

УДК 616.65 – 002:616-036.8

**РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ****Старокожко Л.Е., Чеботарев В.В., Крашенинников В.Л., Деревянко Т.И.**
*ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Ставрополь, e-mail: sgmakvd@mail.ru*

В статье представлена сравнительная оценка различных методов терапии 120 больных хроническим бактериальным простатитом. Отмечены наиболее эффективные методики реабилитационного лечения данной категории лиц. Установлено, что наибольшая эффективность была достигнута в двух основных группах, пациентам которых назначали ректальные свечи с густым экстрактом корня солодки, разработанные авторами. При сравнении результатов лечения первой и второй основных групп выявлено, что включение в комплекс терапии общих минеральных ванн слабоуглекислых сульфатно-карбонатных оказывало более выраженное влияние на эффективность терапии, что подтверждалось объективными исследованиями – ультразвуковое сканирование простаты, показатели лейкоцитов в соке простаты, его pH, динамикой показателей половых гормонов, данными спермограммы. В группе сравнения пациентам, которым не назначали ректальные свечи, эффективность терапии оказалась по указанным показателям ниже, в сравнении с основными группами. Ректальные свечи «Суппэксол» можно назначать и в монотерапии в связи с выраженным их противовоспалительным эффектом.

Ключевые слова: простатит, ректальные свечи, лечение, минеральные ванны

**REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS
WITH CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS****Starokozhko L.E., Chebotarev V.V., Krasheninnikov V.L., Derevyanko T.I.**
Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: sgmakvd@mail.ru

The article presents a comparative evaluation of different methods of therapy of 120 patients with chronic bacterial prostatitis. The most effective methods of rehabilitation treatment of this category of patients were noted. It was found that the greatest efficiency was achieved in two main groups of patients, to whom rectal suppositories with thick extract of licorice root developed by the authors were administered. When comparing the results of treatment of the first and second main groups it was revealed that the inclusion of weak carbonic acid sulphate carbonate baths into a complex therapy of common mineral baths had a stronger effect on the effectiveness of the therapy, that was confirmed by objective researches using an ultrasound scan of the prostate, indices of leukocytes in the prostate juice, its pH, dynamics of sex hormones indices, and data of spermiogram. In the comparison group of patients who were not administered rectal suppositories, the effectiveness of therapy for these indices was lower in comparison with the main groups. Rectal suppositories «Suppeksol» can be administered during monotherapy due to their marked anti-inflammatory effect.

Keywords: prostate, rectal suppositories, treatment, mineral baths

Хронический бактериальный простатит (ХБП) занимает наибольший удельный вес среди других причин поражения простаты [1, 2]. Предлагаемые методы и средства терапии направлены как на ликвидацию причиннозависимого инфекционного агента, так и устранение хронического воспалительного процесса [9, 10, 11]. С этой целью назначают препараты, проникающие в предстательную железу (фторхинолоны, макролиды, тетрациклины).

Указанная терапия приводит к определенному успеху в ближайшие сроки, но не обеспечивает стойкой реабилитации больных, что определяет поиски включения в реабилитационный комплекс естественных курортных факторов и фитотерапевтических.

Наше внимание привлек густой экстракт корня солодки (ГЭКС) [3, 4]. Известно, что он обладает антибактериальным, иммуномодулирующим, вазоактивным и антиоксидантным свойствами, изменяет

характер продукции тестостерона, не влияя на уровень цАМФ и концентрацию прогестерона. ГЭКС подавляет превращение андростендиола в тестостерон, снижая активность 17 β-гидрооксистерон-дегидрогеназы и тестостерон-5 α-редуктазы [5, 6]. Кроме этого, он, повышая текучесть клеточных мембран, может оказывать не только выраженное общее, но и местное воздействие, в частности при трансректальном способе введения, которое приобретает все большую популярность [7, 8].

