

# Тактика лікування хворих на хронічний простатит: сучасний стан проблеми

Є.А. Литвинець, В.І. Трищ, В.Є. Литвинець, А.В. Кондрат, А. Кабіру

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Лікування хворих з різними формами хронічного простатиту (ХП) є актуальною і далекою від вирішення проблемою. У статті проаналізовані та узагальнені роботи вітчизняних та зарубіжних авторів, що дозволяє зробити висновок про недостатню ефективність існуючих методів терапії даної патології. Це вимагає пошуку нових та вдосконалення існуючих методик лікування хворих з різними формами ХП.

**Ключові слова:** хронічний простатит, лікування.

Як вважає частина авторів, на даний час відсутні в достатньому ступені обґрунтовані підходи до лікування хронічного простатиту (ХП): терапія повинна бути спрямована на ліквідацію інфекційного агента, нормалізацію імунного статусу, регресію запальних змін і відновлення функціональної активності передміхурової залози [3, 11, 21, 23]. До основних принципів лікування необхідно віднести такі: дія на всі ланцюги етіології та патогенезу захворювання; аналіз та врахування активності, категорії та ступеня поширеності процесу, застосування комплексу терапевтичних заходів [1, 25, 47, 51]. Основна роль в лікуванні бактеріального простатиту відводиться протимікробній терапії. При плануванні антибактеріальної терапії простатиту слід враховувати низку факторів та обставин, зокрема, характер висіяної мікрофлори, чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, спектр дії, побічні ефекти і фармакокінетика антибактеріальних препаратів, попередня антибактеріальна терапія, дози і комбінації та шляхи введення антибактеріальних препаратів, необхідність поєднання антибактеріальної терапії з іншими методами лікування [4, 19, 43, 54].

Аналізуючи фармакокінетику антибактеріальних препаратів і здатність створювати в секреті та тканині передміхурової залози інгібувальну концентрацію, важливо враховувати такі позитивні властивості: жиророзчинність, іонізувальні властивості і відсутність зв'язку з білками плазми, здатність до активності в лужному середовищі. Цими властивостями тою чи іншою мірою володіють тетрацикліни, макроліди, фторхінолони, рифампіцин, ко-тримазол. Невдачі антибактеріальної терапії ХП можуть бути наслідком недостатньої тривалості курсу, низької концентрації антибактеріального препарату, формування в просвіті ацидусів та протоках передміхурової залози мікроколоній бактерій, які вкриті екстрацелюлярною полісахаридною оболонкою [5, 18, 27]. Найбільш очевидною причиною низької ефективності антибактеріальної терапії ХП є неадекватний вибір препарату, його дози або тривалості терапії. Фармакоепідеміологічний аналіз фармако-терапії ХП в Росії [19] показав, що середня тривалість призначення антибіотика складає  $13,0 \pm 6,3$  днів, що суттєво коротше рекомендованої тривалості. Відносно вибору препарату, то у 32,3% випадків для лікування використовували антибіотики, застосування яких не відповідає сучасним вимогам. Тим не менше, адекватний вибір антибіотика і тривалість терапії не завжди гарантують високу ефективність терапії ХП. Необхідно брати до уваги можливі лікарські і харчові взаємодії, які описані при характеристиці окремих препаратів. Однією з важливих вимог проведення довготривалої терапії антибіотиками в амбулаторних умовах, є наявність високої комплаєнтності (прихильності) пацієнта до призначеного лікування. Відомо, що застосування препаратів з високою кратністю застосування різко знижує комплаєнтність. Так, якщо в

разі призначення препарату 1 раз на добу комплаєнтність складає 84–90%, при кратності вживання 2 рази на добу знижується на 10%, при кратності 3 рази – на 25%, 4 рази – на 45% [20, 28, 32]. Тому виправданим є використання препаратів, які призначають 1 раз на добу, наприклад левофлоксацин, цифран ОД, доксацикліну моногідрат. Аналіз літератури свідчить про те, що мікробіологічна ефективність найбільш поширених при ХП антибактеріальних препаратів складає: фторхінолони – від 60% до 90%, ко-тримазол – від 15% до 60% [1, 34, 46].

Для лікування ХП широко застосовують антибіотики групи макролітів, такі, як еритроміцин, роваміцин, рокситроміцин, джозаміцин, азитроміцин, кларитроміцин, мідекаміцину ацетат. Ці з'єднання містять у своїй молекулі макроциклічне лактонне кільце. Також використовують аміноглікозиди (неоміцину сульфат, канаміцин, гентаміцин, мономіцин, амікацин, тобраміцин, нетилміцин та ін.). В останні роки широко використовують препарати цефалоспоринового ряду, особливо III покоління. З кожним роком збільшується кількість ХП, спричинених стафілококом та тих, що мають торпідний перебіг, які важко піддаються лікуванню. Препаратами вибору в таких випадках є антистафілококові антибіотики (фузидин), а також сучасні бета-лактамазні антибіотики (тіенам та ін.) [3, 11, 19, 22].

