

Нестандартный фитотерапевтический подход к лечению синдрома хронической тазовой боли у мужчин

И.И. Горпинченко¹, Ю.Н. Гурженко¹, А.С. Федорук², В.В. Спиридоненко³, В.Г. Мигов¹, Н.Д. Квац⁴

¹ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

²Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

³Луганский государственный медицинский университет

⁴Национальная медицинская академия последилового образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Проведена оценка эффективности терапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли препаратом Трибестан фирмы «СОФАРМА» (Болгария) у 44 мужчин. Получены положительные результаты. Эффективность лечения препаратом составила 90,9–93,1%. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Трибестан для использования в андрологической практике.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли, Трибестан, лечение.

Исследуя эпидемиологические данные заболеваемости хроническим абактериальным простатитом, обнаружено, что он составляет около 90% от общего числа больных хроническим простатитом (ХП) [1]. По данным литературы частота встречаемости ХП в общей популяции мужского населения в мире составляет 5–8% [2, 3]. Зарубежная статистика амбулаторной посещаемости урологов и врачей общей практики свидетельствует, что у мужчин до 50 лет ХП – наиболее часто встречающееся заболевание урологического профиля, а у лиц старше 50 лет – третье по частоте после доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и рака предстательной железы (ПЖ) [7]. В Украине заболеваемость ХП составляет около 19% мужского населения от 20 до 60 лет [4].

Течение ХП всегда сопровождается симптоматикой различной тяжести, в том числе расстройствами половой функции, дизурическими явлениями, болевым синдромом, определенными психологическими проблемами, поэтому в настоящее время ХП рассматривают как серьезную медико-социальную проблему.

Под термином «хронический простатит» скрывается целый спектр различных патологических состояний ПЖ и нижних мочевых путей, имеющих сходные клинические проявления. Это – инфекционный простатит, хронический абактериальный простатит (ХАП) или синдром хронической тазовой боли (СХТБ), простатодиния при абактериальном простатите, нейрогенный мочевой пузырь, инфекционно-аллергические и обменные нарушения железы и т.д.

Совершенно оправданно К. Nickel (2000) определяет это заболевание, как «мультифакторный каскад» патологических превращений [3].

Этиопатогенетические звенья развития ХП можно условно разделить на несколько моментов:

- Инфекционные агенты.
- Нарушение кровообращения, застойные явления и конгестии в ПЖ.

- Нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ, нижних мочевых путей, а именно повышенная чувствительность α_1 -адренорецепторов; динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретропростатические рефлюксы, гиперактивность мочевого пузыря.
- Нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто в сочетании с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря, или гипотензия).
- Нарушение барьерной функции ПЖ.
- Гормональный дисбаланс, учитывая метаболизм половых гормонов в ПЖ.
- Нарушения иммунитета – как иммунодефицит, так и аутоиммунный процесс.
- Аллергический статус (инфекционно-аллергический или аллергический процесс).
- Дефицит витаминов и микроэлементов.
- Психосоматические нарушения.

Эти звенья патогенеза, в той или иной степени связанные между собой или играют «пусковую» роль в этиологии и патогенезе развития ХП.

Существует множество классификаций ХП.

1. Классификация К. Nickel (1999).

- Бактериальные простатиты (острые и хронические).
- Хронические абактериальные простатиты (ХАП) («+» боль; «+» воспаление; «-» классическая мочевая инфекция).
- Простатодиния или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) («-» боль; «-» воспаление; «-» мочевая инфекция) [2].

2. Классификация синдрома простатита, разработанная Национальным Институтом Здоровья США (NIH)

| Категория | Название |
|-----------|---|
| I | Острый бактериальный простатит |
| II | Хронический бактериальный простатит |
| III | Хронический абактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли |
| IIIA | Воспалительный синдром хронической тазовой боли |
| IIIB | Невоспалительный синдром хронической тазовой боли |
| IV | Бессимптомное воспаление предстательной железы |

Примерно в 5–10% случаев подтверждается бактериальная этиология простатита. В остальных 90% случаев,

когда при помощи лабораторных методов не удается обнаружить возбудители заболевания, являющиеся причиной возникновения ХП, состояние классифицируется как «хронический небактериальный простатит».