Цель исследования – разработать рецептуру ректальных свечей с густым экстрактом корня солодки и оценить их эффективность в комплексном реабилитационном лечении больных ХБП в условиях курорта.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 120 мужчин, которые были разделены на 3 группы. Первую основную группу (ОГ-1) составили 20 больных, которым

назначали ректальные свечи с ГЭКС по одной 2 раза в день в течение 10 дней. Второй основной группе (ОГ-2) наблюдаемых из 60 пациентов ректальные свечи с ГЭКС + общие минеральные ванны со слабо-углекислой сульфатно-гидрокарбонатной кальциево-натриевой водой температуры 36-37°C, продолжительностью 12-15 мин, в количестве 8 процедур. Группа сравнения (ГС) состояла из 40 мужчин с ХБП, которые принимали общие минеральные ванны. Общим для пациентов трех групп был прием внутрь минеральной воды Славяновского источника по 200 мл внутрь за 30 мин до еды и массаж предстательной железы № 8.

При разработке прописи свечей с ГЭКС удалось найти композицию с гидрофильной основой (ПЭГ-6000 и полиэтиленгликольстеаратом), которая отвечает всем требованиям и стандартам XI и XII Государственной фармакопеи. Указанные суппозитории обеспечивают и высокий уровень биодоступности глюкокортикостероидов (ГК).

Изучали в динамике основные симптомы заболевания, состояние предстательной железы при пальпаторном исследовании и ультразвуковом сканировании, показатели сока простаты, pH, спермограммы, гормональный спектр.

Математическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica 7,0 и SPSS 16.0 for Windows. Использовали непараметрический критерий Уилкоксона и критерий Манна – Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Под влиянием проведенного лечения отмечалась положительная динамика основных симптомов заболевания.

Успешным оказались все варианты проводимой терапии, однако лишь комплексное курортное лечение в комбинации с ректальными суппозиториями и массажем простаты обладало наиболее выраженным обезболивающим действием. Так, если до лечебного воздействия в ОГ-2 боли отмечали 77,0 ± 6% пациентов, то по его завершению аналогичные жалобы не регистрировались (0 ± 0%), $P < 0,001$. В ОГ-1 – у 98,0 ± 9% и 23,0 ± 2%, $P < 0,001$ соответственно; в ГС – у 85,0 ± 6% и 50,0 ± 8%, $P < 0,01$ соответственно.

Существенное позитивное влияние на половую функцию установлено в ОГ-2 (57,0 ± 7% – 25,0 ± 6%), $P < 0,001$ и в ОГ-1 (95,0 ± 5% – 55,0 ± 11%), $P < 0,001$. Пациенты ГС не замечали благоприятных изменений (65,0 ± 8% и 63,0 ± 8% соответственно, $P > 0,8$). Динамика дизурических нарушений также была более предпочтительна в ОГ-2 – 63,0 ± 6% и 10,0 ± 0,4%; $P < 0,001$. Однако она оказалась положительной и в ОГ-1 (55,0 ± 12% – 15,0 ± 8%, $P < 0,01$), и в ГС-1 (85,0 ± 6% – 63,0 ± 8%, $P < 0,05$ соответственно).

Весьма показательны сведения о динамике основных типов половых нарушений.

Так, если преждевременную эякуляцию значительно реже отмечали после окончания лечения лица из ОГ-1 – 75,0 ± 10% – 20,0 ± 9%, $P < 0,001$ и ОГ-2 – 43,0 ± 7% и 25 ± 6%, $P < 0,05$ соответственно, то в ГС она существенно не менялась (65,0 ± 8% – 63,0 ± 8%, $P > 0,8$). Неполноценную эрекцию ранее отмечали лишь наблюдаемые ОГ-1, причем в процессе лечения она стала значительно реже: 95,0 ± 5% и 55,0 ± 11%, $P < 0,01$. Половое влечение восстанавливалось более выражено у больных ОГ-2 (57,0 ± 7% – 25 ± 6%, $P < 0,001$) и ГС (58,0 ± 8% – 35,0 ± 8%, $P < 0,05$), при 30,0 ± 11 и 15 ± 8%, $P > 0,2$, что, очевидно, связано с определенным влиянием естественных природных факторов в курортном лечебном комплексе.

