

Вивчення ефективності та безпечності застосування Простатофітонорму та Фокусину в лікуванні хворих із синдромом незапального тазового болю (категорія ІІІБ)

Є.А. Литвинець

Івано-Франківський національний медичний університет

У роботі розглянуто аспекти етіології та патогенезу хронічного абактеріального простатиту, наведено результати лікування 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю. Пацієнти були поділені на три групи. 1-ша група отримувала терапію за загальноприйнятими схемами; 2-га група + розроблений нами фітозбір Простатофітонорм і 3-тя група + Простатофітонорм + селективний альфа-1-адреноблокатор Фокусин (тамсулозин) компанії «Zentiva». Аналіз результатів лікування свідчить, що застосування Фокусину в дозі 4 мг на добу та Простатофітонорму дозволяє досягти кращих результатів лікування хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю в порівнянні з контрольною групою і стійкого клінічного ефекту.

Ключові слова: синдром незапального хронічного тазового болю, Простатофітонорм, Фокусин, лікування.

Хронічний простатит (ХП) на сьогодні залишається доволі поширеним, недостатньо вивченим захворюванням, таким, що погано піддається лікуванню. Згідно з даними більшості урологів ХП діагностують у 30–45% чоловіків [1, 3–6, 9]. На даний час, вважають, що лише 5–10% випадків ХП мають бактеріальну природу, приблизно 60–65% – це небактеріальні простатити і 30–35% – простатодинія [2, 9, 10]. Згідно із запропонованою теорією G. Battalías (2000), простатит є наслідком порушення пасажу сечі – у низці випадків ситуація посилюється приєднанням мікроорганізмів. При ХП, так само, як і під час простатодинії, біль зумовлений уретральною гіпертонією. Уретральна чутливість, як і біль або відчуття дискомфорту, є відображенням цієї гіпертонії. Високий максимальний уретральний тиск спричинений підвищенням адренергічної стимуляції, яка в свою чергу зумовлена місцевими або загальними факторами. Все це приводить до рефлюксу уретрального вмісту в периферійну зону передміхурової залози (ПЗ) і до хронічного абактеріального або у випадку приєднання інфекційних факторів, бактеріального простатиту. Таким чином, підвищений тону адренергічних рецепторів відіграє негативну роль в патогенезі ХП [2, 9, 10].

Лікування при ХП залежить від ступеня вираженості захворювання, його тривалості, приєднання порушень статевих функцій. Проте, ефективність лікування низька. Відновити функцію ПЗ дуже важко. У пацієнтів молодого віку може розвинути еректильна дисфункція, порушується репродуктивна функція [3, 6]. Усе це виправдоує пошук нових методів лікування даного захворювання.

Мета роботи полягала у вивченні ефективності та безпечності використання препаратів Простатофітонорм та

Фокусин у лікуванні хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На лікуванні та під спостереженням знаходились 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ). Середній вік пацієнтів склав $29,3 \pm 3,5$ року (від 19 до 43 років), тривалість захворювання від 8 міс до 5 років (в середньому $3,8 \pm 1,2$ року). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження ПЗ, простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографія ПЗ. Також проводили анкетування при зверненні та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях ПЗ. У матеріалах 2-ї (1993) та 3-ї (1996) Міжнародних нарад з питань доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) була опублікована і рекомендована в якості офіційного інструменту для оцінювання пацієнтів із симптомами ДГПЗ – Міжнародна система оцінювання симптомів при захворюваннях ПЗ (International Prostate Symptom Score – IPSS) [7, 8]. J.C. Nickel і R. Sorensen, (1996) пропонують для суб'єктивного оцінювання стану хворого на ХП модифікацію міжнародної системи IPSS. У даній роботі наводять сумарну кількісну характеристику симптоматики ХП, яка дещо не співпадає з такою при ДГПЗ, але адаптація її змісту до простатиту, на наш погляд та думку інших авторів [1], достатньо вдала. Тест зручний для кількісного оцінювання суб'єктивних проявів хвороби, що дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування.

Якість життя або повнота життєвідчуттів, один з порівняно нещодавно увійшовших у практику існуючих суб'єктивних критеріїв вираженості тривалих патологічних процесів, дозволяє оцінити актуальність і значущість для пацієнта існуючого у нього хронічного запалення ПЗ.

Хворі були поділені на три групи: 1-шу групу склали 20 пацієнтів, які лікувались за загальноприйнятими схемами, 2-га група (20 пацієнтів) одержувала комплексне лікування + розроблений нами настій фітозбору Простатофітонорм по 50 мл 4 рази на добу і 3-тя група (20 хворих) одержувала комплексне лікування + настій Простатофітонорму + селективний альфа-1-адреноблокатор Фокусин (тамсулозин) компанії «Zentiva» в дозі 0,4 мг один раз на добу (ранком після їди). Всі три групи були співставні за діагнозом та віком.