СХТБ (синоним ХАП) – это ощущение дискомфорта или боли в области таза, при этом культуры исследуемых образцов стерильны, а в сперме, секрете ПЖ и моче, собранной после массажа ПЖ, содержится незначительное число лейкоцитов.

СХТБ, или ХАП – наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции. Наличие инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии не подтверждено.

Этиология и патофизиология СХТБ остаются нерешенной проблемой. Острый бактериальный простатит отличается от синдромов ХП. У пациентов с СХТБ не наблюдаются признаки воспаления. Они не страдают уретритом, раком органов мочеполовой системы, стриктурой мочеиспускательного канала или неврологическим заболеванием мочевого пузыря. У них отсутствует явное заболевание мочеполового тракта.

Диагноз «хронический простатит» – это симптоматический диагноз, который констатирует лишь отдельные проявления болезни. Серьезность заболевания, степень его прогрессирования и оценку эффективности лечения можно определить только при помощи утвержденного способа оценки симптомов – опросника International Prostate Symptom Score (IPSS). Кроме того, очень полезно оценить качество жизни больного (QoL). Уродинамические исследования пациентов, страдающих ХП, демонстрируют снижение скорости мочевого потока, неполное расслабление шейки мочевого пузыря и простатической части мочеиспускательного канала, а также чрезмерно высокое давление в месте закрытия мочеиспускательного канала в состоянии покоя, в то время как расслабление внешнего уретрального сфинктера во время мочеиспускания соответствует норме.

Лабораторный диагноз основывается на четырехэтапном анализе по определению локализации бактерий («золотой стандарт»). Однако этот анализ слишком сложен, чтобы им пользовалось большинство практикующих урологов. При микроскопическом исследовании секрета ПЖ обнаруживаются многочисленные лейкоциты и макрофаги, но не микроорганизмы. Диагностическая эффективность может быть выгодно повышена, если провести простую скрининг-процедуру (двустаканный анализ).

Врачебная тактика медикаментозной терапии ХАП/СХТБ должна быть этиопатогенетической, комплексной, индивидуальной, построенной с учетом активности, категории и степени распространенности патологического процесса [8].

Антибактериальная терапия рекомендована только при наличии клинических, бактериологических и иммунологических признаков инфекции в ПЖ [3, 8, 11–14].

Боль и симптомы ирритативного или затрудненного мочеиспускания у больных ХАП/СХТБ могут быть также обусловлены обструкцией нижних мочевыводящих путей, вызванной дисфункцией шейки мочевого пузыря, сфинктера, стриктурой мочеиспускательного канала или дисфункциональным мочеиспусканием с высоким уретральным давлением. Если лечение α_1 -адреноблокаторами продолжалось короткое время, то после отмены препаратов

происходило возвращение симптомов заболевания и уродинамических нарушений [21]. При длительном применении α_1 -адреноблокаторов у части пациентов происходит стойкий эффект улучшения и сохраняется даже после отмены препарата. Но хотя использование α_1 -адреноблокатора и не позволяет полностью избежать рецидива заболевания после отмены препарата, оно существенно снижает выраженность симптомов и увеличивает время до развития рецидива [23]. Трехмесячного курса приема недостаточно для получения стойкого и выраженного снижения симптомов [18–21]. Рекомендуемая продолжительность терапии α_1 -адреноблокаторами должна составлять не менее 6–8 мес после достижения бессимптомного периода в дозе, при которой данный терапевтический эффект был достигнут.

Кроме α_1 -адреноблокаторов в лечении ХАП используют **миорелаксанты и спазмолитики**, патогенетическое применение которых обуславливается нейромышечной теорией патогенеза ХАП/СХТБ [18].

Нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов, таких, как диклофенак, кетопрофен или нимесулид, может оказаться эффективным при лечении пациентов с ХАП/СХТБ.

Растительные экстракты. Среди растительных экстрактов наиболее изученными являются препараты *Serenoa repens* (пермиксон) и *Pygeum africanum* (таденан, трианол) [23].

Ингибиторы 5 α -редуктазы. Финастерид и дутастерид оказывают благотворное влияние на мочеиспускание и уменьшают боль при ХАП/СХТБ.

Антихолинергические средства. Благотворное действие антихолинергических средств заключается в уменьшении выраженности симптомов императивного мочеиспускания, дневной и ночной поллакиурии и поддержании нормальной половой активности.