Відносно низька ефективність антибіотикотерапії і достатньо велика кількість рецидивів при ХП підштовхує вчених до розроблення нових підходів у застосуванні антибіотиків при цьому захворюванні. Вивчається можливість використання фторхінолонів в комбінації з макролідами. Показано, що деякі макроліди, наприклад, кларитроміцин і азитроміцин, спроможні обмежити здатність бактерій, які формують біоплівки, таких, як *P. aeruginosa*, продукувати альгінат – один із основних її компонентів [19, 24, 37, 41].

Досить складним є питання відносної довготривалості антибактеріальної терапії при ХП. Загальноновизнано, що антибіотикотерапія ХП вимагає тривалого часу, причому, на відміну від практики, яка склалася у нас в країні, терапію проводять, як правило, одним препаратом. Традиція зміни антибіотика кожні 7–10 днів не має наукових обґрунтувань і в більшості клінічних випадків є неприйнятною. Згідно з погодженням 8 провідних спеціалістів Європи (B. Jonnson та співавт., 1998), мінімальний термін антибактеріальної терапії повинен складати 2–4 тиж, якщо немає ефекту, то лікування необхідно припинити і переглянути. При позитивній динаміці – продовжувати ще протягом 2–4 тиж (сумарно 4–8 тиж) для досягнення клінічного покращання і, можливо, повного усунення етіологічного фактора. Провідні експерти з даної проблеми A. Scraefer і J.C. Nickel (2000) вважають, що тривалість лікування фторхінолонами повинна складати 4–6 тиж, а ко-тримазолом – 10 тиж. Дані російських урологів свідчать, що для елімінації мікроорганізмів з секрету передміхурової залози і спермограми переважно достатньо 2–4-тижневого курсу антибактеріальної терапії, який підібраний індивідуально [18, 19, 21]. Інші автори пропонують збільшити тривалість призначення антибіотиків з 28 до 90 днів [44, 45, 49]. Але поки немає адекватних досліджень, які б дозволили підтвердити обґрунтованість такого збільшення курсу антибіотикотерапії.

З метою терапії ХП використовують як традиційні шляхи введення протимікробних препаратів (пероральний, паренте-

ральний), так і нестандартні (інтрапростатичний, ендолімфатичний, лімфотропний). Очевидно, що кожний метод має свої показання і протипоказання. Є повідомлення про додаткові переваги лімфотропного способу введення антибіотиків при лікуванні ХП [1, 18]. Антибактеріальна терапія є провідною ланкою комплексного лікування бактеріальних простатитів, вона також може включати санацію сечівника, засоби, які покращують мікроциркуляцію і дренаж ацинусів, препарати, які підвищують неспецифічну реактивність організму, імуномодулятори, ферментні препарати, нестероїдні протизапальні засоби, фізіотерапію, симптоматичні засоби [1, 13, 39].

Цілком виправданим і патогенетично обґрунтованим є широке використання у хворих на ХП нестероїдних протизапальних препаратів, при цьому особливо вдалим вважається ректальний шлях їх введення [3, 19, 49]. Завдяки гальмуванню запального процесу і анальгезивному ефекту протизапальна терапія нестероїдними препаратами синдрому хронічного тазового болю (запального і незапального) розглядається в якості «корисної» для полегшення симптомів [38, 40]. Її застосування рекомендовано керівництвами Міжнародної Співпрацюючої Сітки з Дослідження Простатиту НІН в якості препаратів 3-ї лінії по пріоритетності після антибіотиків і альфа-адреноблокаторів в лікуванні ХП. У той час слід зазначити, що ще недостатньо даних на підтримку цього терапевтичного підходу. Ураховуючи потенційну можливість розвитку побічних ефектів найкраще використовувати селективні інгібітори ЦОГ-2, тривалість лікування не повинна перевищувати 4 тиж. Найбільш часто використовують такі нестероїдні протизапальні препарати: ібупрофен, диклофенак, індометацин, целекоксиб, рофекоксиб, пентозану полісульфат.

У вітчизняній літературі підкреслюється ефективність використання ферментних препаратів при ХП, в останній час увагу привертає препарат вобензим та флогензим [11]. Системна ензимотерапія ґрунтується на застосуванні цілеспрямовано підбраного комплексу високоактивних гідролітичних ензимів (ферментів) рослинного і тваринного походження. Ензими реалізують свою активність шляхом імуномодулювальної, протизапальної, фібринолітичної, протинабрякової, антиагрегатної і вторинноанальгезувальної дії, комплексно діючи на патофізіологічні процеси. Показаннями до застосування системної ензимотерапії в комплексній терапії ХП є: підвищення ефективності антибактеріальної терапії і нівелювання побічних ефектів від її застосування; запальний процес в органах сечостатевої системи; корекція імунологічних порушень; профілактика утворення та розсмоктування спайок; покращання мікроциркуляції у вогнищі запалення.

Є повідомлення про досить задовільні результати лікування при використанні стрептокінази, трипсину, хімотрипсину, а також при застосуванні протеолітичного ферменту папаїну, який вводили в передміхурову залозу методом електрофорезу [19, 25].

