

Современные подходы к комплексному лечению хламидийного уретропростатита, осложненного копулятивными, репродуктивными и психо-эмоциональными расстройствами

Бабюк И. А.[†], Яковленко А. В.[†], Нагорный А. Е.[†],
Цветкова П. Д.[‡], Шамраев С. Н.[†]

[†] Донецкий национальный медицинский университет

[‡] Софийский институт экспериментальной морфологии и антропологии

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІЙНОГО УРЕТРОПРОСТАТИТУ З КОПУЛЯТИВНИМИ, РЕПРОДУКТИВНИМИ ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Бабюк І.О., Яковленко О.В., Нагорний О.Є.,
Цветкова П.Д., Шамраєв С.М.

Розглянуто питання етіології та патогенезу хронічного хламідійного уретропростатиту та його копулятивних, репродуктивних та психо-емоційних ускладнень. Запропоновано нове комплексне лікування хронічного хламідійного уретропростатиту з копулятивними, репродуктивними та психоемоційними розладами.

THE MODERN APPROACHES TO COMPLEX THERAPY OF CHLAMYDIA URETHROPROSTATITIS BURDENED WITH COPULATIVE, REPRODUCTIVE AND PSYCHIC-AND-EMOTIONAL COMPLICATIONS

Babiuk I.A., Yakovlenko A.V., Nagorny A.Ye.,
Tzvetkova P.D., Shamrayev S.N.

The issue of etiological and pathogenetic nature of the chronic Chlamydia urethroprostatitis with copulative, reproductive and psychic-and-emotional complications is considered. The new complex treatment of the chronic Chlamydia urethroprostatitis with copulative, reproductive and psychic-and-emotional complications has been proposed.

Диагностика и лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИПППП), является одной из актуальных проблем современной медицины. Прямая корреляция социально-экономических изменений в современном обществе и морально-этических установок не позволяют прогнозировать снижение уровня заболеваемости в ближайшей перспективе.

В структуре заболеваемости ИПППП до 40 % составляют больные с урогенитальным хламидиозом – как моноинфекции, так и в ассоциациях с другими возбудителями [4, 9]. Первые патогномичные симптомы заболевания, как правило, имеют стертую вялотекущую клиническую картину, быстро регрессируют, а последующие субъективные ощущения переменчивы и эпизодичны, что не всегда заставляет задуматься о серьезности урогенитальной патологии и необходимости срочного обращения к врачу, обследования и лечения. В последующем

нередко причиной посещения специализированных лечебных учреждений являются различной тяжести нарушения репродуктивной, копулятивной функций, дисгармонии в диаде, психо-эмоциональные расстройства [5, 13].

Хронический очаг воспаления и сопутствующие анатомические патологические изменения служат источником раздражения других органов и систем организма больного, что проявляется изменениями и нервной системы. Продукты тканевого распада, воспалительный экссудат, бактериальные токсины, поступая из очагов воспаления в кровь, действуют на мозг, как раздражители. Также они возбуждают чувствительные рецепторы, расположенные непосредственно в очаге воспаления и окружающих тканях. В свою очередь, вегето-невротические изменения являются источником патологической импульсации, которая передается в диэнцефальную область, подкорковые образования и достигает коры го-

ловного мозга, вызывая изменения их функций. Формирование у ряда пациентов застойного очага возбуждения в коре головного мозга и дисфункции корково-подкорковых взаимоотношений часто лежит в основе формирования психо-эмоциональных и невротических нарушений. Важно учитывать и тот факт, что клиническая картина психических расстройств у больных воспалительными заболеваниями мочеполовых органов зависит и от преморбидных особенностей личности и индивидуальной реакции на факт наличия копулятивных и репродуктивных дисфункций [5].

В результате хронического воспаления:

- развивается гиперемия, отёк, разволокнение стромы, формирование инфильтратов, конкрементов, преимущественно вокруг сосудов;

- нарушается гемодинамика, микроциркуляция органов малого таза, –

что способствует развитию гипостезии половых органов, аноргазмии. Поражение структуры уrogenиталий и стрессреакции коррелятивно нарушают андроген-эстрогенный баланс, способствуют развитию вторичной сексуальной дисфункции и вторичного бесплодия. Также на нарушение репродуктивной способности у мужчин (качество эякулята, подвижность спермиев) прямо влияет хламидийная инфекция [7, 13].

