

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕЧЕЙ МОВАЛИС В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

Е. Ткаченко, кандидат медицинских наук,
Поликлиника № 116 Департамента здравоохранения Москвы
E-mail: drt2007@yandex.ru

Представлены данные обследования и лечения 65 человек, страдающих хроническим простатитом. Больные получали комплексное этиопатогенетическое лечение с соблюдением рекомендаций Европейской ассоциации урологов: препараты фторхинолонового ряда в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами (свечи Мовалис 15 мг). Установлено улучшение самочувствия больных по субъективным ощущениям, а также отсутствие микроорганизмов и снижение количества лейкоцитов в секрете и эякуляте предстательной железы. Существенных побочных эффектов не выявлено.

Ключевые слова: хронический простатит, Мовалис, воспаление.

До лечения у всех 30 больных в соскобах из уrogenитального тракта выделялась ДНК ВПГ. В продромальный период обратились 10 человек, из них 7 — со средней тяжестью процесса и 3 — с легким течением. При применении суппозитория Панавир в продромальный период купирование рецидива отмечено у 6 (60%) больных: у 2 — с легким течением и у 4 — с течением средней тяжести.

В 1–3-й день рецидива начали лечение суппозиториями Панавир 20 больных: 9 — с легким течением заболевания и 11 — с процессом средней тяжести. Высокоэффективным лечение было у 6 (40%) больных; все они начали лечение в 1-й день высыпаний, рецидив купировался за 2 дня. Эффективным лечение оказалось у 10 (50%) пациентов; у них продолжительность рецидивов уменьшилась в 1,5–2 раза по сравнению с данными до лечения ($6,02 \pm 0,4$ дня) и составила в среднем $3,8 \pm 0,51$ дня. Применение суппозитория Панавир не повлияло на длительность рецидива у 4 (10%) человек.

Итак, положительный клинический эффект при лечении генитального герпеса суппозиториями Панавир достигнут у 90% пациентов. Необходимо отметить, что все больные переносили лечение хорошо: побочных явлений и аллергических реакций не отмечалось.

После курса терапии суппозиториями Панавир при исследовании соскобов из уrogenитального тракта при помощи ПЦР через 21–28 дней ДНК ВПГ 1-го или 2-го типа не определялась у 28 человек. Наблюдение за больными на протяжении 90 дней после лечения выявило ремиссию у 29 пациентов.

Таким образом, использование ректальных суппозитория Панавир в период продромальных явлений способствовало купированию рецидива у пациентов с генитальным герпесом легкой и средней тяжести. Применение Панавира сократило длительность рецидива у 90% больных. При наблюдении за больными в течение 3 мес после лечения суппозиториями Панавир ремиссия отмечалась у 29 человек. Ни в одном случае не зарегистрировано нежелательных побочных явлений или аллергических реакций. Высокая клиническая эффективность и безопасность, хорошая переносимость суппозитория Панавир, отмеченные у абсолютного большинства пациентов, позволяют рекомендовать препарат к широкому применению в терапии генитального герпеса.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

RECURRENT GENITAL HERPETIC INFECTION: OPTIMIZATION OF THERAPY

Professor **Yu. Perlamutrov**, MD; Professor **N. Chernova**, MD; **E. Naletova**
Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow

The wide prevalence of herpetic infection of the urogenital tract and its social consequences necessitate specific treatment. Rectal suppositories of Panavir, which have antiviral and immunomodulatory activities, are beneficial in 90% of patients.

Key words: genital herpes, recurrent course, Panavir suppositories, the safety, expediency, and efficiency of therapy.

Хронический простатит (ХП) известен с 1850 г. и по настоящее время это заболевание сохраняет актуальность. По данным разных авторов, простатитом страдают 35% мужчин уже в возрасте 20–40 лет. Болезнь нарушает копулятивную и репродуктивную функцию, снижает качество жизни, приводит к астенизации, нарушает психоэмоциональное состояние. Проблема ХП социально значима, так как заболевание поражает мужчин в период наибольшей трудовой и репродуктивной активности [2, 5].