Иммунотерапия. Некоторые авторы поддерживают точку зрения, что возникновение небактериального простатита обусловлено иммунологическими процессами, ускоренными неизвестным антигеном или аутоиммунной реакцией [2, 3].

Биорегуляторные пептиды. Простатилен и витапрост широко применяются при лечении ХАП/СХТБ. Помимо иммуномодулирующего действия простатилена, отмечен его симптоматический эффект при ХАП/СХТБ, противовоспалительное, микроциркуляторное и трофическое действие.

Витамины и микроэлементы. Комплексы витаминов и микроэлементов имеют важное вспомогательное значение при лечении больных с ХАП/СХТБ. Среди них основную роль играют витамины группы В, витамины А, Е, С, цинк и селен [1]. На фоне ХАП/СХТБ отмечается достоверное снижение уровня лимонной кислоты. Высокой антиоксидантной и антирадикальной активностью обладает витамин Е. Селен является антипролиферативным агентом и рассматривается как онкопротектор. В связи с изложенным применение препаратов, содержащих сбалансированные объемы необходимых витаминов и микроэлементов, является оправданным.

Множество видов лечения свидетельствует о том, что необходим дальнейший научный поиск рациональных схем терапии. Наряду с существующими сложностями, лечение ХАП/СХТБ – настоящее врачебное искусство, определяющим фактором успеха которого является вдумчивый индивидуальный подход к больному. Сегодня в странах с

Таблица 1

Последовательность наиболее часто применяемых методов лечения СХТБ (по пятибалльной шкале)

| Метод лечения | Приоритет (0-5) |
|--|-----------------|
| Антибактериальные средства (антибиотики) | 4,4 |
| α_1 -Адреноблокаторы | 3,7 |
| Массаж ПЖ (курс) | 3,3 |
| Противовоспалительная терапия (нестероидные противовоспалительные препараты, гидроксизин) | 3,3 |
| Обезболивающая терапия (анальгетики, amitriptilin, габапентин) | 3,1 |
| Лечение методом обратной биологической связи (аноректальный biofeedback) | 2,7 |
| Фитотерапия (Serenoa repens/Saw palmetto, кверцетин) | 2,5 |
| Ингибиторы 5 α -редуктазы (финастерид) | 2,5 |
| Миорелаксанты (диазепам, баклофен) | 2,2 |
| Термотерапия (трансуретральная микроволновая термотерапия, трансуретральная иглочатая абляция, лазер) | 2,2 |
| Физиотерапия (общий массаж и т.п.) | 2,1 |
| Психотерапия | 2,1 |
| Альтернативная терапия (медитация, иглоукалывание и т.п.) | 2,0 |
| Антикоагулянты (пентосана, полисульфат) | 1,8 |
| Капсаицин | 1,8 |
| Аллопуринол | 1,5 |
| Оперативное лечение (ТУР шейки мочевого пузыря, ПЖ, трансуретральная инцизия ПЖ, радикальная простатэктомия) | 1,5 |

развитыми системами здравоохранения рекомендации по диагностике и лечению заболеваний составляют с учетом принципов доказательной медицины. Согласно рекомендациям Института здоровья США (NIH), наиболее часто применяемые методы лечения абактериального простатита по приоритету в соответствии с критериями доказательной медицины можно представить в определенной последовательности (табл. 1).

Таким образом, для лечения ХАП/СХТБ предложено большое число разнообразных препаратов и групп препаратов, применение которых основывается на изучении их влияния на различные звенья патогенеза заболевания.

Исходя из описанного выше, хотелось предложить нестандартное фитотерапевтическое лечение пациентов с ХАП/СХТБ, которое учитывало бы наличие нескольких звеньев этиологии и патогенеза болезни. В связи с этим фармакологи ведут неустанные поиски новых препаратов естественного происхождения, которые практически не имеют побочных явлений.

Одним из таких препаратов является Трибестан компании «СОФАРМА» (Болгария) (активное вещество – экстракт якорцов стелющихся).

Активную субстанцию, содержащую стероидные сапонины фурастанолового типа, среди которых преобладает протодиосцин, получают из надземной части многолетнего растения Tribulus terrestris L. (якорцы стелющиеся), распространенного по всему миру.

