

© А.Г.Горбачев, С.Ю.Боровец, С.Х.Аль-Шукри, М.А.Рыбалов, 2015  
УДК 616.65-03-08-031.81

*А.Г. Горбачев<sup>1</sup>, С.Ю. Боровец<sup>1</sup>, С.Х. Аль-Шукри<sup>1</sup>, М.А. Рыбалов<sup>1</sup>*  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ  
(ПРОСТАТИЛЕН И ТИМОГЕН) У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ  
ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

<sup>1</sup>Кафедра урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Россия

*A.G. Gorbachev<sup>1</sup>, S.Ju. Borovets<sup>1</sup>, S.H. Al-Shukri<sup>1</sup>, M.A. Rybalov<sup>1</sup>*  
THE EFFICACY OF COMBINED BIOREGULATORY TREATMENT  
(PROSTATILEN + TIMOGEN) IN PATIENTS WITH INFECTIOUS CHRONIC  
PROSTATITIS

<sup>1</sup> Department of Urology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russia

РЕФЕРАТ

**ЦЕЛЬ:** оценить эффективность сочетанного применения пептидов предстательной железы и тимуса при инфекционном хроническом простатите (ХП). **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** 63 больных в возрасте от 23 до 48 лет были разделены на три группы. В 1-й группе (18 человек) больным вводили внутримышечно тимоген по 100,0 мкг/сут. Больные 2-й группы (21 человек) получали простатилен в свечах по 30 мг с димексидом на ночь, а больным 3-й группы (24 человека) проводили сочетанное лечение простатиленом и тимогеном. До и после лечения больным выполняли УЗИ предстательной железы, урофлоуметрию, бактериологическое исследование секрета предстательной железы. Симптоматику болезни оценивали по Международной шкале IPSS, анализировали качество жизни больных (QI). **РЕЗУЛЬТАТЫ:** у больных 1-й группы обратная динамика клинических симптомов и объема предстательной железы были менее выражены по сравнению со 2-й и 3-й группами. Суммарный балл симптоматики по шкале IPSS уменьшился у больных 2-й группы с 16,2±2,3 до 12,4±2,4 (p<0,05) и у больных 3-й группы с 17,4±3,1 до 12,1±2,2. Одновременно индекс качества жизни у больных 2-й и 3-й групп уменьшился с 5,0±0,3 до 1,8±0,4 (p<0,01) и с 5,3±1,1 до 2,1±0,5 балла (p<0,01) соответственно. Объем предстательной железы у больных 2-й и 3-й групп уменьшился с 51,4±5,5 до 47,2±5,4 см<sup>3</sup> и с 49,2±4,6 до 45,4±3,4 см<sup>3</sup> соответственно, а максимальная скорость потока мочи возросла с 11,7±2,4 до 16,6±2,8 мл/с (p<0,05) у больных 2-й группы и с 12,7±3,4 до 18,4±2,8 мл/с (p<0,05) у больных 3-й группы. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** при сочетании простатилена и тимогена наблюдалось более выраженное обратное развитие клинических симптомов, что связано с более глубоким воздействием на патогенез простатита и показатели иммуногомеостаза.

**Ключевые слова:** инфекционный хронический простатит, пептиды, патогенез, простатилен, сочетанная терапия.

ABSTRACT

**THE AIM:** To evaluate the efficacy of combined use of prostate gland and thymus peptides in infectious chronic prostatitis (CP). **PATIENTS AND METHODS:** 63 patients aged 23 to 48 years were divided into three groups. In the 1st group (18 patients) patients were administered intramuscularly thymogen 100.0 mg/day. Patients in group 2 (21) received 30 mg prostatilen in suppositories with Dimexidum at night, and patients of the 3rd group (24 patients) received the combined treatment (prostatilen + timogen). Before and after treatment, patients were examined with prostate ultrasound, uroflowmetry, bacteriological examination of prostatic secretions. Symptoms of disease were assessed by International scale IPSS, patients quality of life (QI) was analyzed. **RESULTS:** In patients from Group 1 inverse dynamics of clinical symptoms and prostate volume were less pronounced in comparison with the 2nd and 3rd groups. Total score of symptoms by IPSS decreased in patients from group 2 with 16,2 ± 2,3 to 12,4 ± 2,4 (p < 0.05) and in patients from group 3 with 17,4 ± 3,1 to 12,1 ± 2,2. At the same time quality of life index in patients from 2nd and 3rd groups decreased from 5,0 ± 0,3 to 1,8 ± 0,4 (p < 0.01) and 5,3 ± 1,1 to 2,1 ± 0,5 points (p < 0.01), respectively. Prostate volume in patients from 2nd and 3rd groups decreased from 51,4 ± 5,5 cm<sup>3</sup> to 47,2 ± 5,4 cm<sup>3</sup> and 49,2 ± 4,6 cm<sup>3</sup> to 45,4 ± 3,4 cm<sup>3</sup>, respectively, and the maximum urinary flow rate increased from 11,7 ± 2,4 ml/sec to 16,6 ± 2,8 ml/sec (p < 0.05) in patients from group 2 with 12,7 ± 3,4 ml/sec to 18,4 ± 2,8 ml/sec (p < 0.05) in patients from the 3rd group. **CONCLUSION:** The use of combined treatment (prostatilen with timogen) showed more pronounced regression of clinical symptoms, which is associated with a more profound impact on the pathogenesis of prostatitis and immune homeostasis.