Характерной чертой инфекционного агента (*Chlamydia trachomatis*) является его роль в нарушении функциональной активности иммунной системы с развитием специфической сенсибилизации и бактериальной интоксикации с последующим развитием дисбиоза. Длительная антигенная стимуляция иммунной системы, селективная аллергизация организма создают фон для последующей хронизации процесса, тенденции к возникновению рецидивов заболевания и осложнений [12].

Различные клинические проявления хронического уретропростатита по данным различных авторов можно условно выделить в синдромы [5; 7]:

- нарушения мочеиспускания (8-78 % больных);
- болевой синдром (8-40 %);
- психо-эмоциональные расстройства (17-78 %);
- сексуальные расстройства (30-40 %);
- репродуктивные нарушения (30-40 % больных).

Поэтому, если для лечения свежего хламидийного уретрита бывает достаточно антибиотикотерапии, то при его хронических формах с сопутствующими осложнениями необходима обоснованная тактика комплексного лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания [2].

На первом этапе лечения рекомендовано:

- антибиотикотерапию – левофлоксацин, затем хемомицин (азитромицин-СТАДА);

- иммуномодулирующее и противовирусное лечение – Лавомакс;

- натуропатическое противовоспалительное и противовоспалительное лечение (устраняет дизуриче-

ские проявления) – Хомвио-простан;

- антиоксидантное и тестостерон-стабилизирующее лечение – Аевит;

- местно – комплекс биологически активных пептидов – свечи Витопрост.

Левофлоксацин, обладая бактериостатической и бактерицидной активностью, блокирует бактериальную ДНК-гиразу, отвечающую за репликацию бактериальной ДНК. Другим важным аспектом механизма действия левофлоксацина является его способность к проникновению в придаточные половые железы и внутрь клетки, что особенно важно для лечения инфекций со специфическим внутриклеточным размножением микроорганизмов (ретикулярные тельца при хламидиозе). При пероральном применении (500 мг 1 раз в день) левофлоксацин быстро и практически полностью всасывается. Пик концентрации в плазме – $1,2 \pm 0,1$ мг/л отмечается через 1 час после приема. Абсолютная биодоступность достигает 100 % [2;11].

Хемомицин (азитромицин-СТАДА) обладает широким спектром действия на хламидии и другие мочеполовые инфекции, удачно дополняя фторхинолоны, имеет высокий профиль безопасности и минимум побочных реакций, удобен в приеме (1 г каждые 5 дней, в суммарной дозе – 3 г), что способствует комплаенс-эффекту. Хемомицин, воздействуя на клеточное звено иммунной системы, ингибирует синтез и секрецию противовоспалительных цитокинов. Данный препарат имеет наибольшую степень проникновения в полиморфноядерные нейтрофилы и значительно дольше задерживается в них, что в большей степени способствует фагоцитозу и антиинфекционной защите [10].

Лавомакс (тилоран) – мощный иммуномодулирующий и противовирусный препарат, который способствует повышенной продукции эндогенных альфа-, бета- и гамма-интерферонов практически во всех популяциях клеток, участвующих в иммунном ответе макроорганизма на *Chl. trachomatis*: T- и B-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах и др. При этом, альфа- и бета-интерфероны угнетают внутриклеточное размножение хламидий, а гамма-интерферон активизирует фагоцитоз, T-лимфоциты, антителообразование [3].

Хомвио-простан – натуропатический комбинированный препарат обладает широким спектром действия, в том числе противовоспалительным, противоотечным, антипролиферативным. В состав препарата входят Парейра, Популюс и Сабаль, которые также обеспечивают обезболивающий эффект, улучшают микроциркуляцию и уродинамику нижних мочевых путей за счет нормализации тонуса детрузорно-сфинктерного аппарата и предстательной железы. Назначают

внутри по 10 капель 3 раза в день за 30 мин. до еды, ежедневно, в течение 1-2 мес. [5].

Аевит включает масляный раствор витаминов *A* и *E* [8]:

- витамин *A*:

1) влияет на биохимию тканевого обмена;
2) предупреждает инволюцию простаты, семенных пузырьков, дегенерацию семенных канальцев;

3) улучшает нейродинамику коры головного мозга;

- витамин *E* (смесь различных токоферолов):

1) важен для выработки гонадотропных гормонов передней доли гипофиза;

2) вместе с витамином *A* предупреждает дегенерацию семенного эпителия;

3) способствует продукции мужского полового гормона;

4) благоприятно влияет на функцию ЦНС и подкормки, общую трофику;

5) улучшает периферическое кровообращение;

6) стимулирует ретикуло-эндотелиальную систему;

назначают внутрь по 2 капсулы 2 раза в день в течение 1-2 месяцев.

