

Улучшение отдаленных результатов антибактериальной терапии
хронического инфекционного простатита при
использовании Рекицена-РД®

М.И.Давидов, В.Ф.Кузнецов, А.П.Соколов

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера федерального
агентства по здравоохранению и социальному развитию

Введение. Хронический простатит - самое распространенное урологическое заболевание у мужчин в возрасте до 50 лет [8].

В отдельную категорию II выделен хронический бактериальный (инфекционный) простатит [8]. Центральное место в лечении занимает антибактериальная терапия длительностью 6 – 12 недель. Препаратами выбора являются фторхинолоны, макролиды и тетрациклины. Лечение бывает малоэффективным, отмечаются частые рецидивы, требующие нового курса использования антибиотиков [1, 3-7,9].

Для больных с данным заболеванием характерно неправильное питание с недостатком в рационе пищевых волокон (ПВ). У 30 – 70% больных отмечается наличие дисбактериоза кишечника [5]. Представленное рассматривается как фактор возникновения воспалительных процессов во внутренних органах. Формированию воспалительных процессов во внутренних органах способствуют транслокация микроорганизмов через стенку кишечника в кровь и нарушения иммунитета у этих больных [2].

Учитывая выше изложенное, наряду с антимикробной терапией, проводили функциональное питание, направленное на устранение дефицита ПВ, что достигается путем энтерального использования «Рекицен-РД®» (ЗАО «Ягодное» г. Киров). Этот продукт содержит комплекс ПВ пшеничных отрубей, ферментированных винными дрожжами, и короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) и применяется при различных патологических процессах, возникающих в результате дефицита ПВ в питании человека [2].

В литературе мы не встретили работ, посвященных применению Рекицена-РД® в урологии вообще и при заболеваниях предстательной железы в частности.

Цель работы – использование антибактериальных средств и функционального питания, включающего комплексы ферментированных ПВ и КЦЖК (Рекицен-РД®), при лечении хронического инфекционного простатита.

Материалы и методы. Проведено проспективное открытое сравнительное рандомизированное исследование эффективности и безопасности функционального питания, включающего комплексы ферментированных ПВ и КЦЖК (Рекицен-РД®) при антибактериальном лечении хронического инфекционного простатита. Обследовано 64 пациента в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст 39,8 ±5 лет). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 18 лет (в среднем 4,5±2,2 года). Для диагностики использовали общеизвестные методы, проведенные в динамике.

Большинство пациентов находились на амбулаторном лечении. Все они дали письменное информированное согласие на проведение исследования.

Пациенты методом случайных чисел были рандомизированы на две группы численностью по 32 человека. По среднему возрасту, средней длительности заболевания, среднему микробному числу и другим показателям обе группы были статистически однородными.

Антибактериальную терапию проводили в соответствии с рекомендациями Европейской Ассоциации урологов [9], непрерывно в течение 8 недель с учетом чувствительности возбудителя и с чередованием препаратов. Использовали фторхинолоны, тетрациклины и макролиды.

Больные 1-й (основной) группы 8 недель получали антибактериальную терапию и дополнительно Рекицен-РД® в дозе по 1-2 столовых ложки (до 10 г) 3 раза в сутки во время еды.

Больные 2-й (контрольной) группы 8 недель получали такую же антибиотикотерапию без использования Рекицена-РД®.

Для обеспечения объективности оценки эффективности Рекицена-РД из лечения на период всего исследования по согласию больного были исключены современные средства патогенетического лечения (альфа-адреноблокаторы, витапрост и др.).

С 3 по 6 месяц больные обеих групп не получали никакого лечения, за ними проводили только динамическое наблюдение. Оценку результатов лечения осуществляли через 8 недель (т.е. сразу после окончания антибактериальной терапии) и через 6 месяцев (после 4-месячного перерыва в лечении).

Критериями клинической эффективности являлись уменьшение (исчезновение) болей и других симптомов заболевания, улучшение качества жизни, улучшение состояния предстательной железы по данным ректального пальцевого исследования и ТРУЗИ.

Критериями лабораторной эффективности служили уменьшение числа лейкоцитов в секрете предстательной железы и повышение количества лецитиновых зерен.

Критериями бактериологической эффективности являлись: эрадикация – исчезновение микроорганизма из предстательной железы при контрольном бактериологическом исследовании; персистенция - продолжает выделяться патоген, выделенный при первичном обследовании; суперинфекция - произошло выделение нового возбудителя.

Достоверность различий в группах вычисляли с использованием парного t-теста Стьюдента и теста Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром, расстройства мочеиспускания, качество жизни оценивали по шкале NIH-CPSI.

Через 8 недель антибактериальной терапии выраженность боли достоверно снизилась в обеих группах, разницы между группами нет ($P > 0,05$). Через 4 месяца после отмены антибиотиков во 2-й группе нарастала болевая симптоматика. В 1-й группе возобновление боли было менее выражено ($P < 0,05$). Динамика изменения выраженности дизурии в обеих группах исходно, через 8 недель, через 6 месяцев не отличалась.

