

© М.С. Асхаков, В.В. Чеботарёв, 2010  
УДК 616-08:616.98:616.643-002:616.65-002

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРАБОТАННЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ УРЕТРОПРОСТАТИТОМ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

М.С. Асхаков, В.В. Чеботарёв  
Ставропольская государственная медицинская академия

**И**звестно, что на сегодняшний день простатит является самым частым урологическим заболеванием у мужчин после 50 лет.

Изучению причин возникновения и механизмов развития хронического простатита посвящены многочисленные исследования. Обращено внимание на иммунные, аутоиммунные реакции, гормональные нарушения, наличие венозного стаза в органах малого таза, нарушения вегетативной иннервации и географических свойств крови [1, 3].

Особое внимание уделяется инфекционному простатиту, который возникает на фоне хронически протекающего уретрита, нередко вызванного *C. trachomatis* [2, 9, 8]. Данный патоген имеет отношение и к развитию вялотекущего эпидидимита [6, 7]. В возникновении простатита играет роль и другая бактериальная флора [4, 5].

Многообразие этиологии и патогенеза уретропростатита создает трудности в выборе терапии. Возникновение резистентности отдельных возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), к тетрациклинам и фторхинолонам указывает на необходимость разработки новой эффективной схемы лечения заболевания, использования новых фторхинолонов в качестве монотерапии или в сочетании с макролидами. Из числа макролидов перспективным остаётся азитромицин (сумамед).

Цель настоящего исследования – изучение эффективности лечения больных инфекционным уретропростатитом сочетанием азитромицина (сумамеда) с гемифлоксацином (фактивом) и комплексной терапией.

**Материал и методы.** Объект исследования – 104 больных инфекционным уретропростатитом, рандомизированных в основную группу (ОГ) (53 мужчины) и группу сравнения (ГС) (51 мужчина). В обеих группах больных преобладал контингент служащих и рабочих от 31 до 50 лет, большинство пациентов состояли в браке. Из перенесённых заболеваний в обеих группах чаще фигурировала хламидийная инфекция. Длительность течения простатита чаще всего составляла от 3 до 5 лет (в ОГ – у 83,1%, в ГС – у 84,4% больных). Лишь у 7,6% мужчин в ОГ и у 13,8% – в ГС ремиссия продолжалась от 1 до 1,5 года. Большинство больных предъявляло жалобы на непродолжительную эрекцию и снижение либидо.

Пациентам было проведено УЗИ предстательной железы, подтвердившее диагноз и уточнившее характер изменений в ней. При этиологическом обследовании использовали ПЦР, ПЦР Real Time. Проводили культуральные исследования для определения *Tr. vaginalis* и *N. gonorrhoeae*. Выделяли анаэробную флору в содержимом предстательной железы. Исследовали эякулят. Методом ИФА определяли уровень тестостерона, фолликулолестимулирующего гормона, пролактина.

У 84,8% больных в ОГ и у 81,3% в ГС имели место серозные выделения, чаще обильного характера. Передний уретрит был установлен: в ОГ – у 52,9%, в ГС – у 56,9%.

Почти у половины больных была обнаружена *C. trachomatis* в виде моноинфекции. У 20,8% пациентов в ОГ и у 21,6% в ГС выявлено сочетание *C. trachomatis* с *U. urealyticum*. Из условнопато-

Асхаков Марат Солтанович, врач-дерматовенеролог, соискатель кафедры дерматовенерологии и косметологии СтГМА, тел.: 8-9283147456; [kedri2007@yandex.ru](mailto:kedri2007@yandex.ru).

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии СтГМА, тел.: (8652) 28-79-22; e-mail: [kkkvvd@bk.ru](mailto:kkkvvd@bk.ru).

генной флоры наиболее часто выявлялись *Peritostreptococcus* и *E.coli*. В обеих группах преобладали больные со значительным повышением числа лейкоцитов в отделяемом из уретры.