Результати оцінки симптомів у процесі лікування

Групи, показники	До початку лікування	Через 15 днів лікування	Через 30 днів лікування
1-ша група			
IPSS	26,4±0,31	18,2±0,18	9,6±0,05*
L	4,2±0,05	3,8±0,05	2,2±0,05*
S+L	30,6±0,3	22,0±0,2*	11,8±0,1*
2-га група			
IPSS	27,2±0,28	12,8±0,1*	2,6±0,05*
L	4,3±0,05	2,8±0,05*	1,8±0,05*
S+L	31,5±0,26	15,6±0,2*	4,4±0,05*
3-тя група			
IPSS	26,8±0,3	11,6±0,1*	2,1±0,05*
L	4,2±0,05	2,4±0,05*	1,4±0,05*
S+L	31,0±0,28	14,0±0,23*	3,5±0,05*

Примітка: * – p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час клінічного обстеження найбільш характерними були скарги на неприємні відчуття в сечівнику, виділення з сечівника слизисто-гнійного та слизистого характеру, найчастіше зранку, невизначений біль у ділянці промежини, калитки, паховій та крижовій ділянці, внизу живота. Дизуричні розлади (почастішання сечовипускання, відчуття неповного спорожнення сечового міхура) виявлено у 52% хворих.

Отже, при анкетуванні у пацієнтів 1-ї групи сумарний бал за IPSS до лікування становив 26,4±0,31; індекс оцінки якості життя L – 4,2±0,05; оцінка загального стану за сумою балів (S+L) – 30,6±0,3. Після 15 днів лікування: IPSS – 18,2±0,18; L – 3,8±0,054 і (S+L) – 22,0±0,2. Через 30 днів після лікування: IPSS – 9,6±0,05; L – 2,2±0,005 і (S+L) – 11,8±0,1.

У пацієнтів 2-ї групи, які разом з комплексною терапією одержували Простатофітонорм по 50 мл 4 рази на добу, сумарний бал за IPSS до лікування – 27,2±0,28; індекс оцінки якості життя L – 4,3±0,05 і оцінка загального стану за сумою балів (S+L) – 31,5±0,26. Після 15 днів лікування: IPSS – 12,8±0,1; L – 2,8 ±0,05 і (S+L) – 15,6±0,2. Через 30 днів лікування: IPSS – 2,6±0,05; L – 1,8±0,05 і (S+L) – 4,4±0,05.

У пацієнтів 3-ї групи, які разом з комплексною терапією одержували Простатофітонорм + селективний альфа-1-адреноблокатор Фокусин (тамсулозин) в дозі 0,4 мг один раз на добу (ранком після їди), сумарний бал за IPSS до лікування – 26,8±0,3; індекс оцінки якості життя L – 4,2±0,05 і оцінка загального стану за сумою балів (S+L) – 31,0±0,28. Після 15 днів лікування: IPSS – 11,6±0,1; L – 2,4±0,05 і (S+L) – 14,0±0,23. Через 30 днів лікування: IPSS – 2,1±0,05; L – 1,4±0,05 і (S+L) – 3,5±0,05 (таблиця).

Побічної дії при застосуванні Простатофітонорму та Фокусину нами не виявлено, лише у 2 пацієнтів 3-ї групи спостерігалась ретроградна еякуляція.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати лікування, призначення Фокусину, який знижує адренергічний тонус в

ділянці заднього відділу сечівника і ПЗ, патогенетично обгрунтовано при синдромі незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ), що дозволяє досягти позитивних результатів терапії і стійкого клінічного ефекту. Отже, одержані дані свідчать про доцільність включення Фокусину в дозі 0,4 мг 1 раз на добу (ранком після їди) та Простатофітонорму по 50 мл 4 рази на добу в комплексну терапію хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ).

Исследование эффективности и безопасности применения Простатофитонорма и Фокусина в лечении больных с синдромом невоспалительной тазовой боли (категория ІІІБ)

Е.А. Литвинец

В работе рассмотрены аспекты этиологии и патогенеза хронического абактериального простатита, приведены результаты лечения 60 больных с данной патологией. Пациенты были разделены на три группы. 1-я группа получала терапию по общепринятым схемам, 2-я группа + настой разработанный нами фитосбора Простатофитонорм и 3-я группа + Простатофитонорм + селективный альфа-1-адреноблокатор Фокусин (тамсулозин) компании «Zentiva». Анализ результатов лечения свидетельствует, что применение Фокусина в дозе 0,4 мг в сутки и Простатофитонорма разрешает получить лучшие результаты лечения больных с синдромом невоспалительной тазовой боли в сравнении с контрольной группой и достичь стойкого клинического эффекта.

Ключевые слова: синдром невоспалительной тазовой боли, Простатофитонорм, Фокусин, лечение.

The study of effectiveness and the safetines of the using of Prostatofitonorm and Fokusin in the treatment the patients with the syndrome of non – bacterial chronicl pelvis pain (category ІІІ)

Ye.A. Lytvynets

In work the aspects of the ethiology and pathogenesis of the non – bacterial chronicl pelvis pain were study, the results of the treatment of 60 patients with these pathology were guide. The patients

were divided on the three groups: 1- received the therapy for the well-known schemes, 2-plus phitocollect „Prostatofitonorm” and 3 group – Fokusin, Zentiva plus phitocollect „Prostatofitonorm”. The analysis of the results of the treatment demonstrated that the using of the Fokusin in dose of 0,4 mg for the day and decoction of the phitocollect “Prostatofitonorm” allowed to achieve the best results of the treatment of patients with the non-bacterial chronic prostatitis in compare with the control group and to achieve the stable clinical effect.

