

# Роль сверхмалых доз антител к простатспецифическому антигену в лечении хронического везикулита

Ю. В. Васильев, доктор медицинских наук  
Л. Н. Светлова

ГИУВ, ИДЦ, Иркутск

**Х**ронические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы у лиц мужского пола до настоящего времени занимают значительное место в структуре заболеваемости населения во всем мире. Имеющиеся в распоряжении врачей методы лечения этих заболеваний, несмотря на постоянно расширяющийся их спектр, по-прежнему остаются недостаточно эффективными.

Несмотря на применение современных диагностических и лечебных технологий, появление новых лекарственных препаратов и средств для антибактериальной терапии, результаты лечения различных нарушений копулятивной и репродуктивной функций крайне неудовлетворительные (А. Mehic, PHellstromp, 2001).

Очевидно, что трудности в лечении нарушений репродуктивной и копулятивной функций во многом связаны с наличием пока еще недостаточно раскрытых аспектов их патогенеза и, соответственно, применением не всегда патогенетически обоснованных лечебных воздействий (А. J. Schaeffer, W. Weidner et al., 2003).

Развитие в онтофилогенезе уrogenитального комплекса как единого целого, при затруднении лимфопенозного оттока, обуславливает тазовую конгестию и позволяет констатировать прямую зависимость между состоянием венозного оттока из малого таза и функцией мочеполовой системы (Васильев Ю.В., Светлова Л.Н., Растомпахов С.В., 2007).

В конце 60-х годов японские ученые выделили из семенной плазмы простат-специфический антиген (ПСА). Позднее, в 1977 г., Wang обнаружил ПСА в предстательной железе, доказав идентичность ПСА семенной плазмы и ткани предстательной железы.

В настоящее время разработан препарат «Афала» (сверхмалые дозы антител к ПСА), который в доклинических исследованиях снижал выраженность острого и хронического воспалительного процесса (Боровская Т.Г., 2002).

**Цель работы.** Изучить влияние препарата «Афала» на эффективность лечения хронических везикулитов.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 54 пациентов хроническим везикулитом в возрасте от 20 до 50 лет, в среднем —  $34,6 \pm 2,7$  года; давность заболевания — от 1 до 20 лет, в среднем  $4,3 \pm 1,8$  года. Критерием отбора пациентов являлось нарушение фертильной и копулятивной функции, спонтанных ночных эрекции, наличие болезненного семяизвержения и (или) гемоспермии. Всем пациентам до начала лечения проводилось исследование спермограммы, уровня ПСА, бактериологическое исследование эякулята, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) простаты и семенных пузырьков; копулятивная функция оценивалась по шкале количественной оценки мужской копулятивной функции (МКФ). Все пациенты были разделены на 2 группы путем рандомизации с применением генератора случайных чисел. I группу составили 26 пациентов, которые полу-

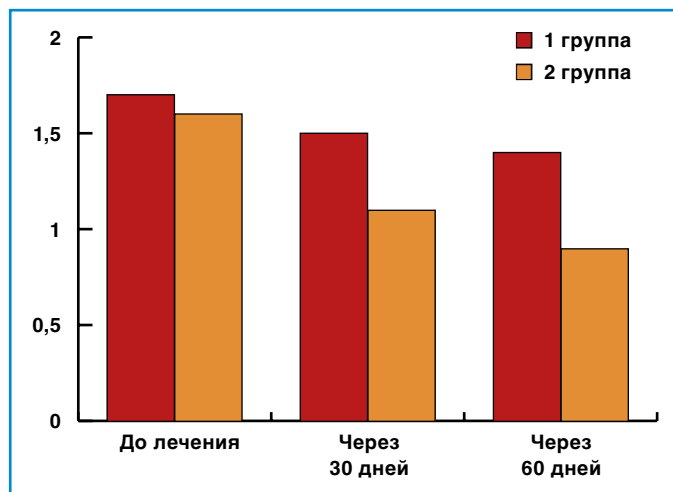


Рис. 1. Уровень ПСА в обеих группах до и после лечения

чали стандартное этиопатогенетическое лечение, проводимое при хроническом простатите; II группу составили 28 пациентов, которые дополнительно получали сублингвально по 2 таблетке Афалы 4 раза в день. Комплексная терапия продолжалась 2 месяца, антибактериальная терапия проводилась с учетом результата посева эякулята. Критериями оценки эффективности были улучшение показателей спермограммы, изменение параметров ТРУЗИ (размеры и симметричность семенных пузырьков), уменьшение степени обсемененности спермы, изменение оценки по шкале МКФ. Через 30 и 60 дней оценивались результаты: уровень общего ПСА, данные по шкале МКФ, ТРУЗИ простаты и семенных пузырьков, бактериальный спектр эякулята и показатели спермограммы через 30 и 60 дней.

**Результаты.** Уровень ПСА до лечения составил: у пациентов I группы —  $1,7 \pm 0,6$  нг/мл; во второй группе —  $1,6 \pm 0,9$  нг/мл (рис. 1). Через 30 дней лечения уровень ПСА у пациентов I группы был  $1,5 \pm 0,7$  нг/мл, а во II —  $1,1 \pm 0,8$  нг/мл; через 60 дней уровень ПСА в I группе составлял —  $1,4 \pm 0,5$  нг/мл, тогда как у пациентов II группы был  $0,9 \pm 0,2$  нг/мл (рис. 1).