Ректальные суппозитории Витопрост содержат полипептидный регулятор простатилена, который попадает непосредственно в кровоток сосудов, прилегающих к простате и семенным пузырькам, что ускоряет его поступление в очаг воспаления. Уникальность препарата состоит в комплексе фармакологического действия:

- противовоспалительном;

- противоотечном;

- антиконгестивном.

В работах И. И. Горпинченко и И. Н. Гуженко (2007) отмечена нормализация на фоне применения Витопрост:

- функции предстательной железы;

- повышение уровня мужских половых гормонов;

- улучшение половой функции у мужчин (до 80 %).

Данные П. Н. Веронотвеляна и др. (2007) указывают на эффективность Витопроста в лечении экскреторно-токсической формы мужского бесплодия (94,7 %). Отмечалось увеличение объема эякулята, снижение его вязкости, а также увеличение количества нормально подвижных сперматозоидов [6].

Благодаря правильно проведенному первому этапу комплексного лечения, мы добиваемся у пациента:

- полной эрадикации *Chl. trachomatis* и других патогенных агентов;

- восстановления функциональной активности мочеполовых органов;

- улучшения репродуктивной и копулятивной функций.

Безусловно, результаты терапии благотворно влияют на качество жизни пациента и его

психическое состояние. Однако, на втором этапе наблюдения для закрепления полученного эффекта и нивелирования психических расстройств (напряжения, нервозности, тревоги, астено-депрессивного синдрома) рекомендовано подключение Депривокса (флувоксамина).

Дерпивокс относится к антидепрессантам обратного захвата серотонина, которые по критерию безопасности превосходят трициклические антидепрессанты:

- Депривокс оптимально сочетает тимоаналептические, анксиолитические и психостимулирующие свойства без симптомов расторможения;

- важными качествами клинико-фармакологического спектра Дерпивокса являются:

1) отсутствие днем сидации, вялости, при улучшении когнитивной функции (а именно памяти, внимания, ориентации);

2) устранение соматовегетативного компонента депрессивных расстройств;

3) нормализация сна;

4) отсутствие негативных реакций на сексуальную и сердечно-сосудистую систему.

Дозовый режим при всех видах психо-эмоциональных нарушениях:

- начальная суточная доза – 50 мг (первая неделя терапии);

- эффективная доза – 100 мг в два приема (1 месяц).

При более тяжелых формах психических нарушений либо их резистентности к проводимой терапии можно рекомендовать норадренергический и селективный серотонинергический антидепрессант Миртастадин (миртазепин), который воздействует на различные рецепторные структуры. Миртастадин особенно показан при тяжелых инсомниях. Известно, что нарушения сна могут предшествовать, сопровождать и серьезно ухудшать течение основного патологического процесса, повышать вероятность возникновения сомато-психических и психосоматических расстройств. Поэтому нормализацию сна у пациентов с повышенной нервозностью либо астено-депрессивным синдромом можно рассматривать не только как симптоматическую, но и как патогенетическую терапию. Указанный препарат лишен кардиотоксичности, не влияет на желудочно-кишечный тракт, предупреждает развитие сексуальной дисфункции у мужчин (при сохранном либидо и оргазме, удлиняет эякуляцию). Миртастадин выпускается в виде таблеток по 15, 30 и 45 мг, что позволяет комбинировать различные дозовые режимы и схемы лечения, производить титрование дозы в зависимости от особенностей клинической картины, удачно сочетать с другими препаратами.

Из других «мягких» препаратов, нормализующих сон, устраняющих тревогу, депрессию, вегето-сосудистые расстройства, раздражительность и нервозность можно рекомендовать

единственный природный транквилизатор и антидепрессант одновременно – Хомвионервин. Устраняя эмоциональные всплески, Хомвионервин не вызывает заторможенности, снижения концентрации внимания, сонливости. Не имеет побочных действий и не вызывает привыкания. Назначают внутрь:

- по 1 табл. 3 раза в день в течение 1-1,5 месяца;
- при бессоннице – 2 табл. перед сном.

На фоне приема хомвионервина можно снижать дозировки Депривокса и Миртастадина.

На втором этапе лечения для освобождения ацинусов предстательной железы от измененного секрета применяют местный лечебный пальцевой массаж с Троксевазиновым гелем, в среднем, 2-3 раза в неделю. Курс состоит из 10 сеансов. Наличие конкрементов в простате является противопоказанием для этой процедуры.