**Key words:** infectious chronic prostatitis, peptides, pathogenesis, prostatilen, combination therapy.

Боровец С.Ю. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 17. Отдел урологии, НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Тел.: +7 911 299-46-05; e-mail: sborovets@mail.ru

## ВВЕДЕНИЕ

Отрицательный результат бактериоскопического исследования далеко не всегда является доказательством непричастности микроорганизмов к возникновению и клиническим проявлениям хронического простатита (ХП). Веским аргументом в пользу признания большей частоты инфекционного ХП мы считаем свидетельство В.М. Куксина относительно двукратного увеличения частоты выявления патогенных микроорганизмов путем простого сокращения до 5 мин времени между взятием и посевом на питательные среды эксприматов предстательной железы [1].

При проведении больным с ХП трансректального УЗИ (ТРУЗИ) предстательной железы Т.Н. Назаров и соавт. [2] значительно чаще выявляли микрополости (микроабсцессы) в предстательной железе. Это позволило им в два раза повысить эффективность выявления в секрете предстательной железы вегетирующей в ней микрофлоры. В результате они смогли существенно увеличить эффективность лечения, включающего дренирование этих абсцессов оригинальной димексид-ферментной смесью.

Повторные бактериологические исследования и использование других современных средств диагностики позволяет получить подтверждение инфекционного характера болезни [3–6]. Эффективность микробиологической диагностики существенно повышается при применении молекулярно-биологических методик, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), ПЦР в режиме реального времени, NASBA (nucleic acid sequence based amplification) в реальном времени и др. [7].

Так, может быть стоит согласиться с мнением А.В. Сивкова и соавт. [5], К.Г. Naber и соавт. [6] и др. о том, что не так уж и неправы специалисты, которые иногда без должных (на первый взгляд) оснований, но с успехом пользуются антибиотиками при лечении больных с «неинфекционным» ХП.

Со времен Л. Пастера известно, что секрет интактной предстательной железы обладает бактерицидными свойствами. Но при болезнях нарушается ее функция, и тогда секрет утрачивает бактерицидные свойства, и неинфекционный ХП становится инфекционным [8–12].

Микроорганизмы чаще всего проникают в предстательную железу из уретры через семявыносящие протоки [13].

Необходимость этиотропного лечения в соответствии с антибиотикограммой эксприматов предстательной железы при инфекционном ХП несомненна [5, 14, 15]. Но для большей эффективно-

сти его надо проводить в комплексе со средствами патогенетического действия [16–19].

Целью нашего исследования было оценить эффективность сочетанного применения пептидов предстательной железы и тимуса при инфекционном ХП.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 63 больных в возрасте от 23 до 48 лет. Все они были разделены на три группы. В 1-й группе (18 человек) больным вводили внутримышечно тимоген по 100,0 мкг/сут. Больные 2-й группы (21 человек) получали простатилен в свечах по 30 мг с димексидом на ночь, а больным 3-й группы (24 человека) проводили сочетанное лечение простатиленом и тимогеном в соответствующих дозах.

До и после лечения больным выполняли УЗИ предстательной железы, урофлоуметрию, бактериологическое исследование секрета предстательной железы.

Симптоматику болезни оценивали по Международной шкале IPSS, анализировали качество жизни больных (QI).