При оценке симптомов хронического уретропростатита (по шкале NIH-CPSI) установлено, что выраженная симптоматика (30-43 балла) была более чем у половины пациентов как в ОГ (52,8%), так и в ГС (51,1%).

Лишь у половины больных содержание спермиев было нормальным. Почти у 60% пациентов обеих групп был снижен объём эякулята, нормальная подвижность сперматозоидов отмечена в ОГ лишь у 8,3%, в ГС – у 9,1% больных, нормальная вязкость – соответственно у 33,3% и 27,3%, щелочная pH – у 54,2% и у 45,4% мужчин. Нормальный уровень тестостерона был установлен лишь у 47,2% мужчин ОГ и у 49% – ГС; ФСГ – соответственно у 64,2% и 62,7%, пролактин – у 66,1% и 64,7%.

При изучении отклонений половых гормонов от нормального уровня в обеих группах (104 мужчины) установлена корреляционная зависимость показателей тестостерона и фолликулостимулирующего гормона ( $r = +0,66$ ); тестостерона и пролактин ( $r = +0,56$ ).

Была разработана следующая схема лечения: пациенты ОГ получали азитромицин (сумамед) по схеме 1,0 г в сутки в 1-7-14 дни, параллельно гемифлоксацин (фактив) по 1 табл. (320 мг) в сутки в течение 14 суток + комплексная терапия – свечи даладекс по 1 на ночь №10, массаж простаты через день №7, ректальная лазеротерапия ежедневно №10. Лечение больных в ГС ( $n=51$ ) отличалось назначением вместо гемифлоксацина (фактива) офлоксацина (офлоксина-200).

Математическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при  $t > 2$ ,  $p < 0,05$  – 0,01. Характер связи ( $r$ ) между изучаемыми показателями устанавливали на основании корреляционно-регрессивного анализа. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с помощью пакета StatSoft Statistica v6.0.

**Результаты и обсуждение.** Через один месяц после лечения эрадикация *C.trachomatis* произошла у всех пациентов.

При сравнении динамики показателей между пациентами ОГ и ГС оказалось, что в ОГ статистически достоверным было уменьшение количества условно-патогенной флоры по четырём микроорганизмам, в ГС – лишь по двум. По результатам уретроскопии у больных ОГ на 11,9% чаще, чем в ГС происходила нормализация слизистой уретры на всём протяжении ( $p < 0,05$ ).

При исследовании содержимого предстательной железы у мужчин ОГ не было ни одного случая со значительным повышением числа лейкоцитов. У пациентов ГС их оказалось 6 (11,8%) ( $p < 0,05$ ).

Объективным показателем эффективности лечения хронического инфекционного простати-

та являлись данные УЗИ предстательной железы. Через один месяц после окончания лечения у мужчин ОГ улучшение эхоструктуры предстательной железы наступило в 44 из 53 случаев, в ГС – в 33 из 51, что на 18,3% реже, чем в ОГ ( $p < 0,05$ ).

Положительная динамика общей оценки симптомов хронического уретропростатита (по шкале NIH-CPSI) также была отмечена в обеих группах больных через один месяц после вышеуказанной терапии. Достоверные позитивные изменения общей оценки симптомов хронического уретропростатита (шкала NIH-CPSI) были более выражены в ОГ по сравнению с ГС.

Динамика ранее нарушенной половой функции, показателей уровня половых гормонов в сыворотке крови и показателей спермограммы была положительной в обеих группах, хотя число пациентов с повышенной вязкостью эякулята сократилось в ОГ и составило 12,5% человек; в ГС число этих больных определялось в пределах 33,3%. Количество больных с нормальным объёмом эякулята составило в ОГ 75%, в ГС – 68,2%.

Сравнительный анализ ближайших результатов терапии с использованием разработанной схемы показал более выраженную эффективность лечения в ОГ в сравнении с ГС.

Все пациенты (ОГ – 53, ГС – 51) были повторно обследованы через **шесть месяцев** после окончания лечения.

