

Простатилен®

ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА



Играет важную роль в работе иммунной системы

Предотвращают развитие патологических процессов в предстательной железе и способствуют сохранению целостности сперматозоидов



Способствуют уменьшению отёка, застоя секрета и лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы

ДОКАЗАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАТИЛЕНА

- ▶ Нормализация микроциркуляции и венозного оттока в предстательной железе
- ▶ Уменьшение числа лейкоцитов в секрете предстательной железы
- ▶ Улучшение показателей эякулята
- ▶ Восстановление привычной частоты мочеиспускания (через 2-4 дня от начала лечения)
- ▶ Усиление полового влечения, повышение качества эрекции и оргазма



Применение препарата простатилен в комплексной терапии хронического простатита, ассоциированного с половыми и репродуктивными нарушениями

С.А. Сельков^{1, 3}, С.В. Петленко², М.С. Селькова³

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург;

²ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург;

³ООО НПП «ИммуноБиоСервис», Санкт-Петербург

Контакты: Сергей Викторович Петленко spetlenko@cytomed.ru

В статье представлены результаты клинико-лабораторных исследований эффективности применения пептидного биорегулятора простатилен (ректальные суппозитории) в комплексной терапии хронического простатита с сопутствующим нарушением репродуктивной функции у мужчин.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, хронический простатит, репродуктивные нарушения, простатилен, спермограмма, регуляторные пептиды

Use of prostatilene in the combination therapy of chronic prostatitis associated with sexual and reproductive disorders

S.A. Selkov^{1,3}, S.V. Petlenko², M.S. Selkova³

¹D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, North-Western Branch,
Russian Academy of Medical Sciences, Saint Petersburg;

²S.M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defense of the Russian Federation, Saint Petersburg;

³ООО «ImmunoBioService» Research-and-Production Enterprise, Saint Petersburg

The paper gives the results of clinical and laboratory studies of the efficiency of using the peptide bioregulator prostatilene (rectal suppositories) in the combination therapy of chronic prostatitis concurrent with reproductive dysfunction in men.

Key words: erectile function, chronic prostatitis, reproductive disorders, prostatilene, spermogram, regulatory peptides

Введение

Наступивший XXI век, наряду с повышением уровня жизни, принес в промышленно-развитые страны Европы и Америки целый ряд серьезных проблем, связанных с ухудшением демографической ситуации среди коренных жителей этих регионов [1, 11, 13]. Многие исследователи оценивают состояние рождаемости в России как критическое, которое в настоящий момент не удовлетворяет потребностям даже простого воспроизводства населения [6, 9, 12, 13]. Среди причин подобного «демографического провала» доминируют следующие: неблагоприятные экологические условия, ускоренный темп жизни, хроническое психоэмоциональное напряжение, которые приводят к раннему развитию заболеваний мочеполовой сферы и, как следствие, к ускоренному старению популяции репродуктивного населения [7, 10]. По оценкам экспертов, в экономически благополучных странах до 80–90 % мужчин в возрасте 27–45 лет страдают хроническим простатитом (ХП). Несвоевременная диагностика и лечение этой нозологии

является одной из ведущих причин развития нарушений половой и репродуктивной функций у мужчин молодого и зрелого возраста. В связи с этим, исследователями многих стран большое внимание уделяется поиску средств, методов и рациональных схем применения фармакологических препаратов, используемых для лечения и профилактики ХП и его осложнений.

Внастоящее время одним из эффективных средств для лечения данной патологии предстательной железы (ПЖ) является отечественный препарат простатилен, который выпускается в форме ректальных суппозиториях и лиофилизата для приготовления раствора для в/м введения в виде порошка, содержащий комплекс пептидов из ткани ПЖ крупного рогатого скота [2, 14]. По данным ряда исследований было показано, что простатилен способствует восстановлению кровообращения в органах малого таза, приводит к уменьшению воспалительного отека ПЖ, восстановлению ее структуры и функциональной (в том числе гормональной) активности [3, 5, 8, 16]. Несмотря на широкое применение простатилена

в урологии и андрологии, в литературе недостаточно данных, свидетельствующих о влиянии препарата на половую и репродуктивную функции у пациентов с ХП [2, 4, 15].