На сегодня предложено множество классификаций заболевания, наиболее распространенной из которых является предложенная Национальным институтом здоровья США в 1995 г.:

- категория I. Острый бактериальный простатит;
- категория II. Хронический бактериальный простатит;
- категория III. Хронический абактериальный простатит;
- категория IIIA. Синдром воспалительной хронической тазовой боли;
- категория IIIB. Синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния);
- категория IV. Бессимптомный воспалительный простатит [4, 14].

Частота заболевания простатитом приведенных категорий, по данным опубликованных исследований, составляет: острым бактериальным простатитом — 5–10%; хроническим бактериальным простатитом — 6–10%; хроническим абактериальным простатитом — 80–90% (включая простатодинию — 20–30%) [1, 15]. При бактериальном простатите наиболее частым микробным агентом является грамотрицательная флора (в 80% случаев — кишечная палочка); грамположительные микробы встречаются редко [2, 8, 12].

Согласно приведенной классификации, в этиологии простатита основное значение придается инфекционному агенту и застою (конгестии) в предстательной железе (ПЖ), а андрогендефицитные состояния, нарушение вегетативной нервной системы, аутоиммунные нарушения

играют второстепенную роль [4, 9, 10]. По современным представлениям, в этиологии простатита заметное место занимают скрытые инфекции, передающиеся половым путем: хламидии, мико- и уреоплазмы, грибковая и вирусная инфекции, а также грамотрицательная флора [2, 8].

Патогенез воспаления ПЖ развивается по всем канонам типичного неспецифического патологического процесса: альтерация, экссудация и пролиферация.

В начальной фазе — альтерации — происходит повреждение ткани, сопровождающееся выбросом биологически активных веществ — медиаторов, определяющих впоследствии кинетику воспалительной реакции [3, 6]. Медиаторы воспаления бывают гуморального происхождения (кинины, калликрейны, 12-й фактор свертывания крови, или фактор Хагемана, плазмин, компоненты комплементарной системы С₃–С₅). Они отвечают за проницаемость микроциркуляторного русла, хемотаксис, фагоцитоз и внутрисосудистую коагуляцию. Клеточный фактор обусловлен монокинами, заключенными в макрофагах [7].

За фазой альтерации следует фаза экссудации, характеризующаяся нарушением реологических свойств крови, повышением проницаемости сосудов микроциркуляторного русла, экссудации составных частей плазмы. Изменения в сосудах микроциркуляторного русла запускаются каскадно. Все начинается с рефлекторного спазма артериол и прекапилляров, который сменяется расширением. Параллельно развивается парез прекапилляров и артериол, сопровождающийся спазмом посткапилляров и венул. Жидкая часть крови становится экссудатом. Вследствие нарушения реологии возникает краевое стояние эритроцитов и нейтрофилов у стенок сосудов. Полный стаз еще больше усугубляет гипоксию ткани, нарушает доставку антибиотика в очаг воспаления. В сосудах лимфатической системы процессы протекают аналогично [6, 7].

Существенную роль в реакции сосудов микроциркуляторного русла на воспаление играют простагландины. Используемый при лечении простатита препарат Мовалис избирательно ингибирует названные медиаторы воспаления, уменьшая каскад воспалительной реакции в ткани ПЖ. Напомним, что простагландины образуются в организме человека благодаря синтезу из незаменимых жирных кислот под действием циклооксигеназы (ЦОГ) и конечной простагландинсинтазы [13, 16].

Фармакодинамика Мовалиса в отличие от фармакодинамики других нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) связана с селективным ингибированием ЦОГ₂, тогда как ингибирование постоянно присутствующего изофермента ЦОГ₁ может стать причиной побочных действий со стороны желудка и почек.

Нами обследовано и пролечено 65 человек в возрасте от 19 до 47 лет (в среднем — 27 лет) с ХП (длительность заболевания — от 4 мес до 5 лет). В 1-ю группу вошли 25 человек с хроническим бактериальным простатитом (категория II), во 2-ю — 22 человека с хроническим абактериальным простатитом (категория IIIA), у которых при отсутствии микроорганизмов было повышено содержание лейкоцитов в секрете ПЖ и эякулятов. 3-я группа (контрольная) состояла из 18 человек с хроническим бактериальным простатитом.