Для лечения хронического простатита и сопутствующих копулятивных и репродуктивных расстройств широко и с большим успехом применяются различные физиотерапевтические процедуры:

- грязелечение;
- диатермия;
- индуктотермия;
- электрофорез лекарственных препаратов;
- дарсонвализация;
- зональная декомпрессия и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабюк И.А., Мавров Г.И.* Местное применение гелий-неонового лазера в комплексном лечении больных хроническим простатитом // Андрология, репродукция, сексуальные расстройства. - 1994. - Т. 3, № 2. - С. 23-26.
2. *Бабюк И.А., Толстопятов А.М.* Комбинированная антибиотикотерапия урогенитальных хронических уретропростатитов // Актуальные вопросы инфектологии : Мат. междунаrodn. конгресса. - Донецк, 1998. - Т. 1. - С. 41-42.
3. *Бабюк И.А., Белый Л.И., Горбунцов В.В. и др.* Дифференцированное использование иммунокорректоров, включая различные лекарственные формы интерферона, в комплексной терапии дерматозов и ИППП : Метод. реком. / Под общ. ред. В. П. Федотова. - Днепрпетровск, 2004. - 64 с.
4. *Бабюк И.А., Цветкова П.Д., Ревунов В.П.* Современная концепция терапии мочевого хламидиоза // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2005. - № 3-4 (7). - С. 256-258.
5. *Бабюк И.А., Шамраев С.Н., Цветкова П.Д. и др.* Синдромальное лечение хронического простатита и начальных стадий гиперплазии предстательной железы // Журн. дерматовенерологии та косметології ім. М. О.Торсуева. - 2008. - № 1-2. - С. 106-110.
6. *Гурженко Ю.Н.* Использование суппозитория Витапрост в комплексном лечении больных

Исследования, проведенные совместно в отделе восстановления репродуктивной функции ИНВХ АМН Украины (Донецк) и УНИИДВ АМН Украины (Харьков) показали, что монохроматическое излучение гелий-неонового лазера (длина волны – 632,8 нм) при хронических воспалительных заболеваниях органов мочеполовой системы (простатиты, колликулиты, орхоэпидидимиты и т.п.) оказывает выраженное обезболивающее, противоотечное, противовоспалительное и иммунокорректирующее действие, а его лечебный эффект в большей степени реализуется за счет местных процессов в тканях, поглощающих световую энергию [1].

Среди реабилитационных мероприятий, оздоровительное значение приобретают санаторно-курортные условия, природные и преформированные курортные факторы, в сочетании с которыми известные в лечебной практике средства лучше опосредуются и вызывают положительный лечебный эффект также в коррекции сопутствующих психо-эмоциональных, репродуктивных и копулятивных нарушений.

Для исключения экзогенного реинфицирования больного хламидийным уретропростатитом не обходимо тщательное обследование и лечение его полового партнера.

- хроническим неспецифическим простатитом // Здоровье мужчины. - 2005. - № 1. - С. 28-32.
7. *Дюдюн А.Д.* Урогенитальный хламидиоз // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2001. - №2-3 (4). - С. 104-113.
8. *Карпенко Н.О., Бондаренко В.О., Кавок Н.С. та ін.* Вплив антиоксидантної терапії на характеристики сім'яної ріднини чоловіків з гіпофертильністю невизначеного генезу // Здоровье мужчины. - 2007. - № 2. - С. 172-174.
9. *Козлова В.И., Пухнер А.Ф.* Вирусные хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М.: Медицина, 1995. - 317 с.
10. *Комаров Р.В., Деревянко И.И., Яковлев С.В. и др.* Фармакокинетика азитромицина при урогенитальных инфекциях // Здоровье мужчины. - 2004. - № 3. - С. 3-5.
11. *Спивак Н.Я., Лазаренко Л.Н., Михайленко О.Н.* Интерферон и система мононуклеарных фагоцитов. - К.: Фитосоциоцентр, 2002. - 164 с.
12. *Шеремета В.В., Лакатош В.П., Спивак М.Я., Степаненко В.І.* Характеристика імунного та інтерферонового статусу хворих з різним перебігом урогенітального хламідіозу // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2003. - № 1. - С. 68-71.
13. *Цветков Д., Бабюк И., Кацаров М. и др.* Рольта на сексуально-транссивните инфекции върху мъжкия фертилитет // Andrologia. - 2004. - Т. 13, №2. - С. 12-22.