У мужчин ОГ при обследовании на ИППП методом ПЦР соскоба со слизистой уретры *C.trachomatis* и *M.genitalium* выявлены не были. У одного пациента обнаружена *M.hominis* (2,0%) и у одного (2,0%) – *U.urealyticum*. Среди больных ГС *C.trachomatis* установлены у 6 (11,2%) мужчин, *M.hominis* – у 1 (2,1%). У одного мужчины ГС *C.trachomatis* выявлялись в ассоциации с *U.urealyticum*.

Разница в частоте обнаружения *C.trachomatis* между мужчинами ОГ и ГС статистически достоверна ( $p < 0,05$ ).

В ОГ число пациентов с маловыраженной симптоматикой хронического уретропростатита (0-14) по шкале NIH-CPSI увеличилось и составило 36 (67,9%) человек. В ГС – увеличилось также и составило 23 (45,1%) мужчины.

У пациентов ОГ нормальный показатель числа лейкоцитов в содержимом простаты встречался чаще на 22,2%, чем у мужчин ГС ( $p < 0,05$ ); при этом у больных с нормальным состоянием эхоструктуры простаты нормальный показатель встречался чаще на 26,0% ( $p < 0,01$ ); при маловыраженной симптоматике хронического простатита – на 22,8% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, в сроки до шести месяцев у 2 (3,8%) из 53 пациентов ОГ произошло обострение хронического уретропростатита; в ГС обострение встречалось у 4 (7,8%) из 51 больного. Статистически достоверная разница была выявлена между эффективностью терапии через один и шесть месяцев: в ОГ была выше на 45,3% ( $p < 0,01$ ), в ГС – на 35,2% ( $p < 0,01$ ).

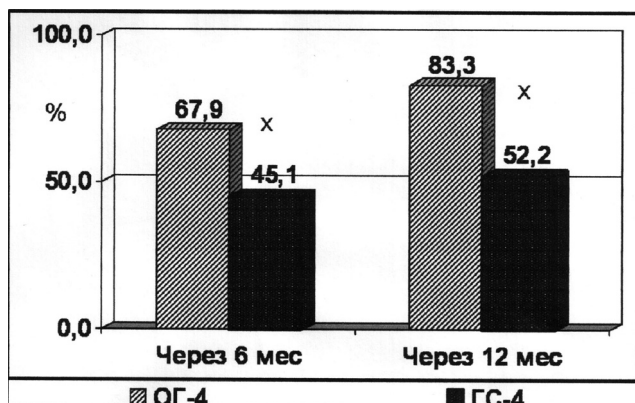
Через **двенадцать месяцев** после окон-

чания лечения удалось оценить его результаты в ОГ у 48 мужчин, в ГС – у 46. При обследовании на ИППП у пациентов ОГ *C.trachomatis* и *M.genitalium* не обнаружены. У одного (2,1%) из 48 больных установлена *M.hominis* и у одного – (2,1%) *U.urealyticum*. У пациентов ГС *M.genitalium* не обнаружена, *M.hominis* выявлена у двух (4,3%) из 46 пациентов, *U.urealyticum* – у одного (2,2%), *C.trachomatis* – также у одного больного (2,2%). Анализ случая выявления *C.trachomatis* показал, что инфицирование было повторным.

Через 12 месяцев после окончания лечения пациенты (кроме указанных выше) не предъявляли жалоб, которые могли бы послужить поводом для проведения дополнительного обследования. В связи с этим за основу эффективности терапии взят суммарный балл симптоматики хронического уретропростатита (шкала NIH-CPSI). Оказалось, что в ОГ число больных с маловыраженной симптоматикой уретропростатита увеличилось на четыре и составило 40 (83,3%) из 48 пациентов, в ГС – на одного и составило 24 (52,2%) из 46 мужчин. В ОГ было на 31,1% больше пациентов с высоким показателем эффективности терапии ( $p<0,01$ ).