Активными компонентами субстанции препарата являются: стероидные гликозиды (сапонины); фурастанолового типа (триллин, диосцин, грациллин, протодиосцин, трибуспонин, кикубаспонин); сапогенины (диосгенин, гитогенин, рускогенин, хлорогенин); флавоноиды; алкалоиды (гарман, гармол, фурастанол); фитостерины (бета-ситосте-

рин, кампестерин, стигмастерин); аскорбиновая кислота, смолистые, красящие и дубильные вещества; андрогеноподобные вещества.

Учитывая основные этиологические и патогенетические механизмы развития ХАП/СХТБ и оправдывая применение Трибестана при ХАП/СХТБ, рассмотрим влияние отдельных составляющих препарата на звенья патогенеза.

Инфекционные агенты. Сапонины и сапониногены оказывают противовоспалительное, антиаллергическое действие, стимулируют иммунитет. Флавоноиды проявляют антиоксидантное, мембраностабилизирующее и противовоспалительное действие, а также антибактериальный и противовирусный эффекты

Нарушение кровообращения, застойных явлений и конгестии в ПЖ. Алкалоиды расширяют сосуды, активизируют кровообращение в половых органах, улучшая микроциркуляцию. Флавоноиды уменьшают вязкость крови, диуретическое действие.

Нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ; нижних мочевых путей, а именно повышенная чувствительность α_1 -адренорецепторов; динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретропростатические рефлюксы, гиперактивность мочевого пузыря. Нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто в сочетании с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря или гипотензия). Флавоноиды оказывают диуретическое и спазмолитическое действие.

Нарушение барьерной функции ПЖ. Флавоноиды оказывают антиоксидантное, мембраностабилизирующее и противовоспалительное действие.

Гормональный дисбаланс, учитывая метаболизм половых гормонов в ПЖ. Стероидные сапонины фурастанолового типа являются активными составными частями

растения *Tribulus terrestris* L. – это фурастаноловые бигликозиды протодиосцин и протограцилин. Они влияют на гормональный обмен в ПЖ, усиливая синтез тестостерона и его метаболизм в дигидротестостерон (ДГТ) как активную составляющую. Кроме того, они улучшают функцию эндокринных желез: стимулируют выработку ЛГ, ФСГ, СТГ и альдостерона; восстанавливают деятельность коры надпочечников; стимулируют секреторную активность поджелудочной железы; увеличивают поглощение йода щитовидной железой; активируют сперматогенез у мужчин; активируют работу адаптивных систем. Фитостерины оптимизируют обмен холестерина. Флавоноиды усиливают продукцию и секрецию желчи гепатоцитами.

Протодиосцин метаболизируется в организме до дигидроэпиандростерона (ДГЭА), который оказывает благоприятное влияние на иммунитет, целостность клеточной мембраны, эректильную функцию и метаболизм холестерина (гиполипидемический эффект). ДГЭА является критерием биологического возраста человека. При увеличении его количества в организме он стимулирует улучшение физического и психического самочувствия, повышение сексуальной активности, снижение жировых отложений и повышение силы мышц, оптимизацию функции резервных клеток мозга, снижение уровня глюкозы крови, нормализацию чувствительности клеток к инсулину, снижение уровня холестерина, нормализацию иммунных реакций, а также обладает антиканцерогенными свойствами.

Его недостаток вызывает возрастные изменения костно-мышечной системы, является фактором риска развития рака, сердечно-сосудистых расстройств, фактором, стимулирующим ДГПЖ, ЭД, гипогонадизма.

Нарушения иммунитета: как иммунодефицит, так и аутоиммунный процесс. Стероидные сапонины также стимулируют иммунитет.

Аллергический статус (инфекционно-аллергический или аллергический процесс). Стероидные сапонины оказывают десенсибилизирующее действие.

Дефицит витаминов и микроэлементов.

Психосоматические нарушения. Стероидные сапонины оптимизируют психосоматику.

Биологические эффекты Трибестана:

- противомикробный (как антибиотики высших растений);
- противовирусный (главным образом, действуют на вирусы гриппа и герпеса);
- фунгицидный;
- гипохолестеринемический (нормализуют содержание холестерина в крови);
- противовоспалительный (кортикостероидоподобный эффект);
- противоопухолевый;
- стимулирующий.

Побочные эффекты: не выявлены.

Режим дозирования: если не указан иной способ применения, следует принимать по 1–2 таблетки 3 раза в день.

Учитывая изложенное выше, мы предприняли попытку использовать препарат Трибестан у пациентов с ХАП/СХТБ.