До лечения в обеих группах качество жизни пациентов было низким, после 8-недельного лечения качество жизни улучшилось в обеих группах, но более заметно в основной группе, при $P > 0,05$. Через 4 месяца перерыва в лечении в основной группе качество жизни оставалось высоким, а в группе сравнения отмечалось ухудшение качества жизни ($P < 0,05$).

Для оценки воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии исследовали число лейкоцитов в секрете предстательной железы. В обеих группах после 8-недельной антибактериальной терапии число лейкоцитов в поле зрения снизилось до нормы. После отмены антибиотиков, в течение 4 месяцев в основной группе число лейкоцитов не нарастало, а в контрольной группе - вновь стало нарастать ($P < 0,05$).

Содержание лецитиновых зерен в секрете предстательной железы является показателем ее секреторной функции. Следует отметить, что число больных с нормальной секреторной функцией предстательной железы через 2 и 6 месяцев была достоверно выше в основной группе, чем в группе сравнения ($P < 0,01$).

В секрете предстательной железы и/или 3-й (постмассажной) порции мочи исходно у всех 64 больных выявлены микроорганизмы. После 8-недельной антибактериальной терапии эрадикация возбудителя фиксируется у одинаково высокого процента пациентов в той и другой группе ($P > 0,05$). После 4-месячного перерыва в лечении, в основной группе сохраняется высокий ($81,25 \pm 6,9\%$) показатель эрадикации, а в группе сравнения уровень эрадикации снижается до $59,4 \pm 8,6\%$ ($P < 0,05$).

При ректальном пальцевом исследовании предстательной железы через 8 недель терапии получены однонаправленные и близкие результаты уменьшения пастозности и болезненности железы в обеих группах с некоторым преимуществом в основной группе ($P > 0,05$). Через 4 месяца после перерыва в лечении в контрольной группе по сравнению с

основной достоверно ($P < 0,05$) увеличивается число больных с пастозной железой (37,5%), болезненностью (40,6%) при ее пальпации.

При УЗИ объем железы в основной группе исходно составлял $29,6 \pm 2,5 \text{ см}^3$, после 8-недельного лечения уменьшился до $23,0 \pm 2,0 \text{ см}^3$ (снижение на $6,6 \text{ см}^3$, при $P < 0,05$). Через 6 месяцев объем железы составил $25,6 \pm 2,9 \text{ см}^3$, оставаясь ниже исходного уровня. Это свидетельствует об уменьшении объема железы за счет уменьшения отека и инфильтрации простатической паренхимы в основной группе.

В контрольной группе через 8 недель объем предстательной железы снизился на $3,5 \text{ см}^3$ ($P > 0,05$), т.е. в меньшей степени, чем в основной группе, а в отдаленные сроки предстательная железа достигла исходных размеров ($29,0 \pm 2,6 \text{ см}^3$).

Общая эффективность терапии оценивалась на основании суммирования оценок клинической, лабораторной и бактериологической эффективности через 6 месяцев исследования. В основной группе у 96,9% больных достигнуты положительные результаты лечения при проведении антибактериальной терапии с добавлением Рекицена-РД®. В контрольной группе этот показатель составил 81,2% больных ($P < 0,05$).

Компоненты Рекицена-РД®, к которым относятся ферментированные ПВ и КЦЖК обладают иммуномодулирующим, противовоспалительным, пребиотическим действием, препятствующим формированию воспалительных процессов во внутренних органах. Вероятно, это и определяет увеличение эффективности лекарственной терапии на фоне использования функционального питания, включающего БАД Рекицен-РД®.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидов М. И., Токарев М. В., Шуренков И. В. и др. В кн.: Актуальные проблемы урологии и андрологии. Челябинск: Абрис; 2007. 154-157.
2. Кузнецов В.Ф., Кулемин Л.М., Бондаренко В.М. // Вятский медицинский вестник. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной биохимии», посвященной 20-летию Кировской государственной медицинской академии. - №4, 2007.- С. 188-192.
3. Лопаткин Н. А. (ред.). Руководство по урологии. Т. 2. М.: Медицина; 1998. 400-439.
4. Перепанова Т.С. Эффективная фармакотерапия в урологии 2009; 2: 2-7.
5. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М.: Медицина; 2006.112.
6. Шевяков М.А. Коррекция дисбиоза кишечника: современные подходы. Лечащий врач 2007; 6: 2-7.
7. Щетинин В. В., Колпинский Г. И., Зотов Е. А. Лечение хронического простатита. М.: Медицина; 2002. 240.
8. Krieger J. N. Classification, epidemiology and implications of chronic prostatitis in North America, Europe and Asia. Minerva Urol. Nephrol. 2004; 56 (2): 99-107.
9. Европейская ассоциация урологов. Краткие рекомендации. Издание 2009 г. Пер. с англ. Ф.С.Бова. Ростов-на Дону, 2009, 317 с.