Новим підходом у лікуванні ХП є використання  $\alpha$ -адреноблокаторів. Їх застосування ґрунтується на таких обставинах: наявність великої кількості  $\alpha_1$ -адренорецепторів у передміхуровій залозі та шийці сечового міхура, успіхи цих препаратів в усуненні симптоматики з боку нижніх сечових шляхів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, концепція патогенезу захворювання, яка ґрунтується на виникненні турбулентного току сечі в простатичному відділі сечівника через недостатнє розкриття шийки сечового міхура, описання цілою низкою дослідників порушення сечовипускання при ХП досить різного характеру: від сечовипускання при низьких показниках внутрішньоміхурового тиску до підвищення внутрішньоміхурового тиску. Застосування  $\alpha_1$ -адреноблокаторів при ХП, яке носило спочатку емпіричний характер, а потім все більш обґрунтований, показало ефективність даного способу лікування і перспективність подальшого його застосування та вивчення [7, 10, 13]. У даний час вважається, що

найбільший ефект від  $\alpha$ -адреноблокаторів може бути досягнутий у хворих на ХП з вираженими порушеннями сечовипускання за відсутності активного запального процесу. Відмічено, що якщо лікування  $\alpha$ -адреноблокаторами продовжується короткий час, то після відміни препаратів відбувається повернення симптомів захворювання і уродинамічних порушень. При довготривалому застосуванні  $\alpha$ -адреноблокаторів у частини пацієнтів виникає порушення експресії  $\alpha_{1A}$ -рецепторів (зниження регулювального ефекту  $\alpha_{1A}$ -рецепторів або підвищення регулювального ефекту конкурентних рецепторів) [10, 19, 39]. У цьому випадку ефект від застосування  $\alpha$ -адреноблокаторів буде зберігатися навіть після відміни препарату. Російські автори [10] найбільш доцільним вважають призначення  $\alpha_1$ -адреноблокаторів при ХП категорії ПІВ (простатодінія), термін лікування – від 1 до 6 міс, інші [31, 35, 42] рекомендують використовувати дані препарати і при синдромі хронічного тазового болю (запального і незапального) та при хронічному бактеріальному простатиті терміном не менше 6–8 міс після досягнення безсимптомного періоду, в дозі при якій був досягнутий терапевтичний ефект. Найчастіше використовують такі препарати: тамсулозин в дозі 0,4–0,8 мг на день; альфузозин 10 мг на добу; доксазозин 4–8 мг на добу; теразозин 5–10 мг на добу.

Для відновлення кровообігу в малому тазі і мікроциркуляції в передміхуровій залозі у хворих на ХП, що патогенетично цілком обґрунтовано, застосовують різноманітні лікарські засоби, масаж передміхурової залози, гірудотерапію, фізіотерапевтичні процедури та інші методи лікування. Для цього застосовують такі лікарські засоби, як галідор, трентал, ескузан, венорутон, церукал, анавенол, детралекс, троксерутон, ендотелон, простапол, гепарин, фраксипарин. Для покращання загальних процесів мікроциркуляції використовують ректальні свічки з беладонною, анестезином, іхтіолом [1, 21, 36]. Для відновлення мікроциркуляції в передміхуровій залозі, ліквідації набряку цього органа і активації фібринолітичної активності деякі автори [11] рекомендують хворим на ХП використовувати гірудотерапію. П'явки накладають на промежину на 1–2 см вище анального отвору, відступивши від середньої лінії на 1,0–1,5 см з обох сторін. З кожної сторони накладають по 2 п'явки (всього на сеанс 4 п'явки). Експозиція максимальна з обробленням ранок ізотонічним розчином натрію хлориду. Курс гірудотерапії хворим на ХП включає 5 сеансів з інтервалом між сеансами 3–4 дні. Доведено, що гірудотерапії притаманні такі лікувальні ефекти: усунення мікроциркуляторних порушень, місцева протинабрякова, імуномодулювальна й антикоагулювальна дія.

В останні роки у вітчизняній літературі опубліковано багато робіт про застосування у комплексному лікуванні хворих на ХП препаратів, одержаних з передміхурової залози великої рогатої худоби, очищених від гормонів і білків (раверон, проставерон, простатилен, вітапрост). Простатилен – це препарат пептичної природи, відноситься до класу цитомединів, біорегулятор. У роботах показано, що він зменшує набряк передміхурової залози, лейкоцитарну інфільтрацію інтерстиціального тканини передміхурової залози, зменшує тромбоз вен передміхурової залози, дезагрегант, посилює фібринолітичну активність крові, імуномодулятор, нормалізує секреторну функцію епітеліальних клітин передміхурової залози, підвищує тонус детрузора, збільшує максимальну об'ємну швидкість сечовипускання [2, 18, 25]. Препарат Вітапрост – комплекс водорозчинних біоактивних пептидів, випускається у формі ректальних супозиторіїв. Проведені дослідження з оцінювання ефективності і безпечності застосування препарату Вітапрост у пацієнтів з ХП/синдромом хронічного тазового болю свідчать, що ефективне зменшення симптоматики ХП і, в першу чергу, болювого синдрому, покращання сечовипускання; покращання статевої функції, зокрема ерекційної та еякуляторної складової копулятивного циклу. Автори зробили висновок, що пре-

парат Вітапрост доцільно використовувати насамперед для зменшення болювого синдрому у пацієнтів з ХП, а також в складі комплексної терапії хронічного бактеріального і абактеріального простатиту у хворих усіх вікових груп [19].