Цель исследования – оценка эффективности комплексного лечения с использованием препарата Трибестан в форме таблеток пациентов с ХАП/СХТБ. В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» в динамике обследованы и пролечены 44 пациента по поводу СХТБ.

Больные обследованы в динамике – до лечения и через 1 мес после окончания терапии. Всем пациентам провели клиничко-лабораторное обследование. Клиническое обследование включало: осмотр пациента; УЗИ, урофлоуметрию, анкеты IPSS, QoL, лабораторные тесты.

Критерии для включения пациентов в исследование: мужчины в возрасте до 50 лет с ХАП; наличие ДГПЖ I стадии; отсутствие хронического воспалительного заболевания мужских половых органов; информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании; способность пациента к адекватному сотрудничеству во время исследования; неучастие в других клинических исследованиях на протяжении 6 мес до начала исследования.

Критерии исключения пациентов из исследования: использование других методов лечения; любые клинически значимые отклонения показателей лабораторных исследований, требующие дополнительного обследования и интерпретации данных; заболевания или состояния, которые могут повысить риск для пациента либо оказывать какое-либо влияние на задачи исследования; одновременное участие в другом клиническом испытании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Возраст обследованных пациентов был в пределах 28–48 лет. Продолжительность заболевания составляла – 1–6 лет. Всем больным было проведено стандартное урологическое обследование, включавшее: пальцевое ректальное исследование до и после лечения, измерение гемодинамических показателей, ультрасонографию (определение количества остаточной мочи в мочевом пузыре), урофлоуметрию в динамике, а также анкетирование больных по шкале IPSS и определение качества жизни по шкале QoL. Параметры, приведенные выше, контролировались на протяжении исследования 2 раза: до начала приема препарата и через 1 мес лечения.

После осмотра врачом больных включали в группу, получающую по 2 таблетки 3 раза в день перорально. Препарат больные получали в виде монотерапии. Эффективность оценивали на основании первичных критериев (уменьшение баллов IPSS и QoL) и вторичных параметров (увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшение количества остаточной мочи, оценка безопасности и переносимости препарата при каждом посещении). При последнем визите нами регистрировалась субъективная оценка пациентами и лечащими врачами эффективности и переносимости препарата.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы ХАП/СХТБ у всех 44 пациентов. Наряду с жалобами на дизурию и болевой синдром (44; 100% больных), у 17 (38,6%) пациентов диагностировано снижение адекватных эрекции, у 9 (20,5%) – относительное ускорение эякуляции. При ректальной пальпации ПЖ болезненность отмечалась у всех 44 (100%) пациентов, у 21 (47,7%) пальпировались расширенные и болезненные семенные пузырьки. Исследование секрета ПЖ не выявило воспалительной лейкоцитарной реакции. При бактериологическом обследовании патологическая микрофлора также не была выявлена, то есть у больных диагностирована абактериальная форма ХП.

Ультразвуковое исследование позволило объективно определить размеры ПЖ, а у 12 (27,3%) пациентов диагностированы патологические включения – камни ПЖ, что можно рассматривать в качестве осложнения ХП и как одну из причин дизурии и алгического синдрома у этих пациентов.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

