

Ефективність комбінованої терапії у лікуванні хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ)

Є.А. Литвинець, О.П. Сандурський, О.Р. Вінтонів
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 3 групи. Хворі І групи отримували терапію за загальноприйнятими схемами, ІІ групи + препарат Простамол Уно компанії „Berlin Chemie Menareni Group” і ІІІ групи + Простамол Уно + селективний альфа-1-адреноблокатор Флосин (тамсулозин) цієї самої компанії. Аналіз результатів лікування свідчить, що застосування Флосину в дозі 4 мг на добу та Простамолу Уно дозволяє досягти кращих результатів лікування хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю в порівнянні з контрольною групою, а також – стійкого клінічного ефекту.

Ключові слова: синдром незапального хронічного тазового болю, Простамол Уно, Флосин, лікування.

Хронічний простатит на сьогодні залишається досить поширеним, недостатньо вивченим, таким, що погано піддається лікуванню, захворюванням. Згідно з даними більшості урологів хронічний простатит діагностують у 30–45% чоловіків [1, 3–6, 9]. На даний час вважають, що лише 5–10% – випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, близько 60–65% – це небактеріальні простатити і 30–35% – простатодинія [2, 9, 10]. Згідно з теорією G. Battalías (2000), простатит є наслідком порушення пасажу сечі – у низці випадків ситуація посилюється приєднанням мікроорганізмів. У разі хронічного простатиту, так само як і в разі 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 призводить до рефлюксу уретрального вмісту в периферійну зону передміхурової залози і до хронічного абактеріального або, у випадку приєднання інфекційних факторів, бактеріального простатиту. Таким чином, підвищений тонус адренергічних рецепторів відіграє негативну роль в патогенезі хронічного простатиту [2, 9, 10].

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

Мета роботи полягала у вивченні ефективності та безпечності використання препаратів Простамол Уно та Флосин у лікуванні хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У нас 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 передміхурової залози (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 ультрасонографії ПЗ. Також проводили анкетування під час звернення та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінювання 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 оцінки симптомів при захворюваннях передміхурової залози (International Prostate Symptom Score–IPSS) [7, 8]. J.C. Nickel і R. Sorensen (1996) пропонують для суб'єктивної оцінки стану хворого на хронічний простатит модифікацію Міжнародної системи IPSS. У даній роботі проводять сумарну кількісну характеристику симптоматики хронічного простатиту, яка дещо не співпадає з такою при ДГПЗ, але адаптація її змісту до простатиту, на наш погляд та на 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 життєвих відчуттів, 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: І групу склали 20 пацієнтів, які лікувалися за загальноприйнятими схемами, ІІ група (20 пацієнтів) одержувала комплексне лікування + препарат Простамол Уно компанії „Berlin Chemie Menareni Group” по 1 капсулі 1 раз на добу і ІІІ група (20 хворих) одержувала комплексне лікування + Простамол Уно по 1 капсулі ввечері + селективний альфа-1-адреноблокатор Флосин (тамсулозин) цієї самої компанії в дозі 0,4 мг один раз на добу (ранком після їди). Усі 3 групи були співставні за діагнозом та віком.

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, незначний невизначений біль в ділянці промежини, калитки, паховій та крижовій ділянці, внизу живота. Дизуричні розлади (більш часте сечовипускання, відчуття неповного спорожнення сечового міхура) виявлено у 52% хворих.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результати оцінки симптомів у процесі лікування

Групи, показники	До початку лікування	Через 15 днів лікування	Через 30 днів лікування
I 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*
II 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*
III 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.

Отже, при анкетуванні у пацієнтів I 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 II групи, які разом із комплексною терапією одержували Простамол Уно по 1 капсулі 1 раз 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 III групи, які разом із комплексною терапією одержували Простамол Уно по 1 капсулі ввечері + селективний альфа-1-адреноблокатор Флосин (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 Простамолу Уно та Флосину нами не виявлено, лише у 1 пацієнта II групи та у 2 пацієнтів III групи спостерігалась ретроградна еякуляція.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати лікування, призначення Флосину, який знижує адренергічний тонус в ділянці заднього відділу сечівника і ПЗ, патогенетично обґрунтовано при синдромі незапального хронічного тазового болю (категорія ШІБ), що дозволяє досягти позитивних результатів терапії і стійкого клінічного ефекту. Отже, одержані дані свідчать про доцільність включення Флосину в дозі 0,4 мг 1 раз на добу (вранці після їди) та Простамолу Уно по 1 капсулі ввечері, в комплексну терапію хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю (категорія ШІБ).

Эффективность комбинированной терапии в лечении больных с синдромом невоспалительной хронической тазовой боли (категория ШІБ)

Е.А. Литвинец, О.П. Сандурский, О.Р. Винтонив

В работе рассмотрены аспекты этиологии и патогенеза хронического абактериального простатита, приведены результаты лечения 60 больных с синдромом невоспалительной хронической тазовой боли. Пациенты были разделены на 3 группы. I группа получала терапию по общепринятым схемам, II группа + препарат Простамол Уно компании

„Berlin Chemie Menareni Group” и III группа + Простамол Уно + селективный альфа-1-адреноблокатор Флосин (тамсулозин) этой же компании. Анализ результатов лечения свидетельствует, что применение Флосина в дозе 4 мг в сутки и Простамолу Уно позволяет получить лучшие результаты лечения больных с синдромом невоспалительной хронической тазовой боли по сравнению с контрольной группой и достичь стойкого клинического эффекта.

Ключевые слова: синдром невоспалительной хронической тазовой боли, Простамол Уно, Флосин, лечение.

The effectiveness of the combine therapy in the treatment of the patients with the syndrom of non-inflammatory pelvise pain (Category III)

Ye.A. Lytvynets, O.P. Sandursky, O.R. Vintonive

In work the aspects ethiology and pathogenesis of the non – bacterial chronic prostatitis considered, and 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 the medicine Prostamol Uno of Berlin Chemie Menareni Group and 3 group the selectional a-adrenoblocator – Flosin (tamsulosin) and the medicine Prostamol Uno. The analysis of the results of the treatment demonstrated that the using of the Flosin in dose of 4 mg for the Prosnamoli Uno 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-inflammation pelvise pain, Prostamol Uno, Flosin, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арнольд 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 terazosin 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. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.

6. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 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. 6. – V. 155.
10. Nickel J.C. Rational management of non – bacterial prostatitis and prostatodinia // Current Opinion in Urology. – 1996.6. – P. 53–58.