В исследование не включали больных, получавших в последние 3 мес какое-либо лечение, а также страдающих хроническим абактериальным простатитом (категория IIIB),

у которых не фиксировалось повышения уровня лейкоцитов в секрете ПЖ или эякуляте.

Больные всех 3 групп получали комплексное этиопатогенетическое лечение. Антибактериальная терапия проводилась пациентам 1-й и 3-й групп. Использовались препараты фторхинолонового ряда с соблюдением рекомендаций Европейской ассоциации урологов (антимикробная терапия — не менее 4 нед). Пациентам 1-й и 2-й групп в схему лечения включали свечи Мовалис (15 мг, из расчета 1 на ночь в прямую кишку в течение 10 дней). У больных 1-й и 3-й групп с хроническим бактериальным простатитом преобладали жалобы на болевой синдром, тогда как у больных 2-й группы с хроническим абактериальным простатитом — жалобы на расстройства акта мочеиспускания. Нарушение половой функции одинаково часто фиксировалось у больных всех 3 групп.

Всех больных ХП комплексно обследовали в динамике: при первом обращении, в процессе лечения и после его завершения. Для определения степени выраженности симптомов и математической объективизации жалоб на расстройство акта мочеиспускания использовали шкалу NIH-CPSI (National Institute of Health — Chronic Prostatitis Symptom Index) — с оценкой индекса симптомов ХП Национального института здоровья США (1999). Это позволило учитывать боль и дискомфорт, расстройства акта мочеиспускания, влияние заболевания на качество жизни, общий показатель (сумму) симптомов [5, 11].

Всем пациентам проводили пальцевое исследование, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ и мочевого пузыря, в ходе которых определяли объем железы, ее экоструктуру, количество остаточной мочи, а также состояние капсулы ПЖ и размеры семенных пузырьков.

Об эффективности назначенной терапии вначале судили по субъективным ощущениям пациентов, а далее — по наличию или отсутствию микроорганизмов и лейкоцитов в секрете ПЖ или в эякуляте. Результаты обрабатывали с применением критерия Стьюдента и соблюдением правил статистики.

В 1-й и 3-й группах через 4 нед лечения было зарегистрировано снижение болевого синдрома по шкале NIH-CPSI соответственно с 16,4 до 3,5 балла (в 4,7 раза) и с 14,3 до 6,5 балла (в 2,2 раза). Аналогичными были результаты оценки акта мочеиспускания: показатели 8,2 и 7,4 балла снизились до 2,1 балла (в 3,9 раза) и 4,3 балла (в 3,5 раза) соответственно. Заметно улучшилось и качество жизни: показатели 13,3 и 12,1 балла уменьшились до 2,4 балла (в 5,5 раза) и 3,1 балла (в 3,9 раза) соответственно.

У пациентов 2-й группы со схожими результатами тестирования по шкале NIH-CPSI на фоне использования свечей Мовалис также отмечено снижение показателей: болевого синдрома — с 16,2 до 3,4 балла (в 4,8 раза), акта мочеиспускания — с 13,6 до 3,0 балла (в 4,5 раза), качества жизни — с 14,3 до 2,3 балла (в 6,2 раза).

При контрольной микроскопии секрета ПЖ нормализация количества лейкоцитов отмечена в 1-й группе у 22 (88%) пациентов, в 3-й (контрольной) — у 11 (61%).

За время терапии свечами Мовалис во 2-й и 3-й группах наблюдались метеоризм и расстройство стула у 2 (9%) и 1 (5,6%) пациента соответственно. Других побочных эффектов не обнаружилось.



таблетки 15 мг



суппозитории 15 мг



ампулы 15 мг/1,5 мл

Таким образом, проведенное исследование дает основание считать необходимым включение НПВП в комплексное лечение всех форм воспаления ПЖ. На сегодня из всех НПВП Мовалис – наиболее селективный и безопасный препарат. Выпускается он в форме ректальных свечей, что позволяет эффективно в короткие сроки нивелировать расстройство микроциркуляции в ПЖ, увеличив доставку антибиотика в очаг воспаления, и снять воспаление и боль.