Во всех группах исследования, хотя и в разной степени, уменьшалась асимметрия конфигурации железы ($P < 0,02$ – $P < 0,001$). Причем этот показатель изменялся более выражено в группах с курортным лечебным комплексом: ГС – 93,0 ± 4% – 20,0 ± 6%, $P < 0,001$ и ОГ-2 – 90,0 ± 4% – 0 ± 0%, $P < 0,001$ соответственно. Контуры простаты и бороздка становились более четкими во всех группах исследований ($P < 0,001$), а болезненность при пальпаторном давлении более динамично снижалась у пациентов ОГ-1 и ОГ-2: в ОГ-1 – 90,0 ± 7% и 5,0 ± 5%, ($P < 0,001$); в ОГ-2 – 97,0 ± 2 и 12 ± 4%, ($P < 0,001$), в ГС – 95,0 ± 4% и 58,0 ± 8%, $P < 0,001$ соответственно. Для получения более полной характеристики изменения морфологической картины простаты под влиянием лечения нами проведен статистический анализ полученных в результате УЗИП данных.

В группе ОГ-1 отмечалась выраженная тенденция к восстановлению нормальных размеров простаты. Если продольный размер до лечения был равен 51,1 ± 0,04 мм, то по его завершению стал 45,8 ± 0,09 мм ($P < 0,001$); поперечный – 46,0 ± 0,06 и 43,3 ± 0,08 мм ($P < 0,01$); передне-задний – 36,6 ± 0,05 мм и 33,2 ± 0,09 ($P < 0,001$) соответственно. В группах ОГ-2 и ГС – 50,8 ± 0,09 мм – 48,4 ± 0,09 мм ($P > 0,05$); 44,5 ± 0,09 мм – 42,1 ± 0,09 мм ($P > 0,05$), 39,1 ± 0,11 мм – 35,8 ± 0,1 ($P < 0,05$) и 54,7 ± 0,15 мм – 51,2 ± 0,12 мм ($P > 0,05$), 46,5 ± 0,14 мм – 43,4 ± 0,09 мм ($P > 0,05$), 45,8 ± 0,11 мм – 43,3 ± 0,11 мм ($P > 0,1$) соответственно. Таким образом, под влиянием изучаемых методов терапии больных ХБП более существенные изменения всех размеров органа отмечались в группе ОГ-1, только продольный – в ОГ-2, и в группе ГС достоверных отличий не установлено. Наряду

с морфологическими изменениями предстательной железы регистрировались положительные показатели сока простаты. Количество лейкоцитов достоверно изменялось во всех группах. В ОГ-1 – с $12,9 \pm 0,9$ до $7,7 \pm 0,6$ $(P < 0,01)$; в ОГ-2 – с $15,7 \pm 0,7$ до $7,9 \pm 0,2$ $(P < 0,001)$; в ГС – с $17,8 \pm 1,6$ до $12,2 \pm 1,2$ $(P < 0,01)$ соответственно. Активная реакция среды достигала нормального уровня (рН 7,7–8,5) только у лиц, которым назначали свечи: с $6,6 \pm 0,08$ до $7,9 \pm 0,09$ $(P < 0,001)$, в ОГ-2 – с $6,7 \pm 0,04$ до $7,2 \pm 0,02$ $(P < 0,001)$, а в ГС – с $7,1 \pm 0,1$ до $7,4 \pm 0,05$ $(P < 0,01)$, т.е. установлена лишь тенденция к восстановлению нормального уровня рН.

Полученные данные весьма информативны и свидетельствуют о том, что результаты лечения в основных группах оказались предпочтительными. На это указывают более выраженное снижение времени разжижения эякулята: в ОГ-1 с $56 \pm 1,9$ до $49 \pm 2,0$ мин $(P < 0,05)$; в ОГ-2 с $31 \pm 1,0$ до $21 \pm 1,0$ мин $(P < 0,001)$, в ГС с $39 \pm 3,0$ до $33 \pm 3,0$ $(P > 0,1)$. Число патологических сперматозоидов снижалось: в ОГ-1 с $25 \pm 1,0$ до $17 \pm 1,0$ $(P < 0,001)$; в ОГ-2 – с $22 \pm 1,0$ до $19 \pm 1,0$ $(P < 0,05)$, в ГС-1 – с $25 \pm 2,0$ до $23 \pm 1,0$ $(P > 0,7)$. В то же время у всех наблюдаемых регистрировался существенный противовоспалительный эффект с нормализацией количества лейкоцитов: в ОГ-1 их число снизилось с $10,8 \pm 0,58$ до $5,5 \pm 0,42$ $(P < 0,001)$; в ОГ-2 – с $14,9 \pm 1,1$ до $7,6 \pm 0,33$, $(P < 0,001)$, в ГС – с $9,28 \pm 0,72$ до $6,43 \pm 0,48$ $(P < 0,02)$.