На думку деяких фахівців, доцільним є застосування в комплексній терапії простатиту десенсибілізуючих препаратів з метою нейтралізації впливу гістаміну як медіатора судинних реакцій у вогнищі запалення. Окремі автори призначали з цією метою димедрол в ректальних свічках [1, 11]. Є повідомлення про призначення з цією метою діазоліну і фенкаролу, які володіють вираженою протигістамінною дією і не дають снодійного ефекту [20, 23].

Літературні дані останнього десятиліття свідчать про наявність імунодефіцитного стану у хворих на ХП, при цьому відзначається, що пригнічується як запальний, так і місцевий імунітет. Зазначено також необхідність обов'язкового врахування цих факторів при проведенні комплексної терапії захворювання [1, 4, 21, 33].

Вітчизняні спеціалісти ширше, ніж зарубіжні, при ХП використовують препарати, які коригують процеси імунітету. Основними завданнями імунотерапії у хворих на ХП є: необхідність підвищення функціональної активності місцевих факторів імунітету, проведення цілеспрямованої профілактичної терапії, яка б випереджала розвиток імунодепресії, комплексне лікування, включаючи стимуляцію загального і місцевого імунітету, обов'язкове оцінювання імунологічних показників в динаміці терапії з метою коригування і об'єктивного прогнозування ефективності лікування.

Виділяють декілька груп імуномодулюючих препаратів, зокрема це препарати, що стимулюють В-систему імунітету, які посилюють кількісну та функціональну повноцінність тимусзалежних лімфоцитів (Т-лімфоцитів), засоби комбінованої дії на ці обидві системи імунітету [4, 23, 52]. До препаратів, які стимулюють Т-систему імунітету, відносять вакцину БЦЖ, декарис, тималін, тимоген, Т-активін, аскорбінову кислоту, індуктори інтерферону. Переважними стимуляторами В-системи імунітету вважають нуклеїнат натрію, ретинол, метилурацил. До групи імуномодуляторів мікробного походження відносять продігізан, пірогенал, рибомуніл, лікопід, а також препарати останнього покоління – імунофан, мієлопід і поліоксидоній. Якщо точкою прикладання препаратів мікробного походження слугують в основному фагоцити – нейтрофільні гранулоцити і макрофаги, то сучасні препарати володіють більш широкою терапевтичною дією на всю систему імунітету. Так, поліоксидоній активує всі фактори природної резистентності – клітини моноцитарно-макрофагальної системи, нейтрофільні гранулоцити та НК-клітини, що спричинює підвищення їхньої функціональної активності при вихідних зниження їх показників. Активізація макрофагів призводить до посилення синтезу цитокінів, які виробляються цими клітинами, в результаті чого відбувається посилення функціональної активності факторів як клітинного, так і гуморального імунітету. Одним із перших імуномодуляторів, які були застосовані при лікуванні ХП, є продігізан. Було відзначено, що він посилює фагоцитоз і активність різних популяцій Т-клітин. У разі призначення продігізану спостерігалось покращання клінічного стану хворих і ліквідувався імунодефіцит [4, 21]. Досить широко при інфекційній патології, в тому числі при ХП, застосовували препарат декарис (левамизон). Низько досліджень було встановлено, що включення його в комплексну терапію сприяло збільшенню сумарного вмісту Т-лімфоцитів, підвищенню активності клітин-кілерів і супресорів [19, 21]. Біологічно активні препарати загруднинної залози (тималін, тимоген, Т-активін та інші) вибірково коригують Т-імунодефіцитний стан організму. Вони індукують вироблення, диференціювання і функцію Т-лімфоцитів і їхню функціональну активність, а також стимулюють репаративні процеси і впливають на систему гомеостазу та обмін речовин [1, 18].

У літературі зустрічаються досить чисельні публікації про застосування біогенних стимуляторів (алоє, склисте тіло, ФіБС, екстракт алоє, плазмол та інші) в терапії ХП, але результати цих досліджень доволі дискусійні. Так, згідно з даними одних авторів [1, 25], низка цих препаратів нормалізують загальний імунодефіцит в організмі, а за результатами інших дослідників [3], – вони не дають імуномодулюючого ефекту.

За даними деяких авторів, сприятливий ефект щодо нормалізації показників загального імунітету при простатиті забезпечує застосування стафілококового анатоксину і антифагіну, автогемотерапії [4, 23].