В связи с этим, в настоящем исследовании проведена сравнительная оценка эффективности препарата простатилен (ректальные суппозитории) в комплексной терапии ХП с сопутствующим нарушением репродуктивной функции у мужчин.

Материалы и методы

Проведено клиничко-лабораторное обследование и лечение 32 мужчин, больных ХП, с нарушением репродуктивной функции в возрасте от 26 до 40 лет. Критерием включения в исследование являлось отсутствие сопутствующей хронической патологии сердечно-сосудистой, бронхолегочной, нервной систем и органов брюшной полости.

Пациенты были распределены на 2 равные группы: основную ($n = 16$) и группу сравнения ($n = 16$). Группы были сопоставимы по возрасту, срокам заболевания и исходным лабораторным показателям. Пациенты группы сравнения получали комплексную терапию, включавшую антибактериальные, противовоспалительные, антигистаминные препараты и поливитаминно-минеральный комплекс. Лечение пациентов основной группы, помимо вышеперечисленных лекарственных средств, включало применение ректальных суппозитория простатилена. Препарат применяли 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 10 дней.

При первичном осмотре пациентам проводилось физикальное, пальцевое ректальное исследование ПЖ, ультрасонография органов мочеполовой системы. Идентификацию возбудителей ХП (патогенных и условно-патогенных микроорганизмов), наличие воспалительного процесса в ПЖ проводили с использованием микроскопического, молекулярно-биологического (полимеразная цепная реакция (ПЦР)) и микробиологического методов исследования. Для оценки мужской репродуктивной функции исследовался эякулят с оценкой морфологических, функциональных параметров и клеточных элементов. Степень эректильной дисфункции (ЭД) определяли с помощью рекомендованного экспертами ВОЗ комплексного расчетного показателя (МИЭФ-5), выраженного в баллах.

Для оценки эффективности проводимой терапии клиничко-лабораторные исследования выполнялись в динамике: при первичном обращении и повторно после окончания лечения на 14–21-й дни.

Результаты исследования

При обследовании у 90 % пациентов отмечалась выраженная клиническая картина ХП с болевым

синдромом, дизурией, увеличением объема ПЖ и изменением ее структуры при трансректальном ультразвуковом исследовании. ЭД страдали 58 % мужчин и 85 % обследованных предъявляли жалобы на отсутствие беременности супруги в течение более 1 года при регулярной половой жизни без контрацепции.

С помощью ПЦР и бактериологического методов исследования у 60 % пациентов были выделены следующие возбудители: *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum*, *HVS1/2*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.* $> 10^5$ КОЕ/мл. Степень выраженности воспалительного процесса определялась в зависимости от количества лейкоцитов. У 53 % пациентов лейкоциты составили 30–100 в поле зрения, у 47 % – от 20 до 30. После проведенной терапии отсутствие болевого синдрома, явлений дизурии отметили 80 % пациентов основной группы и 40 % в группе сравнения, также отмечалось достоверное снижение количества лейкоцитов в обеих группах: в основной – на 65 %, в группе сравнения на 35 %, что достоверно ниже по сравнению с пациентами, у которых применялся простатилен.

По данным ультрасонографического исследования органов мочеполовой системы, у 30 (93 %) больных было выявлено увеличение объема ПЖ до 35–45 см³, а также неоднородность структуры простаты в виде диффузных и очаговых изменений. Наиболее выраженные изменения были представлены за счет гиперэхогенных включений (кальцинаты, фиброз) у 28 (86,8 %) пациентов.

На фоне комплексной терапии у пациентов обеих групп отмечалось достоверное уменьшение объема ПЖ, который к окончанию терапии составлял в среднем $27 \pm 2,5$ см³.