Под влиянием проводимого лечения гормональный спектр изменялся неоднозначно. Так, в ГС позитивные сдвиги не были зарегистрированы: тестостерон – с $6,2 \pm 0,6$ до $7,0 \pm 0,7$ нмоль/л, $P > 0,1$; ФСГ – с $1,5 \pm 0,2$ до $2,1 \pm 0,3$ МЕ/мл, $P > 0,1$; пролактин с $6,55 \pm 8,8$ до $6,43 \pm 0,48$ МЕ/л, $P > 0,7$ и ЛГ – с $2,5 \pm 1,2$ до $2,9 \pm 1,2$ МЕ/мл, $P > 0,8$. Тогда как в ОГ-1 отмечалось существенное увеличение уровня тестостерона ($4,5 \pm 0,5$ – $7,6 \pm 0,7$ нмоль/л, $P < 0,001$). Еще более выраженный гормонопродуцирующий потенциал обнаружен в ОГ-2, в которой был установлен подъем концентрации не только тестостерона ($5,1 \pm 0,2$ – $6,9 \pm 0,2$ нмоль/л, $P < 0,001$), но и ФСГ ($2,1 \pm 0,3$ – $3,1 \pm 0,3$ МЕ/мл, $P < 0,05$) и пролактина ($59,1 \pm 5,1$ – $74,1 \pm 5,2$ МЕ/л, $P < 0,05$). Кроме того, была установлена корреляционная связь в ОГ-1 и ОГ-2 между повышением уровня пролактина и болями в области промежности соответственно ($r = -0,63$ и $r = -0,71$). Последнее, очевидно, связано с тем, что указанный гормон оказывает влияние на порог болевых ощу-

щений, а также с обезболивающим действием самого густого экстракта корня солодки.

Выводы

1. В арсенал средств восстановительного лечения целесообразно включить суппозитории «Суппэксол», содержащие 0,75 г густого экстракта корня солодки и 1,25 г полиэтиленгликоля 6000 и 0,25 полиэтиленгликоля стеарата.

2. Лечебный реабилитационный комплекс в условиях курорта должен состоять из общих минеральных ванн с слабоуглекислой сульфатно-гидрокарбонатной водой температуры 36–37°C, продолжительностью 12–15 мин, в количестве 8 процедур, массажа простаты через день № 8 и ректальных суппозиторий по одной 2 раза в день в течение 10 дней.

3. При ХБП суппозитории «Суппэксол» могут использоваться в качестве монотерапии, для обеспечения противовоспалительного эффекта, что подтверждается данными УЗИП, нормализацией рН спермы, теста арборизации, увеличением количества активных сперматозоидов.