Ураховуючи дисгормональні порушення у хворих на ХП, що характеризується зниженням рівня андрогенної насиченості організму, низка фахівців рекомендують призначення помірних доз андрогенів [23]. При цьому І.Ф. Юнда свідчить про необхідність суворого індивідуального підходу до призначення чоловічих статевих гормонів. На думку авторів, хворим віком до 30 років призначення андрогенів є недоцільним, навіть за наявності у них симптомів зниження потенції. Іншої точки зору дотримуються Л.Г. Гомелла, Д.Д. Фрайд, вважаючи доцільним призначення при ХП андрогенів (метилтестерон, тестобромлецит, тестенат, сустанон-250, омнадрен), що дозволяє нормалізувати порушення гормонального балансу. У свою чергу, В.С. Дзюрак, В.І. Сапсай є прихильниками дуже обережного підходу до призначення гормонотерапії, зазначаючи можливість розвитку у хворих важких порушень в гіпофазарно-гонадно-наднирковозалозній системі, після її відміни, а також можливий канцерогенний ефект андрогенів.

Є й інші думки. Передміхурова залоза є гормонзалежним органом, її розвиток і функція визначаються головним чином балансом між андрогенами і естрогенами. Більшість дослідників вважають, що спочатку запальний процес починається в протоках часточок передміхурової залози, звідки він поширюється на тканину залози. Антиандрогенна терапія значно зменшує об'єм залозистої тканини передміхурової залози і може здійснювати непрямої ефект на перебіг запального процесу. У декількох рандомізованих, контрольованих дослідженнях оцінювали вплив фінастериду і плацебо, фінастериду і препарату з плодів пальми віялової (*Serenoa repens*). Фінастерид виявляв більш виражений покращувальний ефект на симптоми захворювання в порівнянні з контрольною групою (особливо у пацієнтів із запальним хронічним синдромом тазового болю) [30, 53].

Уже доведено, що широке застосування комбінованої антибактеріальної терапії створює загрозу поєднання побічних ефектів антибіотиків (алергічна реакція, дисбактеріоз, токсичний ефект). Негативною стороною більшості фармакологічних препаратів є їхня нефротоксичність, здатність алергізувати та сенсibiliзувати організм, особливо при їх тривалому використанні. Крім того, більшість антибіотиків є імуносупресорами, а у хворих на ХП має місце стан вторинного імунодефіциту [1, 18]. Беручи до уваги наведені вище міркування, зрозуміла увага до фітотерапії при лікуванні хворих на ХП. Перевагами фітотерапії при лікуванні даної патології є: виражена терапевтична активність і при цьому значно менший спектр побічних ефектів; широкий діапазон терапевтичної дії і незначна токсичність дозволяють довготривало застосовувати фітопрепарати без ризику розвитку серйозних ускладнень (гепатотоксичних, нефротоксичних, звикання і т. п.); фармакодинаміка фітопрепаратів більш багата, що дозволяє впливати на декілька патологічних ланцюгів (антисептична, протизапальна, знеболювальна, спазмолітична, діуретична та інші); значно більший асортимент фітопрепаратів дозволяє індивідуалізувати терапію, провести адекватну заміну; дія фітокомпозицій більш натуральна, «м'яка». Завдяки наявності біологічно активних речовин, рослинних олій, вітамінів, антиоксидантів та інших спостерігається модулювальний вплив цих препаратів на імунітет, обмін речовин [14, 17, 24].

Лікарські рослини використовують у різноманітних поєднаннях з метою їх різнобічного впливу на організм. Сучасні фітотерапевти досить часто віддають перевагу різноманітним рослинним сумішам [12, 17, 24]. Найбільш раціональним слід вважати індивідуальний підбір окремих рослин, які є найбільш ефективні та адекватні відносно лікування даної патології, і тільки в подальшому переходити до зборів. Для лікування ХП використовують рослини, які виявляють протизапальну, антисептичну, десенсибілізуювальну, імуностимулювальну, болезаспокійливу дію, а також здатні поліпшувати регенерацію слизової оболонки сечівника, сечового міхура, обмін речовин в організмі, впливати заспокійливо, також підвищувати потенцію. Курс фітотерапії продовжується 2–3 міс і повторюється через 1,5–2 міс протягом першого року лікування. Як правило, курсова фітотерапія ефективна протягом багатьох років. До фітотерапії для лікування хворих на ХП рекомендують включати наступні рослини: береза (*Betula L.*); верес звичайний (*Calluna vulgaris L.*); гірчак зміїний (раковий шийки) (*Polygonum bistorta L.*); гіркокаштан звичайний (*Aesculus hippocastanum L.*); деревій звичайний (*Achillea millefolium L.*); ехінацея пурпурова (*Echinacea purpurea L.*); живокіст лікарський (*Symphytum officinale L.*); ліщина звичайна (*Cornus avellana L.*); нагідки лікарські (*Calendula officinalis L.*); оман високий, дивосил (*Inula helenium L.*); перстач пряmostоячий (калган) (*Potentilla erecta L.*); петрушка городня (*Petroselinum sativum L.*); пирій повзучий (*Agropurum repens L.*); ромашка лікарська, або аптечна (*Matricaria chamomilla L.*); спориш звичайний (*Polygonum aviculare L.*); тополя чорна (*Populus nigra L.*); туя західна (*Thuja occidentalis L.*); фіалка триколірна (*Viola tricolor L.*); хвоц польовий (*Equisetum arvense L.*); череда трироздільна (*Bidens tripartita L.*); шавлія лікарська (*Savlia officinalis L.*).