Сравнительные данные эффективности лечения больных хроническим уретропростатитом в ОГ и ГС (по шкале NIH-CPSI) через 6 и 12 месяцев после окончания терапии отражены на рисунке.

Таким образом, в ОГ шло нарастание числа лиц с маловыраженной симптоматикой хронического простатита. Следовательно, комбинация гемифлоксацина (фактива) с азитромицином (сумамедом) в сочетании с аналогичной в обеих группах терапией у больных хроническим уретропростатитом себя оправдала.



**Рис. Число больных (%) с маловыраженной симптоматикой (по шкале NIH-CPSI) хронического простатита через 6 и 12 месяцев после окончания лечения.**

### Заключение

Проведённое исследование продемонстрировало эффективность разработанных схем лечения больных инфекционным уретропростатитом как в ближайшие, так и в отдалённые сроки.

Через месяц после лечения у больных ОГ гораздо чаще происходила эрадикация условно-патогенной флоры в содержимом секрета предстательной железы, нормализация слизистой уретры; на 18,0% чаще определялся нормальный показатель числа лейкоцитов в отделяемом из уретры ( $p<0,05$ ). В ОГ было большее количество мужчин с улучшением эхоструктуры предстательной железы по сравнению с ГС ( $p<0,05$ ).

Более выраженная положительная динамика приведенных выше показателей у больных ОГ в сравнении с ГС оказала влияние на уровень половых гормонов в сыворотке крови, спермограмму, состояние половой функции.

Прослежены отдалённые результаты лечения больных. Через **шесть** месяцев после его окончания у мужчин ОГ *C.trachomatis* обнаружены не были, в ГС их установили у 11,8% больных ( $p<0,05$ ). *M.genitalium* отсутствовали как в ОГ, так и в ГС. В единичных случаях в обеих группах больных выявлялись *U.urealyticum* и *M.hominis*.

При анализе состояния предстательной железы установлено, что нормальный показатель числа лейкоцитов в содержимом простаты на 22,2% чаще встречался у мужчин в ОГ, чем в ГС; лецитиновых зёрен – на 20,3%; мужчин с нормальным состоянием эхоструктуры простаты оказалось в ОГ больше на 26%, с маловыраженной симптоматикой уретропростатита (по шкале NIH-CPSI) – на 22,8% ( $p<0,05-0,01$ ).

Через **двенадцать** месяцев после окончания лечения в ОГ *C.trachomatis* и *M.genitalium* не установлена.

*U.urealyticum* и *M.hominis* были выявлены соответственно у 1 (2,1%) и у 1 (2,1%) мужчины. В ГС *M.genitalium* не выявлена, *M.hominis* определялась у 2 (4,3%), *U.urealyticum* – у 1 больного (2,2%). *C.trachomatis* обнаружены у 1 пациента (это было повторное заражение).

Изучение суммарного балла симптоматики хронического уретропростатита (шкала NIH-CPSI) показало, что в ОГ число пациентов с маловыраженной симптоматикой увеличилось к этому сроку наблюдения и составило 83,3%, в ГС – 52,2% ( $p<0,01$ ).

Эти показатели подтвердили обоснованность нашего выбора: комбинации гемифлоксацина (фактива) и азитромицина (сумамеда) для повышения эффективности лечения больных с хроническим инфекционным уретропростатитом.

Данная схема лечения хронического инфекционного уретропростатита с успехом может быть использована в практическом здравоохранении.