Список литературы

1. Асхаков М.С. Инфекционные уретриты и простатиты: современные методы лечения / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарев // LAMBERT Academic Publishing. – 2012. – 175 с.
2. Ткачук В.Н. Хронический простатит. – М.: Медицина для всех, 2006. – 112 с.
3. Бережинская В.В. К фармакологии препаратов корня солодки голой / В.В. Бережинская с соавт. // Фармакол. и токсикол. – 1964. – С. 2–6.
4. Бондарев А.Н. Солодка (обзор) / А.Н. Бондарев, Ф.С. Зарудий, И.А. Русаков // Хим. фарм. журнал. – 1995. – Т. 29. – № 10. – С. 33–39.
5. Гундорова Л.В. Новое в лечении хронического простатита // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 6. – С. 372–374.
6. Муравьев И.А. К оценке индукции интерферона препаратами солодки голой / И.А. Муравьев, Л.Е. Старокожко // 2 Междунар. симпозиум по реабилитации иммунной системы: тез. докл. – Дагомыс, 1990. – С. 263.
7. Гушин Б.Л. Применение $\alpha 1$ -адреноблокаторов при лечении хронического простатита / Б.Л. Гушин, А.Г. Мартов // Урология. – 2003. – № 3. – С. 62–66.
8. Степанова Э.Ф. Состояние исследований и перспективы использования травы солодки голой (обзор) / Э.Ф. Степанова, А.М. Сампиев // Хим.-фарм. журн. – 1997. – Т. 31. – № 10. – С. 39–43.
9. Carion G.C. Plain-fosse. Correlation between radiography, ultasonography, computed tomography and patologic findings in prostatic disease / G. Carion, P. Voong-Nganq, S. Merran et al. // Urology, 1985. – Vol. 26. – № 6. – P. 599–602.
10. Krieger J.N. Prokaryotic DNA sequences in patients with chronic idiopathic prostatitis / J.N. Krieger, D.E. Riley, M.C. Roberts et al. // J Clin Microbiol, 1996. – Vol. 34. – P. 3120–3128.
11. Krieger J.N. Epidemiology of prostatitis / J.N. Krieger, Wen Shaun, Lee Huey et al. // Int. J. Antimicrob. Agents Suppl. – 2008. – № 31. – P. 104–107.

References

1. Ashakov M.S. Infekcionnye uretrit i prostatity: sovremennye metody lechenija / M.S. Ashakov, V.V. Chebotarev // LAMBERT Academic Publishing, 2012. 175 p.
2. Tkachuk V.N. Hronicheskij prostatit // M.: Medicina dlja vseh, 2006. 112 p.
3. Berezhinskaja V.V. K farmakologii preparatov kornja solodki goloj / V.V. Berezhinskaja s soavt. // Farmakol. i toksikol., 1964. pp. 2–6.
4. Bondarev A.N. Solodka (obzor) / A.N. Bondarev, F.S. Zarudij, I.A. Rusakov // Him. farm. zhurnal, 1995. T. 29. no. 10. pp. 33–39.
5. Gundorova L.V. Novoe v lechenii hronicheskogo prostatita / L.V. Gundarova // Russkij medicinskij zhurnal, 2003. no. 6. pp. 372–374.
6. Murav'ev I.A. K ocenke indukcii interferona preparatami solodki goloj / I.A. Murav'ev, L.E. Starokozhko // 2 Mezhdunar. simpoz. po rehabilitacii immunnoj sistemy. Tez. dokl. Dagomys, 1990. pp. 263.
7. Gushhin B.L. Primenenie α 1-adrenoblokatorov pri lechenii hronicheskogo prostatita / B.L. Gushhin, A.G. Martov // Urologija, 2003. no. 3. pp. 62–66.
8. Stepanova Je.F. Sostojanie issledovanij i perspektivy ispol'zovanija travy solodki goloj (obzor) / Je.F. Stepanova, A.M. Sampiev // Him.-farm. zhurn., 1997. T. 31. no. 10. pp. 39–43.
9. Carion G.C. Plain-fosse. Correlation between radiography, ultasonography, computed tomography and patalogic findings in prostatic disease / G. Carion, P. Voong-Nganq, S. Merran et al. // Urology, 1985. Vol. 26. no. 6. pp. 599–602.
10. Krieger J.N. Prokaryotic DNA sequences in patients with chronic idiopathic prostatitis / J.N. Krieger, D.E. Riley, M.C. Roberts et al. // J Clin Microbiol, 1996. Vol. 34. pp. 3120–3128.
11. Krieger J.N. Epidemiology of prostatitis / J.N. Krieger, Wen Shaun, Lee Huey et al. // Int. J. Antimicrob. Agents Suppl., 2008. no. 31. pp. 104–107.

Рецензенты:

Чумаков П.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь;

Базиков И.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой микробиологии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь.

Работа поступила в редакцию 04.06.2014.