Але все ж частіше використовують збори лікарських рослин. Наведемо деякі прописи фітозборів для лікування простатиту:

Квіти ромашки польової – 50 г; трава хвоца польового – 50 г; трава вересу звичайного – 30 г. Дві столові ложки збору залити 500 мл окропу, довести до кипіння, настояти 1 год, процідити, вживати по 100 мл 4 рази на день за 20 хв до їди.

Коріння милянки лікарської – 30 г; коріння бузини трав'янистої – 30 г; трава гризника голого – 30 г; квіти таволги в'язолистої – 30 г. 20 г збору залити 500 мл води, кип'ятити 10 хв, настоювати 15 хв, процідити, пити по 100–150 мл тричі на день після їди. Тривалість лікування першим і другим зборами – 30 днів.

Трава звіробою звичайного – 40 г; трава хвоца польового – 40 г; квіти бузини чорної; цвіт липи; трава цмину піскового (по 20 г); квіти волошки синьої – 20 г. Чотири столові ложки подрібненої суміші залити 2 стаканами окропу, прокип'ятити 3 хв., настоювати 20 хв. Вживати по 80 мл відвару 6 разів на день за 15 хв до і через 30 хв після їди [12, 17].

У нас є досвід успішного лікування 125 хворих на ХП з включенням у комплекс терапії розробленого нами фітозбору. До складу збору входять такі рослини: спориш звичайний – 30 г; нагідки лікарські – 30 г; фіалка триколірна – 30 г; листя берези – 20 г; приймочки та стовпчики кукурудзи – 20 г; ехінацея пурпурова – 30 г. 25 г збору засипати в термос, залити 500 мл окропу, настоювати протягом 10 год, процідити і вживати по 50 мл теплою настою 4 рази на день за 20 хв до їди. Курс лікування – 25 днів. Безпосередньо після курсу лікування значне покращання самопочуття відзначили у 97,6% хворих. У 90,4% констатовано покращання пальпаторних даних передміхурової залози і у 88,1% – ультразвукових даних. У посівах сечі та секрету передміхурової залози росту патогенної мікрофлори не виявлено, зникла лейкоцитурія, а в секреті передміхурової залози кількість лейкоцитів знизилась до 2–8 у полі зору [14].

Із засобів рослинного походження, які добре зарекомендували себе при ХП, слід відзначити імпортні препарати з *Pugenum africanum* та з екстракту плодів пальми віялової (*Serenoa repens*).

Фармакокінетичні дослідження препаратів з кори африканської сливи (*Pugenum africanum*) – таденан, тріанол – не проводили через багатоконпонентний склад. Але при клінічному застосуванні препарат володіє такою дією: знижує проліферацію клітин передміхурової залози; дає протизапальний та протинабряковий ефект.

Препарати, які містять екстракт плодів пальми віялової (*Serenoa repens*), крім пригнічення активності 5-альфа-редуктази і ароматази – основних ферментів, які беруть участь в розвитку доброякісної гіперплазії передміхурової залози, володіють наступними ефектами при хронічному запаленні передміхурової залози: знижують утворення медіаторів запалення – лейкотрієнів і простагландинів за рахунок зменшення активності фосфоліпази А<sub>2</sub>, ліпооксигенази і циклооксигенази; виявляють антиандрогенну дію; на рівні органа-мішені – передміхурової залози виявляють протизапальну і вазопротекторну дію, зменшуючи набряк за рахунок інгібування підвищеної капілярної проникливості.

Є дані про ефективність препарату кверцетин при лікуванні хворих на ХП [11]. Біофлавоноїд кверцетин в декількох невеликих коротких плацебо-контрольованих дослідженнях виявив значно більш виражений вплив на симптоми простатиту, ніж плацебо. Його ефекти пов'язані з антиоксидантною та протизапальною активністю.

Значно кращі результати лікування ХП спостерігаються у разі вживання квіткового пилку (перги), що є незамінним джерелом білка. Доведено, що квітковий пилок різних видів рослин має дуже високу поживну цінність. Кожна квітова пилінка, яку можна розглянути під мікроскопом, – це складний концентрат багатьох цінних харчових і лікувально-профілактичних речовин. Дослідження показали, що миші, які одержували в корм навіть незначну кількість квітового пилку, швидше росли. Квітковий пилок сприятливо діє на організм, навіть коли позбавити його вітамінів. У калі мишей, яких підгодовували пергою, майже зовсім не було мікробів. Отже, у квітковому пилку є антибіотичні речовини. Пропонують використовувати квітковий пилок з метою профілактики простатиту. В аптеках є спеціальні препарати з квітового пилку, вживання яких не тільки лікує, але і запобігає захворюванням передміхурової залози і доброякісній гіперплазії передміхурової залози. Рекомендовано кожному чоловікові після 50 років щоденно вживати 15 г квітового пилку. Рослини виробляють дуже багато квітового пилку. Особливо багаті на пилок береза, ліщина, граб, в'яз, кукурудза та інші. Досить ефективний збір рослинного пилку з кукурудзи (без великих фізичних затрат) [16].