Продолжительность лечения составила 5 дней. Параллельно все больные получали этиотропное лечение в соответствии с результатами антибиотикограммы эксприматов предстательной железы.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием специализированного пакета прикладных программ SPSS Statistics 17.0 (SPSS: «An IBM Company», США). При приближенном нормальном распределении данные представлены в виде среднего арифметического ± ошибки средней ( $M \pm m$ ). Для сравнения количественных данных использовался U-тест Манна–Уитни. Для сравнения качественных данных применялся точный критерий Фишера. Нулевую статистическую гипотезу об отсутствии различий и связей отвергали при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

По окончании лечения у больных 1-й группы обратная динамика клинических симптомов и объема предстательной железы была менее выражена. У больных 2-й и 3-й групп произошло более выраженное улучшение самочувствия и уменьшение интенсивности дизурии и боли. Суммарный балл симптоматики по шкале IPSS уменьшился у больных 2-й группы с  $16,2 \pm 2,3$  до  $12,4 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ) и у больных 3-й группы с  $17,4 \pm 3,1$  до  $12,1 \pm 2,2$ .

Одновременно индекс качества жизни у больных 2-й и 3-й групп уменьшился с  $5,0 \pm 0,3$

до  $1,8 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ) и с  $5,3 \pm 1,1$  до  $2,1 \pm 0,5$  балла ( $p < 0,01$ ) соответственно.

Объем предстательной железы у больных 2-й и 3-й групп уменьшился с  $51,4 \pm 5,5$  до  $47,2 \pm 5,4$  см<sup>3</sup> и с  $49,2 \pm 4,6$  до  $45,4 \pm 3,4$  см<sup>3</sup> соответственно, а максимальная скорость потока мочи возросла с  $11,7 \pm 2,4$  до  $16,6 \pm 2,8$  мл/с ( $p < 0,05$ ) у больных 2-й группы и с  $12,7 \pm 3,4$  до  $18,4 \pm 2,8$  мл/с ( $p < 0,05$ ) у больных 3-й группы.

Продолжительность сохранения клинического эффекта по окончании проведенного лечения у 75% больных 2-й группы превысила 4 мес, а у 84% больных 3-й группы 5 мес. При этом у них отсутствовали и клинические симптомы, и бактериальная флора в секрете предстательной железы.

Ухудшение самочувствия у некоторых больных 2-й и 3-й групп было связано с учащением позывов на мочеиспускание. Назначение им уроантисептиков устранило возникшие нарушения.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования позволили заключить, что простатилен оказывает более выраженное патогенетическое действие и потому его эффективность при лечении больных с инфекционным ХП выше эффективности тимогена.

Н.А. Лопаткин и соавт. [20] при лечении больных с бактериальным ХП применили витапрост плюс (ОАО «Нижфарм»). Исследование проведено в двух группах по 37 человек в каждой. В течение 30 дней больные основной группы получали витапрост плюс (кроме сампроста, содержит 400 мг ломефлоксацина гидрохлорида) один раз в сутки, а контрольной группы – по одной таблетке ломфлокса (400 мг) в сутки. Сравнение результатов лечения показало существенно более высокую эффективность витапроста плюс, т.е. препарата, содержащего антибиотик и *пептидный биорегулятор* предстательной железы.

Н.М. Садыков [21] проводил лечение 30 подобных больных в возрасте 23 – 47 лет, назначая им витапрост плюс (ректальные свечи) один раз в день № 15, лавомакс 150 мг по схеме № 10, тамсулозин 0,4 мг один раз в день № 30, курантил 0,25 мг 3 раза в день № 90, физиотерапевтические процедуры и массаж предстательной железы. Применение пептидов предстательной железы способствовало устранению симптомов болезни и улучшению качества жизни больных. Контрольное обследование показало возрастание скорости кровотока в артериях предстательной железы с  $8,87 \pm 0,56$  до  $11,52 \pm 0,69$  см/с.

Настоятельно рекомендуют применение пепти-

дов предстательной железы (свечи витапрост плюс) № 20 (на ночь) при комплексном лечении больных с бактериальным ХП А.П. Азизов и соавт. [22], особенно в случае обнаружения при бактериологических исследованиях *E. Coli*.

В.Е. Кульчавеня и А.А. Бреусов [23] подтвердили эффективность пептидов предстательной железы при лечении больных с рефрактерными инфекционными болезнями мочеполювых органов. Под их наблюдением было 32 мужчины, страдавших хроническим уретропростатитом. За годы болезни (от 4 до 17 лет) они уже получили от 6 до 24 курсов лечения по традиционным схемам, но эффект его бывал кратковременным.

Всем больным было проведено комплексное лечение, которое включало обязательное участие этиотропной и патогенетической составляющей. С целью воздействия на патогенез болезни они в течение 20 дней ежедневно получали ректальные свечи с витапростом. Значительное улучшение исследователи отметили у 88,4% и улучшение у 11,6% больных, причем полученный результат сохранялся и через два месяца.