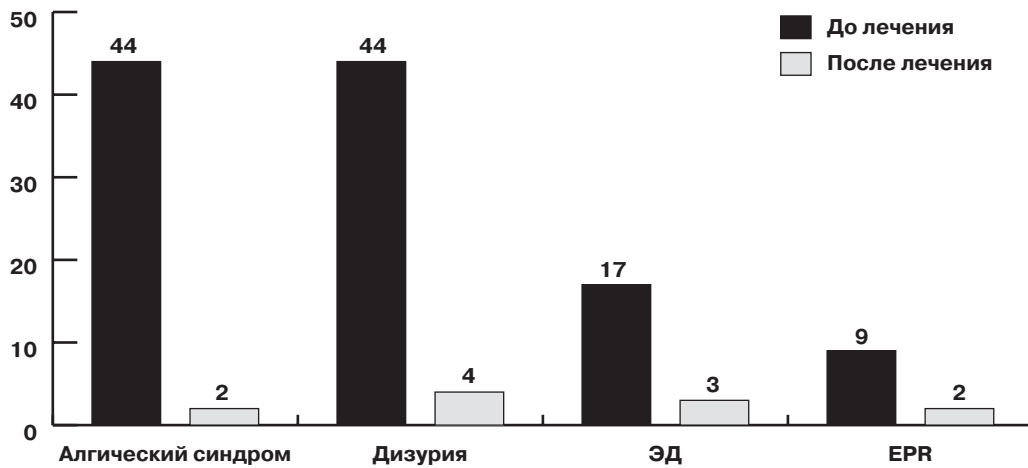


Рис. 1. Динамика клинических проявлений во время лечения Трибестаном

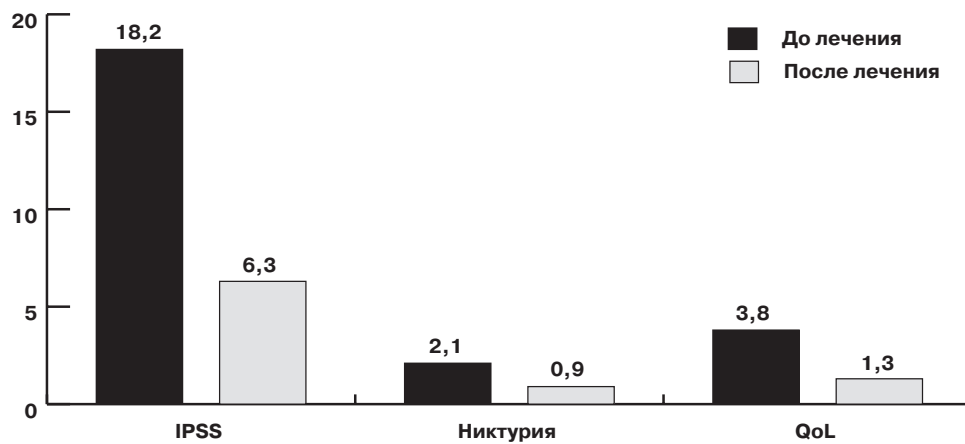


Рис. 2. Динамика субъективных показателей

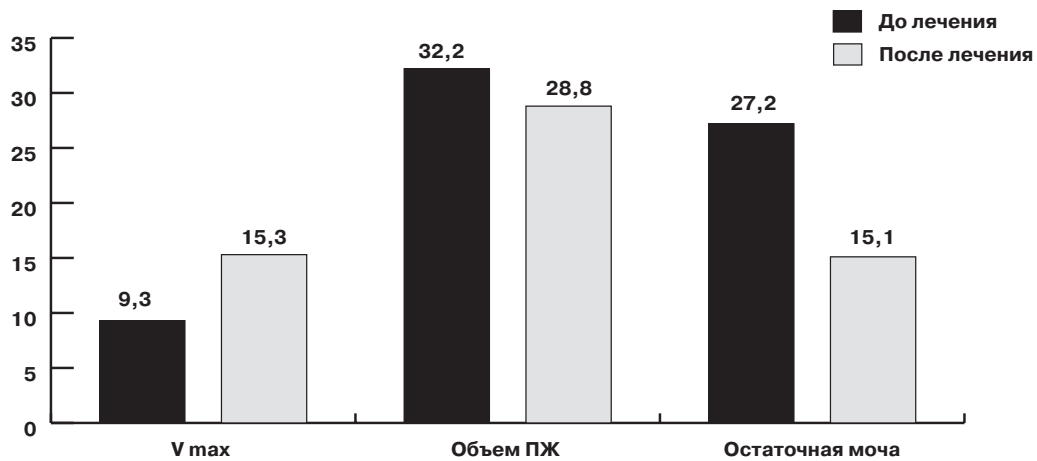


Рис. 3. Динамика объективных показателей

Таблица 2
Изменение размеров ПЖ в ходе лечения (по данным УЗИ)

| Группа | Продольный размер | | Поперечный размер | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Клиническая группа (n=44) | 4,3±0,2 | 4,2±0,2 p>0,05 | 4,1±0,2 | 4,0±0,1 p>0,05 |

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения.