Також при лікуванні хворих на ХП широко використовують мікроклізми з фітопрепаратами. Найчастіше для мікроклізм використовують квіти ромашки лікарської, деревій звичайний, шавлію лікарську, насіння льону звичайного, листя евкаліпту, живокіст лікарський, бруньки тополі чорної, м'яту перцеву. Є повідомлення про ефективність мікроклізм з оліями, зокрема з олією шипшини, обліпихи, із 0,25% йод-смерековим масляним розчином, з масляним розчином прополісу, з нерафінованою олією. Ще використовують мікроклізми з мінеральними водами та лікарськими препаратами у різних комбінаціях.

У нас є досвід застосування мікроклізм з настою трави ехінацеї пурпурової в комплексному лікуванні хворих на ХП (на курс лікування 15 мікроклізм через день). Настій слід готувати згідно з вимогами Державної Фармакопеї України. Для приготування настою використовували 15 г трави, яку запарювали 200 мл окропу, настоювали 2–3 год в термосі, охолоджували до температури 38–40 °С і вводили 80–100 мл у пряму кишку на ніч. Безпосередньо після курсу лікування значне поліпшення самопочуття було відзначено у 96,8% хворих. При цьому спостерігалось зниження больових відчуттів, дизурії, підвищення лібідо, посилення ерекцій [15].

Деякі автори пропонують для лікування хворих на ХП гомотепатичні засоби які коригує функціональні порушення і

мікроциркуляцію в передміхуровій залозі; коніум 6,12; ліпоподіум 6,12; селеніум 6,12; сепія 6,12; стафізагрія 30,200; туя 6,12; курс коміка 1000 С і коніум 1000 С чергуючи по днях; а також ступінчасту автогемотерапію за Реккевегом. Відповідно до закону Арндта-Шульца, ступінчаста автогемотерапія посилює дезінтоксикацію, зв'язує ретоксин, який не піддається знешкодженню, і таким чином виліковує захворювання. Використання ступінчастої автогемотерапії в поєднанні з препаратами фірми «Hell» дозволяє перетворити власні гомотоксини на цілеспрямовано діючий гомеотерапевтичний препарат. Використовують такі антигомтоксичні препарати фірми «Hell»: лімфоміозот, траумель С, коензим композитум, убіхінон композитум, церебрум композитум, псорінохель, галіум-хель [5, 11].

З метою підвищення опірності організму до інфекції низка авторів рекомендують при лікуванні хворих на простатит призначення вітамінів. Зокрема, застосовується вітамін Е (токоферолу ацетат), вітамін В<sub>1</sub> (тіамін бромід), вітамін В<sub>6</sub> (піридоксин), вітамін С (аскорбінова кислота), також полівітаміни мільтріум, тріві-плюс [11, 22]. Разом із тим, в проведеному огляді літератури ми не виявили конкретних рекомендацій і показань, а також характеру і тривалості курсів вітамінотерапії при запаленні передміхурової залози.

Деякі автори повідомляють про ефективність використання цинку у комплексній терапії хворих на ХП [11]. Призначення цинку ґрунтується на виявленні низького його вмісту в тканині і секреті передміхурової залози. Ураховуючи важливу роль цинку в формуванні антимікробної активності секрету передміхурової залози припускається, що застосування ендogenous цинку приведе до підвищення його рівня в тканині передміхурової залози, до зменшення вираженості запальної реакції і відповідно простатичних симптомів. Але клінічних даних все ще недостатньо, щоб підтвердити цю теорію.

Дуже багато препаратів різних фармакологічних груп використовують для лікування синдрому хронічного тазового болю. Їхня різноманітність пояснюється відсутністю чіткого уявлення про етіологію і патогенез, а також стійкістю до лікування, яке проводять, та високою частотою рецидивування больового синдрому. Перший досвід застосування алопуринолу показав перспективність його використання для зменшення вираженості симптомів запального синдрому хронічного тазового болю [29]. Але подальший аналіз даних та досвід клінічного застосування не підтвердили початкових одержаних результатів. Амітриптилін почали застосовувати для лікування больового синдрому у пацієнтів з синдромом хронічного тазового болю на основі його успішного використання при лікуванні багатьох хронічних больових станів різної локалізації. Є повідомлення про позитивний ефект габапентину у високих дозах в лікуванні болю невrogenного походження. Але обидва ці препарати не можуть бути рекомендовані до широкого застосування через відсутність підтвердження їх ефективності в рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях.