## Литература

1. Вошула, В.И. Диагностика и лечение хронического простатита / В.И. Вошула // Методическое руководство. – Минск, 2001. – 15 с.
2. Гомберг, М.А. Клиническое значение Mucoplasma genitalium у мужчин / М.А. Гомберг, В.П. Ковалык, Н.К. Абудуев, О.А. Бурцев // Тез. научн. работ / IX Всеросс. съезд дерматовенерол. – М., 2005. – Т. II. – С. 72-73.
3. Камалов, А.А. Мужское здоровье – междисциплинарная проблема / А.А. Камалов // Первый Всеросс. образовательный курс: Мужское здоровье – междисциплинарная проблема. Лекции. – Кисловодск, 2007. – С. 2-4.
4. Кузнецкий, Ю.А. Распространённость уретрита, а также инфекций, передаваемых половым путём, у пациентов с отдельными формами хронического простатита / Ю.А. Кузнецкий // Вестн. дерматол. и венерол. – 2006. – №4. – С. 57-61.
5. Кучерский, В.М. Современные проблемы в лечении хронического простатита / В.М. Кучерский, А.А. Калмыков, Е.И. Дубков // Русский медицинский журнал. – 2008. – №25. – С. 1677-1679.
6. Хачикян, Х.М. Сравнительные результаты лечения хронического уретропростатита, вызванного Chlamydia trachomatis / Х.М. Хачикян, А.С. Дадикян // Росс. научно-практич. конф. дерматовенерол.: Санкт-Петербургские дерматологич. чтения. Мат-лы конф., 2005. – С. 101.
7. Чеботарёв, В.В. Клинические аспекты урогенитальной хламидийной инфекции / В.В. Чеботарёв. – Ставрополь, 2006. – 220 с.
8. Skerk, V. The role of Chlamydia trachomatis in prostatitis syndrome – our experience in diagnosis and treatment / V. Skerk, I. Krhen, V. Cajic [et al.] // Acta Dermatovenerol. Croat. – 2007. – Vol. 15, №3. – P. 135-140.
9. Wagenlehner, F. Chlamydial infections and prostatitis in men / F. Wagenlehner, K. Naber, W. Weidner // BJU Int. – 2006. – Vol. 97. – P. 687-690.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРАБОТАННЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ УРЕТРОПРОСТАТИТОМ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

М.С. АСХАКОВ, В.В. ЧЕБОТАРЁВ

Произведено сравнение эффективности лечения 53 больных мужским хроническим инфекционным уретропростатитом препаратом гемифлоксацин (фактив) в сочетании с азитромицином (сумамедом) (основная группа – ОГ) и 51 больного – офлоксацином (офлоксином-200) (группа сравнения – ГС). В обоих случаях проводилась комплексная патогенетическая терапия. Почти у половины больных была обнаружена *C. trachomatis* в виде моноинфекции. После окончания терапии ближайшие и отдалённые результаты разработанной схемы лечения показали высокую эффективность. Отмечено достоверное преимущество терапии пациентов ОГ. Таким образом, присоединение к фторхинолонам азитромицина (сумамеда) повысило эффективность терапии больных инфекционным уретропростатитом как в ГС, так и, особенно, в ОГ.

**Ключевые слова:** уретропростатит, лечение, гемифлоксацин, даладекс, офлоксацин, азитромицин

## EFFICIENCY OF THE DEVELOPED SCHEMES OF TREATMENT OF INFECTIOUS URETHROPROSTATITIS PATIENTS IN THE NEAREST AND REMOTE TERMS

ASKHAKOV M. S., CHEBOTARYOV V.V.

Comparison of efficiency of treatment of 53 male patients with chronic infectious urethroprostatitis with a preparation hemifloxacin (factive) in combination with azitromycin (sumamed) (the basic group – BG) and 51 patients – with ofloxacin (ofloxine-200) (comparison group – CG) is made. In both cases complex pathogenetic therapy was carried on. *C. trachomatis* in the form of mono-infection has been revealed almost in half of patients. After the therapy termination the immediate and follow-up results of the developed scheme of treatment have shown high efficiency. Authentic advantage of therapy of BG patients is noted. Thus, bonding of azitromycin (sumamed) to fluorine quinolones has increased efficiency of therapy of infectious urethroprostatitis patients as in CG, and, especially, in BG.

**Keywords:** urethroprostatitis, treatment, hemifloxacin, dalarhex, ofloxacin, azitromycin