До лечения в обеих группах отмечалось снижение подвижности сперматозоидов категории А и В, снижение показателя морфологически нормальных форм сперматозоидов. После лечения через 21 день концентрация сперматозоидов в группе комбинированной консервативной терапии с применением ректальных суппозитория простатилена выросла с 35,3 до 44,2 млн/мл (+ 9 %), а в группе сравнения – с 34,1 до 35,3 млн/мл (+ 4 %).

Также отмечена положительная динамика показателей подвижности сперматозоидов категорий А и В. В основной группе подвижность сперматозоидов категории А выросла с 13,9 до 17,4 % (+ 25 %), а в группе сравнения – с 13,8 до 15,2 % (+ 10 %).

Подвижность сперматозоидов категории В в основной группе выросла с 21,7 до 28,1 % (+ 37 %), а в группе сравнения – с 20,5 лишь до 24,6 % (+ 13 %).

Отмечена четкая динамика и по показателю морфологически нормальных форм сперматозоидов (табл. 1).

Таблица 1. Динамика показателей эякулята у пациентов на фоне лечения

Показатели	Группа сравнения (n = 16)		Основная группа (n = 16)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Объем	3,5 ± 0,4	4,1 ± 0,7	3,1 ± 0,5	4,8 ± 0,5
Вязкость	4,3 ± 0,6	3,9 ± 0,2	5,1 ± 0,8	0,3 ± 0,1*
Концентрация сперматозоидов (× 10 ⁶ /мл)	34,1 ± 3,3	35,3 ± 4,1	35,3 ± 4,4	44,2 ± 5,8**
Подвижность клеток:				
A (%)	13,8* ± 7,7	15,2 ± 6,2	13,9 ± 6,5	19 ± 6,8*
B (%)	20,5 ± 1,1	24,1 ± 0,7	21,7 ± 0,5	28,1 ± 1,6**
C (%)	5 ± 1,9	3 ± 0,8	4 ± 0,5	10 ± 0,9**
D (%) (неподвижные)	34 ± 5,2	28 ± 4,7	32 ± 3,4	18 ± 1,8**
Морфология сперматозоидов				
Нормальные (%)	51,0 ± 7,6	53,0 ± 6,9	53,0 ± 8,1	73,0 ± 8,2*
Патология головки	14,0 ± 1,9	11 ± 1,5	15 ± 1,1	6 ± 0,9**
Патология акросомы	1 ± 0,1	0	0	0
Патология щетки	16 ± 1,8	13 ± 1,1	15 ± 1,6	6 ± 0,8**
Патология хвоста	18 ± 1,3	16 ± 1,7	17 ± 1,7	3 ± 0,58**
Аномальные сперматозоиды	49 ± 4,6	42 ± 2,8*	47 ± 5,5	27 ± 2,6**
Круглые клетки (× 10 ⁶ /мл)	2,2 ± 0,3	2,6 ± 0,1	1,4 ± 0,2	0,6 ± 0,1**

* – относительно данных до лечения; $p \leq 0,05$;

** – относительно данных группы сравнения; $p \leq 0,05$.

В ходе выполнения исследования эректильная функция оценивалась по комплексной шкале МИЭФ-5. Балльная оценка интегрального показателя МИЭФ-5 позволяла разделить эректильные нарушения по глубине и выраженности проявлений на 3 степени тяжести: легкая – до 22 баллов, средняя – до 16 баллов и тяжелая, при которой МИЭФ составляла 8 и менее баллов. Распределение пациентов с различной выраженностью эректильных нарушений и их динамикой на фоне различных вариантов лечения представлено в табл. 2.

