нативной микроскопии обнаружено повышенное число лейкоцитов от 35 до сплошь покрывающих поле зрения у всех пациентов. Результаты терапии оценивали через 10, 30 и 60 сут от начала лечения.

Афала продемонстрировала резко выраженный анальгезирующий эффект (рис. 1), сопоста-

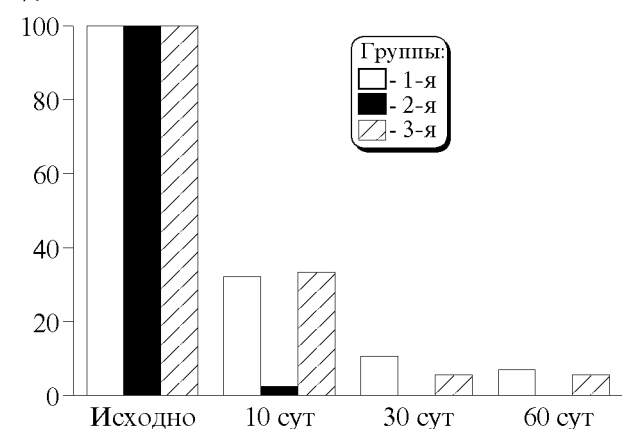


Рис. 1. Динамика боли у больных ХП.

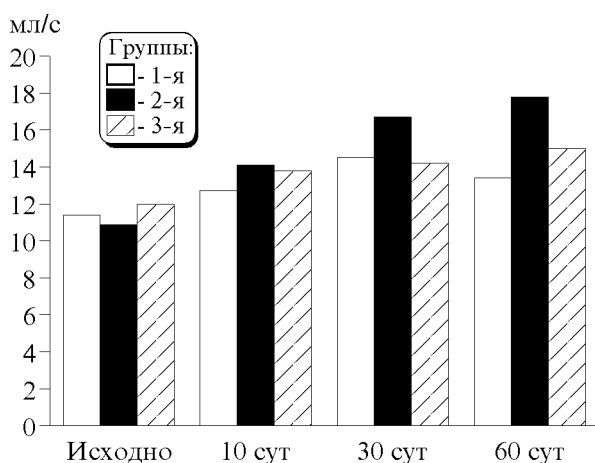


Рис. 2. Динамика Q_{ave} у больных ХП.

вимый с нимесулидом: к 10-м суткам только у 4 больных (12.5%) 2-й группы сохранялась боль слабой интенсивности, через 4 нед на боль не жаловался в этой группе ни один пациент. Достигнутый результат сохранялся все время наблюдения. В то же время в 1-й и 3-й группах боль сохранялась после 10 сут лечения у 9 (32.1%) и 6 (33.3%) пациентов соответственно, разница со 2-й группой была статистически достоверна.

Во всех группах антибактериальный эффект левофлоксацина был одинаков, через 1 мес терапии ни у одного больного ни бактериоскопическим, ни культуральным методом микрофлора не определялась (таблица).

Скорость потока мочи выражено увеличивалась у 2-й группы, причем этот эффект сохранялся в течение всего срока наблюдения (рис. 2, 3).

Трансректальное УЗИ ПЖ не обнаружило значимых изменений эхоструктуры после лечения ни в одной группе. Токсическое влияние антибактериальной терапии на показатели спермограммы на 57.4% было нивелировано приемом афалы больными 2-й группы: у них достоверно реже встречалась терато- и олигозооспермия в конце курса лечения, к 60-м суткам качественные и количественные параметры эякулята во 2-й группе превзошли исходные, чего не наблю-

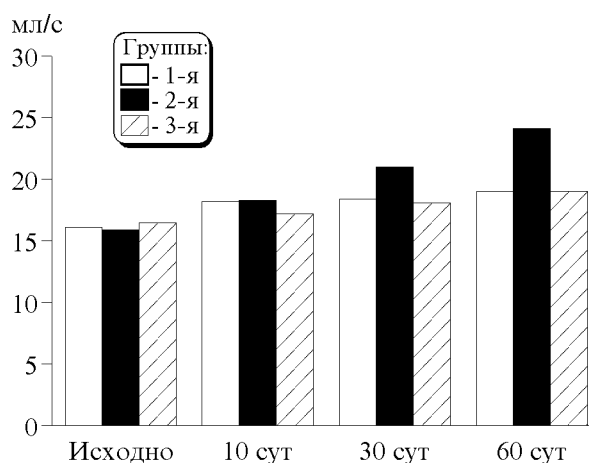


Рис. 3. Динамика Q_{max} у больных ХП.

далось в остальных группах пациентов. Побочных реакций или осложнений, вызванных приемом афалы, не отмечено.

Конечный результат с учетом клинико-лабораторных проявлений ХП определялся как отличный (отсутствие боли и дизурии, нормализация секрета ПЖ, негативация мазка, улучшение функциональных показателей), хороший и удовлетворительный. В 1-й группе отличный результат получен у 23 больных (82.1%), хороший — у 5 (17.9%). Во 2-й группе отличный результат достигнут у 30 пациентов (93.8%), хороший — у 2 (6.2%), а в 3-й группе — у 15 (83.3%) и 3 больных (16.7%) соответственно.

Таким образом, применение афалы в комплексном лечении больных ХП повышает эффективность терапии и способствует более длительному сохранению полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., Харламова Ю.М. // Сиб. консилиум. 2005. № 2. С. 11-14.
2. Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., Харламова Ю.М. // Врачебное сословие. 2005. № 6. С. 29-32.
3. Keetch D.W., McMurty J.M., Smith D.S. et al. // J. Urol. 1996. Vol. 156, N 2, Pt. 1. P. 428-431.
4. Kirby R.S. An atlas of prostatic diseases. L., 1999.

**БЮЛЛЕТЕНЬ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

8

ПРИЛОЖЕНИЕ

2009