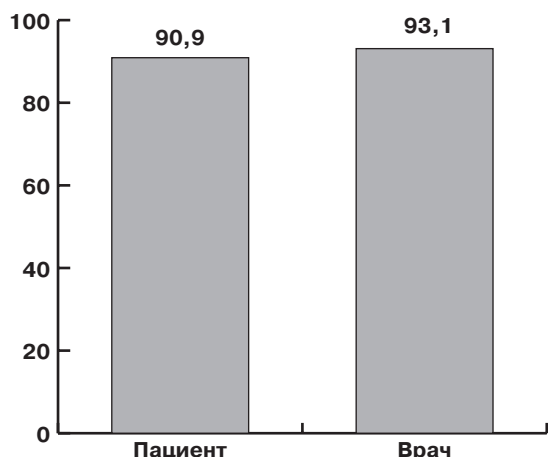


Рис. 4. Оценка эффективности монотерапии Трибестаном больных с ХАП/СХТБ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лечения состояние больных довольно быстро улучшилось. Применение монотерапии препаратом Трибестан обеспечило быстрый клинический эффект. Болевые ощущения ликвидированы по окончании месячного курса лечения у 42 (95,5%) из 44 обследованных, дизурические явления купированы у 40 (90,9%) из 44 больных. У 14 (82,3%) из 17 больных улучшилась эректильная функция, преждевременная эякуляция купирована у 7 из 9 пациентов (77,8%) (рис. 1).

УЗИ проводили с целью определения продольного и поперечного размеров ПЖ, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в табл. 2.

Как свидетельствуют данные табл. 2, достоверных различий продольного и поперечного размеров ПЖ как до, так и после лечения, выявлено не было, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению размеров ПЖ после лечения в клинической группе.

Таблица 3
Показатели мочеиспускания до и после лечения

| Показатели | Клиническая группа (n=44) | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | Достоверность |
| IPSS | 18,2±1,2 | 6,3±0,6 | P<0,05 |
| Количество мочеиспусканий за ночь | 2,1±0,4 | 0,9±0,1 | P<0,05 |
| Качество жизни (QoL) | 3,8±0,2 | 1,3±0,1 | P<0,05 |

Таблица 4
Объем ПЖ, максимальная скорость мочеиспускания и количество остаточной мочи у больных ХАП/СХТБ до и после лечения

| Показатели | Клиническая группа (n=44) | | |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------|------------------------|
| | До лечения | После лечения | Достоверность различий |
| Максимальная скорость мочеиспускания | 9,3±0,4 | 15,3±0,7 | P<0,05 |
| Объем предстательной железы (г) V | 32,2±1,3 | 28,8±1,1 | P>0,05 |
| Количество остаточной мочи (мл) RU | 27,2±1,5 | 15,1±1,2 | P>0,05 |

Как видно из данных табл. 3, отмечено достоверное улучшение показателей, характеризующих мочеиспускание.

Наряду с субъективной оценкой больными эффективности препарата Трибестан, проведено объективное измерение ряда показателей до и после лечения (табл. 4).

Как видно из данных табл. 4, после лечения препаратом Трибестан достоверно увеличилась максимальная скорость мочеиспускания. Более наглядно эти показатели можно продемонстрировать с помощью рис. 2, 3.

В процессе терапии больных препаратом Трибестан отмечены побочные эффекты в виде головной боли (2 больных; 4,5%). Однако ни один из них не прекратил лечения.

Оценка эффективности лечения, проведенная исследователем на основании клинических данных и результатов объективной характеристики мочеиспускания, а также субъективная оценка лечения со стороны пациентов представлены в табл. 5.

Таблица 5
Оценка эффективности лечения препаратом Трибестан

| Группа | Оценка врачом и пациентом | Оценка эффективности | | | |
|--------------------|---------------------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| | | Высокая | Достаточная | Низкая | Отсутствие |
| Клиническая (n=44) | Врач | 19 (43,1%) | 22 (50,0%) | 2 (4,6%) | 1 (2,3%) |
| | Пациенты | 16 (36,4%) | 24 (54,5%) | 3 (6,8%) | 1 (2,3%) |

Как видно из данных табл. 5, препарат Трибестан достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии у больных с ХАП/СХТБ, как по оценке врача (93,1%), так и по оценке пациентов (90,9%).

ВЫВОДЫ

1. Препарат Трибестан достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии ХАП/СХТБ как по оценке врача (93,1%), так и по оценке пациентов (90,9%).

2. Препарат хорошо переносится больными, а побочные эффекты отмечены лишь у 4,5% пациентов в виде головной боли.

3. Трибестан может быть рекомендован для лечения больных ХАП/СХТБ.