По результатам исследования можно заключить, что:

1. Применение свечей Мовалис при ХП позволяет существенно уменьшить болевой синдром, выраженность расстройства акта мочеиспускания и значительно улучшить качество жизни пациента.

2. Назначение свечей Мовалис при простатите патогенетически обосновано, так как НПВП улучшают микроциркуляцию благодаря увеличению концентрации антибиотика в очаге воспаления.

3. Комбинация антибиотика с НПВП (свечи Мовалис) способствует нормализации уровня лейкоцитов в секрете ПЖ.

4. За время применения свечей Мовалис не было замечено серьезных побочных эффектов, ограничивающих их использование.

Литература

1. Абдуллин А.В., Сивков В.Н., Ощепков А.А. Матер. Правления Рос. общ. урологов. – Саратов, 2004. – С. 5–12.
2. Абдуллин И.И. Хронический бактериальный простатит: выявляемость патогенных микроорганизмов / Матер. 5-го Рос. научн. форума «Мужское здоровье и долголетие». – М., 2007. – С. 7.
3. Гусев Е.Ю., Осипенко А.В. Иммунология системного воспаления // Иммунология Урала. – 2001; 1: 4–8.
4. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. и др. Наше понимание хронического простатита // Фарматека. – 2002; 10: 69–75.
5. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит / X Российский съезд урологов. – М., 2002. – С. 209–222.
6. Сивков А.В., Варшавский С.В., Кудрявцев Ю.В. и др. Влияние финастерида на воспалительные изменения в ткани предстательной железы (морфологическое исследование) / Матер. Пленума правления Российского общ. урологов. – Саратов: 2004. – С. 467–468.
7. Шабунина Н.Р., Юрченко Л.Н., Медвинский И.Д. Морфологические эквиваленты синдрома системного воспалительного ответа на модели гестоза // Вестн. интенс. тер. – 2000; 2: 58–61.
8. Batstone G., Doble A., Batstone D. Chronic prostatitis // Current Opinion in Urology. – 2003; 13 (1): 23–29.
9. Caropreso D., Moon T.D. Blockers: An Effective Treatment for Prostatitis? // Current Urology Reports. – 2000; 1: 148–154.
10. Ghobich A. Voiding dysfunction associated with chronic bacterial prostatitis // Eur. Urol. – 2002; 42: 159–162.
11. Litwin M., McNaughton-Collins M., Fowler F. et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Net-work // J. Urol. – 1999; 162: 369–375.
12. Lowe F., Fagelman E. Phytotherapy for Chronic Prostatitis // Current Urology Reports. – 2000; 1: 164–166.
13. Mainous M., Ertel W., Chaudary I. The gut: a cytokine-generating organ in systemic inflammation // Shock. – 1995; 4: 193–209.
14. Nickel J., Narayan P., McKay J. et al. Treatment of chronic prostatitis / Chronic pelvic pain syndrome with tamsu-losin: a randomized double blind trial // J. Urol. – 2004; 171: 1594–1597.
15. Roberts R., Lieber M., Bostwick D. et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology. – 1997; 49: 809–821.
16. Rodriguez M., Santolaria F., Jarque A. et al. Prognostic value of cytokines in SIRS general medical patients // Cytokine. – 2001; 15: 232–236.

USE OF MOVALIS SUPPOSITORIES IN AN UROLOGIST'S OUTPATIENT PRACTICE

E. Tkachenko, Candidate of Medical Sciences

Policlinic No. 116, Moscow Department of Health Care

The data of examination and treatment in 65 patients with chronic prostatitis are given. The patients received a complex etio-pathogenetic treatment, by following the European Association of Urology Guidelines: fluoroquinolones in combination with nonsteroidal anti-inflammatory drugs (Movalis suppositories 15 mg). There was improvement established from subjective sensations, no microorganisms and lower leukocyte counts in prostatic secretion and ejaculate. No significant side effects were found.

Key words: chronic prostatitis, Movalis, inflammation.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ



Движение



без боли