В нашем исследовании сочетанная терапия простатиленом и тимогеном продемонстрировала более выраженное обратное развитие клинических симптомов, что мы связываем с более глубоким воздействием на патогенез простатита, и измененные показатели иммуногемеостаза.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При сочетании простатилена и тимогена наблюдалось более выраженное обратное развитие клинических симптомов, что связано с более глубоким воздействием на патогенез простатита и показатели иммуногемеостаза.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Куksин ВМ. Дифференциальная диагностика туберкулеза предстательной железы: автореф. дисс. канд. мед. наук – Новосибирск, 2003. [Kuksin VM. Differencial'naja diagnostika tuberkuleza predstatel'noj zhelezy: avtoref. diss. k.m.n. – Novosibirsk, 2003]
2. Назаров ТН, Александров ВП, Калинина СН, Ризоев ХХ. Оптимизация методов диагностики и лечения хронического обструктивного простатита. XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Дипак, М., 2012. 43-44 [Nazarov TN, Aleksandrov VP, Kalinina SN, Rizojev NN. Optimizacija metodov diagnostiki i lechenija hronicheskogo obstruktivnogo prostatita. XII s#ezd Rossijskogo obshhestva urologov. Materialy. Dipak, M., 2012. 43-44]
3. Трапезникова МФ, Савицкая КИ, Нестерова МВ, Уренков СБ. Анализ возбудителей хронического бактериального простатита, выделенных из биоптатов предстательной железы. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. 367–368 [Trapeznikova MF, Savitckaia KI, Nesterova MV, Urenkov SB. Analiz vozбудителей hronicheskogo bakterial'nogo prostatita, vy'delenny'kh iz bi-

optatov predstatel'noi zhelezy'. Materialy Plenuma pravleniia Rossii'skogo obshchestva urologov. Sarah'tov, 8–10 iunია 2004 g. S. 367–368]

4. Соколовский ЕВ. Инфекции, передаваемые половым путем. МЕДпресс-информ, М., 2006. 256 с [Sokolovskii' EV. Infekcii, peredavaemy'e polovym putem. MEDpress-inform, M., 2006; 256 s]

5. Сивков АВ, Ощепков ВН, Егоров АА. Применение альфа-1-адреноблокаторов у больных хроническим неинфекционным простатитом. *Consilium Medicum* 2005; (4): 385 [Sivkov AV, Oshchepkov VN, Egorov AA. Primenenie al'fa-1-adrenoblokatorov u bol'ny'h hronicheskim neinfekcionny'm prostatitom. Consilium Medicum. 2005; (4): 385]

6. Naber KG, Bergman B, Bishop MC. EAU Guidelines on urinary and male genital tract infections EAU Guidelines on urinary and male genital tract infections. *Eur Urol* 2001;40(5):576-588

7. Савичева АМ, Шипицына ЕВ, Будилова ОВ. Метод амплификации нуклеиновых кислот NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification) и возможности его применения в акушерско-гинекологической практике. *Журн акуш и женских болезней* 2005; 2: 83-89 [Savicheva AM, Shipitsyna EV, Budilovskaia OV. Metod amplifikacii nucleinovy'kh kislot NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification) i vozmozhnosti ego primeneniia v akushersko-ginekologicheskoi' praktike. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei'* 2005; (2): 83-89]

8. Юнда ИФ. Простатиты. Киев, Здоров'я. 1987, 186 с [Iunda IF. Prostatity'. Kiev, Zdorovia. 1987; 186 s.]

9. Тарасов НИ, Серегин СП, Рыбаков ЮИ. Хронический простатит. 1999, 132 с. [Tarasov NI, Seregin SP, Ry'bakov Iul. Hronicheskii' prostatit. 1999; 132 s.]