Нестандартний фітотерапевтичний підхід до лікування синдрому хронічного тазового болю у чоловіків

I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, О.С. Федорук, В.В. Спіридоненко, В.Г. Мигов, М.Д. Квач

Проведена оцінка ефективності терапії хронічного абактеріального простатиту/синдрому хронічного тазового болю препаратом Трибестан фірми «СОФАРМА» (Болгарія) у 44 чоловіків. Отримані позитивні результати. Ефективність лікування препаратом склала 90,9–93,1%. Одержані результати дозволяють рекомендувати препарат Трибестан для використання в андрологічній практиці.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит/синдром хронічного тазового болю, Трибестан, лікування.

Non standart fitotherapy method of treatment of chronic pelvic pain syndrome in men

I.I. Gorpynchenko, YU.M. Gurzhenko, O.S. Fedoruk, V.V. Spyridonenko, V.G. Migov, M.D. Kvach

The estimation of efficiency of therapy of the chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome by the medicine Tribestan manufactured of firm «SOPHARMA» of 44 men is lead. Positive results are received. Efficiency of treatment by the medicine has made 90,9-93,1%. The received results allow to recommend the medicine Tribestan for using in andrological practice.

Key words: chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome, Tribestan, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stamey T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilkins; 1980.342–429.
2. Nickel J.C. Prostatitis: Myths and realities //Urology. – 1998. – Vol. 51. – P. 362–366.
3. Nickel J.C, Sorensson R. Transurethral microwave thermotherapy of nonbacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience //Urology. – 1994. – Vol. 44. – P. 458–460.
4. Юнда И.Ф. Простатиты. – К., 1987.
5. Руководство по андрологии /Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л., 1990.
6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998.
7. Руководство по урологии /Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3-х томах. – М., 1998.
8. Weidner W., Schiefer H.G, Krauss H. et. al. Chronic prostatitis: A through search for etiologically involved microorganisms in 1461 patients. Infection 1991; 19 (3): 119–125.
9. Dominique G.J., Human L.G., Hellstrom W.J.G. Hidden microorganisms in "abacterial" prostatitis/prostatodynia. J. Urol 1997; 157 (4): 243A.
10. Berger R.E, Krieger J.N., Rothman I. et. al. Bacteria in the prostate tissue of men with idiopathic prostatic inflammation. J. Urol 1997; (157): 863–865.
11. Theodoroy C., Becopoulos T. Prostatitis. Prostate cancer and Prostatic Diseases 1999; 2: 234–240.
12. Bjerclund Johansen T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et. al. The Role of Antibiotics in the Treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement. Eur. Urol 998; 34: 457–466.
13. Luzzi G. The prostatitis syndromes. Int. J. STD. AIDS 1996; (7): 471–478.
14. De la Rosette J.J.M.C., Hubregste M.R., Meuleman E.J.H. et. al. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. Urology 1993; (41): 301–307.
15. Caropreso D, Moon T.D. Current Urology Reports 2000, I: 148–154.
16. Drach G.W., Meares E.M., Fair W.R., Stamey T.A. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or prostaticodynia //J. Urology. – 1978. – Vol. 120. – P. 266.
17. Dominique G.J., Human L.G., Hellstrom W.J.G. Hidden microorganisms in "abacterial" prostatitis/prostatodynia. J. Urol 1997; 157 (4): 243A.
18. Osborn D.E., George N.J.R., Rao P.L. et al. Prostatodynia: physiological characteristics and rationale management with muscle relaxants / Br. J. Urol. – 1987. – Vol. 53. – P. 621–623.
19. de la Rosette J.J.M.C.H., Karthaus H.F.M., van Kerrebroeck P.E.V.A. et al. Research in prostatic syndromes: the use of alfuzosin (a new alpha-1 receptor blocking agent) in patients mainly presenting with micturition complains of an irritative nature and confirmed urodynamic abnormalities // Eur. Urol. – 1992. – Vol. 22. – P. 222–227.
20. Neal D.E., Moon T.D. Use of terazosin in prostatodynia and validation of symptom score questionnaire / Urology. – 1994. – Vol. 43. – P. 460–465.
21. Barbaliás G.A., Nikiforidis G., Liatsikos E.N. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combinations with antibiotics // J. Urol. – 1998. – Vol. 159. – P. 993–887.