По данным спермограммы до лечения были различные нарушения — астенозооспермия, олигозооспермия, тератозооспермия, некрозооспермия, азооспермия, аспермия. После 4 недель лечения у 12 (46,1%) пациентов I группы и у 19 (67,8%) пациентов II группы отмечалось улучшение показателей спермограммы. Через 60 дней улучшение показателей спермограммы во II группе было у 23 (82,1%) пациентов, в то время как у 17 (65,3%) пациентов I группы вновь отмечалось ухудшение (рис. 2).

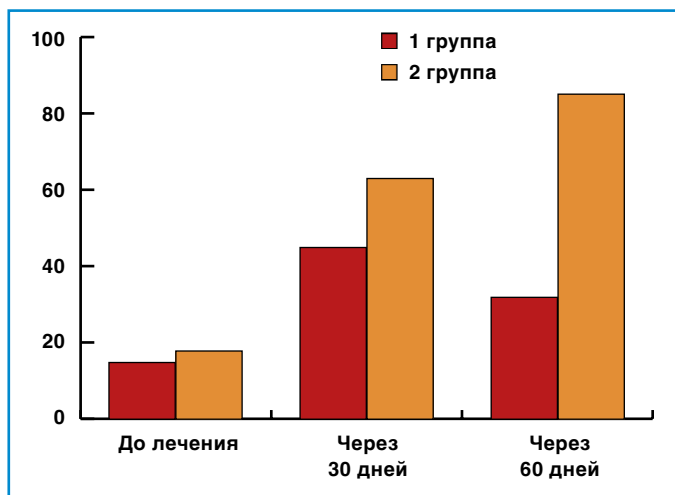


Рис. 2. Количество пациентов в обеих группах с нормозооспермией до и после лечения

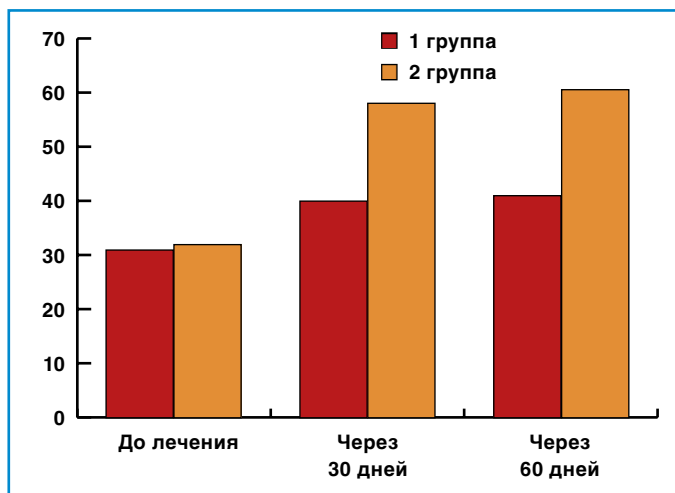


Рис. 3. Общее количество баллов по шкале МКФ в обеих группах до и после лечения

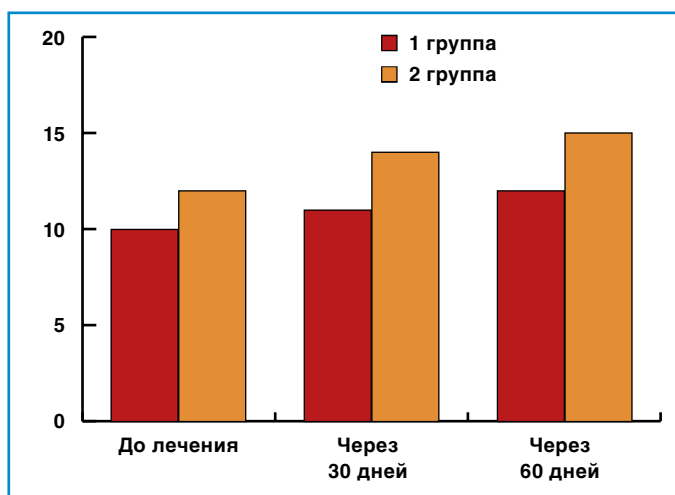


Рис. 4. Количество баллов по шкале МКФ, отражающих копулятивную функцию (функцию семенных пузырьков)

При бактериологическом исследовании эякулята до лечения видовой спектр микроорганизмов у пациентов обеих групп был практически идентичным. У пациентов I группы: *Staphylococcus haemolyticus* составлял 41,33%, *Enterococcus faecium* — 28,13%, *Enterococcus faecalis* — 22,17%, *Corynebacterium seminale* — 9,44%, *Micrococcus*