10. Степанов ВН, Гуськов АР. Хронический обструктивный простатит. *Урология* 2001; (1): 22-27 [Stepanov VN, Gus'kov AR. Hronicheskii' obstruktivny'i' prostatit. *Urologiia* 2001; (1): 22-27]

11. Дорофеев СД, Камалов АА. Современные взгляды на проблему хронического простатита. *Рус мед журн* 2004; (7): 492-495 [Dorofeev SD, Kamalov AA. Sovremennyy'e vzgliady' na problemu hronicheskogo prostatita. *Rus med zhurn* 2004; (7): 492-495]

12. Аль-Шукри СХ, Кузьмин ИВ. Опыт применения комплекса пептидов предстательной железы «уропрост» у больных с хроническим простатитом. В: Пленум правления Российского общества урологов. Краснодар, 2010: 324-325 [Al'-Shukri SKH, Kuz'min IV. Opy't primeneniia kompleksa peptidov predstatel'noi zhelezy' «uroprost» u bol'ny'h s hronicheskim prostatitom. V: Plenum pravleniia Rossii'skogo obshchestva urologov. Krasnodar, 2010: 324-325]

13. Молочников ВА, Ильин ИИ. Хронический уретрогенный простатит. Медицина, М., 1998; 302 с [Molochnikov VA, Il'in II. Hronicheskii' uretrogenny'i' prostatit. *Meditsina*, M., 1998; 302 s]

14. Shoskes DA. Use of antibiotics in chronic prostatitis syndromes. *Can J Urol* 2001; 8 Suppl 1: 24-28

15. Shoskes DA, Manickam K. Herbal and complementary medicine in chronic prostatitis. *World J Urol* 2003; 21: 109-113

16. Борисенко КК, Хилинский ММ, Малышев АМ, Медведева ИИ. Опыт применения простатилена в терапии хронического простатита. *Вестн дерматол и венерол* 1991; (8): 47-50 [Borisenko KK, Hilinskii' MM, Maly'shev AM, Medvedeva II. Opy't primeneniia prostatilena v terapii hronicheskogo prostatita. *Vestn dermatologii i venerologii* 1991; (8): 47-50]

17. Горячев ИА, Живов АВ. Применение органолепептида простаты в комплексной терапии хронического простатита. В: Пептидные биорегуляторы-цитомедины: тезисы докладов к симпозиуму. СПб., 1992: 45 [Goriachev IA, Zhivov AV. Primenenie organopreparata prostaty' v kompleksnoi' terapii hronicheskogo prostatita. V kn.: Peptidny'e bioregulatory'-tcitomediny': tezisy' docladov k simpoziumu. Sankt-Peterburg. 1992: 45]

18. Ткачук ВН, Аль-Шукри СХ, Лотцан-Медведев АК. Оценка эффективности витапросты у больных хроническим абактериальным простатитом. *Урология* 2006; (2): 71-75 [Tkachuk VN, Al'-Shukri SKH, Lottcan-Medvedev AK. Ocenka e'ffektivnosti vitaprosta u bol'ny'h hronicheskim abakterial'ny'm prostatitom. *Urologiia* 2006; (2): 71-75]

19. Крупин ВН, Щебет ОВ. Патогенетическая терапия бесплодия у больных хроническим простатитом. <http://medi.ru/doc/g2401102.htm> [Krupin VN, Shchebet OV. Patogeneticheskaiia terapiia besplodiia u bol'ny'h hronicheskim prostatitom. <http://medi.ru/doc/g2401102.htm>

20. Лопаткин НА, Камалов АА, Мазо ЕБ и др. Витапрост плюс в лечении хронического бактериального простатита. *Урология* 2009; 3: 54-61 [Lopatkin NA, Kamalov AA, Mazo EB i dr. Vitaprost plus v lechenii hronicheskogo bakterial'nogo prostatita. *Urologiia* 2009; 3: 54-61]

21. Садыков НМ. К вопросу лечения хронического бактериального простатита. XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Дипак, М., 2012; 150-151 [Sady'kov NM. K voprosu lecheniia hronicheskogo bakterial'nogo prostatita. XII s'ezd Rossi'skogo obshchestva urologov. Materialy'. Dipak, – M., 2012; 150-151]

22. Азизов АП, Бахмудов АС. Применение Цефорал солиутаба в лечении хронического бактериального простатита. XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Дипак, М., 2012; 120 [Azizov AP, Bakhmudov AS. Primenenie TCeforal soliuataba v lechenii hronicheskogo bakterial'nogo prostatita. XII s'ezd Rossi'skogo obshchestva urologov. Materialy'. Dipak, M., 2012; 120]

23. Кульчавеня ЕВ, Бреусов АА. Лечение больных рефрактерными урогенитальными инфекциями. *Урология* 2011; (1): 17-21 [Kul'chavenia EV, Breusov AA. Lechenie bol'ny'kh refrakternymi urogenital'ny'mi infekciiami. *Urologiia* 2011 (1): 17-21]

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Поступила в редакцию: 10.03.2015 г.

Принята в печать: 02.11.2015 г.