Key words: non-bacterial chronic prostatitis, Fokusin, phitocollect „Prostatofitonorm”, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 320 с.
2. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас – руководство по урологии. – Днепропетровск: Днепр-VAL, 2000. – Т. 2. – С. 473–512.
3. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Изучение клинической эффективности альфа-адреноблокатора теразозин у мужчин при синдроме хронической тазовой боли // Здоровье мужчины. – 2005. – № 3. – С. 136–143.
4. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Препарат Сетегис в комплексной терапии хронического простатита, осложненного нарушениями мочеиспускания // Здоровье мужчины. – 2004. – № 3. – С. 47–52.
5. Горпинченко И.И., Литвинцев Е.А. Сучасні підходи та шляхи оптимізації лікування хворих на хронічний простатит // Здоровье мужчины. – 2007. – № 3. – С. 48–56.
6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
7. Barry M.J., Fowler F.Jr., O’Leary M.P. and Measurement Committee of the American Urological Association. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia // J. Urol. – 1992. – V. 148. – P. 1549–1557.
8. Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y. et al. The 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Proceedings, 1996. – 651 p
9. Nickel J.C., Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis // J. Urol. – 1996. – V. 155.
10. Nickel J.C. Rational management of non – bacterial prostatitis and prostatodinia // Current Opinion in Urology. – 1996. – P. 53–58.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

АЛЛЕРГИЯ СПАСАЕТ ОТ РАКА ?

Умеренно высокий уровень аллергических иммуноглобулинов уменьшает вероятность возникновения рака мозга. Если же содержание таких антител в крови зашкаливает, на вероятности появления рака это никак не сказывается.

Связь аллергии с раком занимает учёных давно. Теоретически иммунитет должен атаковать опухоль, но у раковых клеток есть много способов уйти из-под иммунного удара. У аллергиков иммунитет находится в состоянии повышенной боевой готовности: собственно, “будучи на взводе”, он часто ошибается и реагирует на безобидные вещества. И вот какое-то время назад появилась гипотеза о том, что аллергия, хотя и доставляет человеку много неприятностей, способствует своевременному обнаружению раковых клеток. И вероятность заболеть раком у аллергика меньше.

Последовал ряд статистических исследований, но ни одно из них не было в меру строгим, чтобы удовлетворить научное сообщество. Главный минус был в том, что в этих работах всё же присутствовала ощутимая вероятность простого совпадения. Аллергические признаки в иммунной системе (например, повышенный уровень специальных антител) могли быть следствием противораковой терапии, и

в этом случае задержка в росте опухоли и “аллергия” могли объясняться действием лекарств.

Учёные из Университета Брауна (США) попробовали учесть ошибки своих предшественников и предприняли ещё одно исследование, посвящённое влиянию аллергии на появление глиом, опухолей мозга. Признаком аллергической реакции служит повышенный уровень иммуноглобулинов IgE, но в данном случае исследователи вовсе не ходили от одного больного раком мозга к другому, спрашивая их об аллергии и замеряя уровень IgE в крови. Учёные воспользовались данными нескольких масштабных здравоохранительных программ, в которых принимали участие около 10 тысяч человек. Все они в своё время сдали кровь на анализы ещё до того, как у них проявились признаки какой-либо злокачественной опухоли. И теперь исследователи могли сопоставить раковую статистику с исходным уровнем аллергических антител.

В статье, опубликованной в издании Journal of the National Cancer Institute, авторы пишут, что если уровень IgE у человека был повышен до верхней границы (то есть до 100 тыс. единиц антител на литр крови), то вероятность рака мозга действительно падала.

При этом, что любопытно, если уровень антител был завышен чрезмерно (более 100 тыс. единиц на литр крови), на вероятность возникновения глиомы это не оказывало никакого влияния. Нормальный же уровень IgE в крови составляет 25 тыс. единиц. Эта статистика была одинаковой для мужчин и женщин и не зависела от того, на что именно вырабатывались антитела - на пищевые или респираторные аллергены. В то же время повышенный уровень антител никак не помогал больным с уже укоренившейся опухолью.

Авторы особо подчёркивают, что это первая работа, в которой вероятность возникновения опухоли сопоставлялась с исходным уровнем аллергических антител, который был у человека до болезни. Таким образом, удалось обойти возможные ловушки, вроде того, что изменения в количестве иммуноглобулинов могли быть следствием самой болезни или её терапии.

Полученные данные, конечно, оставляют на будущее неразгаданную загадку, связанную с количеством антител: почему умеренно повышенный их уровень уменьшает вероятность рака, а повышенный излишне - нет.

<http://science.compulenta.ru>