Как видно из полученных данных, у пациентов основной группы с легкой степенью ЭД прирост индекса составил до 12 %, при средней степени – до 46 % и значительной степени ЭД – до 87 %, однако небольшая выборка пациентов данной группы сравнения не позволяет провести корректную статистическую обработку данных. В группе больных, получавших стандартную комплексную терапию, также была выявлена тенденция к повышению индекса МИЭФ, но результаты были ниже, чем в основной группе. По данным врачей-специалистов (андроло-

Таблица 2. Динамика нарушений эректильной функции на фоне у пациентов основной группы и группы сравнения

Выраженность ЭД Индекс МИЭФ	Число пациентов, абс./%	Группа сравнения (n = 16)	Основная группа (n = 16)
Легкая	18 / 56,4	22,9 ± 2,7	24,1 ± 3,4
Средняя	9 / 27,9	16,6 ± 2,2	22,7 ± 2,7**
Значительная	5 / 15,7	9,3 ± 2,3	14,8 ± 2,1*

* – достоверно по сравнению с первичным обследованием; $p \leq 0,05$;

** – достоверно по сравнению с контрольной группой; $p \leq 0,05$.

ги, урологи, сексопатологи), принимавших участие в наблюдательном исследовании, эффект комплексной терапии у мужчин, больных ХП, с применением биорегуляторного пептида простатин в лекарственной

форме в виде ректальных суппозиториях оценивался следующим образом: хороший – 31,7 %; удовлетворительный – 49,6 %; незначительный – 12,4 %; нет эффекта – 6,3 %.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что пептидный биорегулятор

простатилена (ректальные суппозитории) в комплексной терапии ХП показал свою высокую клиническую эффективность, способствует повышению продукции тестостерона, улучшению показателей эякулята, а также уменьшению проявлений ЭД.

Простатилена является безопасным средством и может использоваться в профилактических целях у данной категории больных.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеева О.Г., Дуева Л.А. Аллергия к промышленным химическим соединениям. М.: Медицина, 1978. 278 с.
2. Аль-Шукри С.Х., Бобков Ю.А., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В., Ткачук В.Н. Применение простатилена в урологии. Урология 2003;6:32–6.
3. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В., Хавинсон В.Х. Введение в биорегулирующую терапию при урологических болезнях. СПб.: Наука, 1996. 55 с.
4. Аль-Шукри С.Х., Горбачев И.В., Кузьмин И.В. Опыт применения простатилена у больных хроническим пиелонефритом. Клин фармакология и тер 1998;1:61–2.
5. Аль-Шукри С.Х., Петрищев Н.И., Горбачев А.Г. и др. Влияние простатилена на показатели гемостаза при хроническом простатите (клинико-экспериментальное исследование). Урол и нефрол 1991;3:38–41.
6. Берженарь В.Ф. Состояние репродуктивного здоровья женщин под влиянием неблагоприятных экологических и профессиональных факторов. Медицинские аспекты радиационной и химической безопасности. СПб., 2001. С. 185–189.
7. Бубнов В.И. и др. Влияние химических факторов внешней среды на здоровье человека. Ростов н/Д., 1980. С. 30–32.
8. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И., Бойко Н.И. и др. Применение простатилена при лечении больных с заболеваниями предстательной железы. Урол и нефрол 1991;6:13–46.
9. Гундаров И.А. Пробуждение: наука преодоления демографической катастрофы в России. М., 2001. 352 с.
10. Жекалов А.Н., Петленко С.В., Смирнов В.С. и др. Особенности течения синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции у ликвидаторов последствий аварий и разработка возможных путей его коррекции. Итоговый отчет о НИР по теме №3.00.036.п.2 шифр «Магнолия». М-во обороны РФ. Главное воен.-мед. упр. Воен.мед.акад. СПб., 2001. 27 с.
11. Иванов Е.М. Руководство по гемостазиологии. Минск, 1991. 67 с.
12. Ингель Ф.И., Аркин М.В., Юрцева Н.А. Обобщенная оценка результатов комплексных обследований населения. Медицинские аспекты радиационной и химической безопасности. СПб., 2001. С. 136–137.
13. Кальченко Е.И. Вымирающая Россия. СПб., 2002. 45 с.
14. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины. СПб.: Наука, 1998. 310 с.
15. Тиктинский О.Л. Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков и семенного бугорка. Руководство по андрологии. Л.: Медицина, 1990. С. 51–97.
16. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Хавинсон В.Х. Применение простатилена при лечении больных хроническим простатитом. Урол и нефрол 1991;6:40–3.