*lylae* — 5,12%; титр составлял  $10^5$ – $10^6$  КОЕ/мл. У обследуемых в II группе: *Staphylococcus haemolyticus* достигал 43,12%, *Enterococcus faecium* — 23,98%, *Enterococcus faecalis* — 27,34%, *Corynebacterium seminale* — 8,67%, *Micrococcus lylae* — 7,13%; титр составил также  $10^5$ – $10^6$  КОЕ/мл. Через 30 дней лечения у пациентов в I группе сохранился повышенный титр микрофлоры, в среднем —  $10^4$  КОЕ/мл, во II группе —  $10^2$  КОЕ/мл. Через 60 дней видовой спектр микроорганизмов при посеве эякулята в первой группе был представлен: *Staphylococcus haemolyticus* — 46,11%, *Enterococcus faecalis* — 21,58%, *Corynebacterium seminale* — 19,18%, *Micrococcus lylae* — 11,2%; титр составил не более  $10^4$  КОЕ/мл. У пациентов II группы видовой состав микрофлоры выглядел следующим образом: *Staphylococcus haemolyticus* — 38,54%, *Enterococcus faecium* — 32,13%, *Micrococcus lylae* — 7,99%, с титром не более  $10^2$  КОЕ/мл. По данным ТРУЗИ семенных пузырьков через 30 дней лечения наблюдалась их асимметрия, кистозные изменения у 24 (92,2%) пациентов I группы и у 8 (28,5%) во II группе; через 2 месяца восстановились симметричность и однородность семенных пузырьков у 5 (19,3%) пациентов первой группы и у 22 (78,6%) во второй группе. Оценивая копулятивную функцию, мы особое внимание обращали на вопросы 7, 8, 9 шкалы МКФ, а не только на общее количество баллов. По нашему мнению, именно эти три вопроса отражают влияние семенных пузырьков на копулятивную функцию.

До лечения больных сумма баллов по шкале МКФ составляла в среднем по 32 балла в обеих группах; при ответе на 7, 8, 9 вопросы — в среднем  $9 \pm 2,3$  балла. Через 30 дней лечения показатели по шкале МКФ в I группе составляли —  $40 \pm 3,2$  балла, во II —  $58 \pm 2,4$  балла; при ответе на 7, 8, 9 вопросы в I группе —  $10 \pm 2,1$  балла, во II —  $13 \pm 1,6$  балла. Через 2 месяца картина выглядела следующим образом — в I группе —  $11,4 \pm 1,6$ ; во II —  $13,5 \pm 1,4$  балла при ответе на 7, 8, 9 вопросы (рис. 3).

Через 60 дней лечения у пациентов второй группы не наблюдалось болезненного семяизвержения и гемоспермии, нормализовалось количество и качество спонтанных ночных эрекций, в то время как у 14 (53,8%) пациентов первой группы сохранялись вышеперечисленные жалобы (рис. 4).

**Выводы.** Предварительные исследования показали, что включение Афалы в комплекс лечения больных хроническим везикулитом значительно повышает эффективность санационных мероприятий, купирует воспалительный процесс и приводит к уменьшению проявлений копулятивной дисфункции. ■

#### Литература

1. Боровская Т.Г., Фомина Т.И., Лоскутова О.П., Баранова О.В., Сергеева С.А., Мартюшев А.В., Эпштейн О.И. Антитела к простатоспецифическому антигену в сверхмалых дозах: влияние на морфологическое и функциональное состояние предстательной железы крыс // Бюлл. эксп. биол. мед. 2002. Прил. 4. С. 104–106.
2. Васильев Ю.В., Светлова Л.Н. Способ повышения эффективности эрадикации урогенитальной флоры // Материалы 3-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье». Москва, 2006. С. 180–182.
3. Васильев Ю.В., Светлова Л.Н., Растомпахов С.В. Роль компьютерной гаммасцинтиграфии в диагностике тазовой конгестии у мужчин // Материалы XI съезда урологов России. Москва, 2007. С. 406–407.
4. Светлова Л.Н., Васильев Ю.В., Верещагина С.А. Микробиоценоз урогенитального тракта у инфертильных мужчин с патозооспермией // Материалы 2-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье». Москва, 2006. С. 46–47.
5. Mehik A., Hellstrom P., Saprola A., Lukkarinen O., Jarvelin M.-R. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland // Br. J. Urol. 2001; 88: 35–38.
6. Schaeffer A. J., Weidner W., Barbalias G. A., Botto H. et al. Summary Consensus Statement: Diagnosis and Management of Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome. 2003; Eur. Urol. Suppl. (2): 1–4.

# афала

Регистрационный номер  
P N000371/01

## Естественное восстановление мужского здоровья



Новый препарат  
органотропного действия  
для сбалансированного  
лечения доброкачественной  
гиперплазии предстательной  
железы (ДГПЖ)



- **Афала** — современный препарат простатотропного действия.
- **Афала** способствует регулированию баланса ростовых факторов в ткани простаты.
- Курсовая терапия **Афалой** нормализует диурез, уменьшает объем простаты и асептическое воспаление при ДГПЖ.
- При длительном приеме **Афалы** отсутствует влияние на сердечно-сосудистую систему и потенцию.

**Информация по телефону: (495) 684-43-33**



ООО «НПФ «Материа Медика Холдинг»  
Лицензия № 99-04-000093