Масаж передміхурової залози використовують для лікування ХП з ХІХ століття, але до сьогодні немає єдиного погляду на місце цього методу лікування серед інших методів, які використовують для терапії цього значно поширеного захворювання. Н. Strahler взагалі не рекомендував використовувати масаж передміхурової залози при ХП, а С. Blumensaat відносив масаж до втручань, які протирічать основним принципам хірургії [48]. Е.М. Meares вважав можливим його виконання тільки за відсутності статевого життя. Більшість вітчизняних та зарубіжних урологів вважають, що пальцевий масаж передміхурової залози ефективна процедура і її можна та потрібно застосовувати при ХП з урахуванням показань та протипоказань. Механізм лікувальної дії масажу передміхурової залози: відновлює прохідність проток; посилює пенетрацію антибіотиків у тканину передміхурової залози; може активізувати мікроорганізми, що знаходяться в стані спокою, роблячи

їх більш чутливими до антибактеріальної терапії; покращує кровообіг та м'язовий тонус передміхурової залози; дозволяє одержати зразки секрету передміхурової залози для мікроскопічного і мікробіологічного дослідження. Найбільш відомим і визнаним методом лікування ХП з використанням масажу передміхурової залози є Манільський протокол (масаж 3 рази в тиждень, динамічне мікробіологічне дослідження та застосування антибіотиків широкого спектра дії) [46]. Показаннями до виконання масажу передміхурової залози є: хронічний бактеріальний простатит; синдром хронічного тазового болю; асимптоматичний простатит (при проведенні лікування); необхідність одержання секрету передміхурової залози для діагностичних цілей. Протипоказання до масажу передміхурової залози: гострий бактеріальний простатит; ХП в поєднанні з раком або доброякісною гіперплазією передміхурової залози; камені передміхурової залози; справжні кісти передміхурової залози; утруднене сечовипускання з наявністю залишкової сечі. Більшість дослідників погоджуються з твердженням Niman, що травма передміхурової залози регулярним масажем не є причиною появи лейкоцитів в секреті передміхурової залози, якщо інфекція була відсутня [47]. Підтвердженням цього висновку є зменшення вираженості та зниження кількості лейкоцитів у більшості пацієнтів в результаті тривалого масажу передміхурової залози. Таким чином, масаж передміхурової залози показаний при різних формах ХП і є ефективною і безпечною процедурою.

Масаж залози повинен супроводжуватися і масажем сід'яних м'язів [1, 3, 19]. Існують різні види масажу передміхурової залози: бімануальний масаж, масаж на дірчастому катетері, гідромасаж, масаж на бужі, вібромасаж, вібромасаж з промиванням сечівника, внутрішній вакуумний масаж, пневмомасаж.

У лікуванні ХП рекомендується виконувати фіто масаж, для якого використовують мазь на основі такого збору: трава споришу – 1 частина, трава буркуну лікарського – 1 частина, трава перстачу прямостоячого – 4 частина, листя м'яти перцевої – 1 частина, трави фалки триколірної – 3 частини. Чотири столові ложки суміші трав розтирають в ступці з 80 г гусячого або норкового жиру, потім суміш поміщають на киплячу водяну баню на 4 год і періодично помішують. Мазь у гарячому виді проціджують через двошаровий марлевий фільтр. Невелику кількість мазі наносять на вказівний палець при проведенні масажу [17].

Є дані про ефективність застосування методики біологічно зворотного зв'язку при лікуванні пацієнтів з ХП, особливо з синдромом хронічного тазового болю [11]. Багато дослідників встановили, що біологічно зворотний зв'язок володіє значним потенціалом для покращання симптомів пацієнтів, особливо у яких біль і дизурія можуть бути вторинними по відношенню до деяких форм псевдодисинергії, які спричинюють порушення сечовипускання і спазм м'язів промежини, що повторюється. Ефективність методики – до 60–70%. Навчання пацієнтів проходить в декілька етапів. Тренування разом зі зниженням стресу і вправами з релаксації, що постійно збільшується, складають комплексну програму лікування синдрому хронічного тазового болю.

Деякі автори повідомляють про успішне застосування рефлексотерапії (корпоральної, аурикулоакупунктурної, електропунктурної та інших) при ХП [9, 11, 23]. Одним із основних показань для проведення рефлексотерапії є наявність больових відчуттів. Акупунктура призводить до нормалізації нейрогуморально-гормональних взаємовідносин і підвищення порогів сприйняття больової чутливості.

Вважається, що в більшості випадків ХП необхідно приділяти увагу нормалізації психічного статусу хворого, використовуючи як лікарські засоби, так і раціональну психотерапію [20].

Українські та російські урологи значно ширше, ніж зарубіжні, для лікування хворих на ХП використовують різноманітні фізіотерапевтичні процедури, але патогенетична

доцільність їх застосування недостатньо обґрунтована, а ефективність вимагає подальшого вивчення [1, 21]. У лікування ХП успішно використовують електролазерну дію апаратами «Ярило» і «Андро-Гин» [19].

Комбінована дія на передміхурову залозу із застосуванням АПК «Андро-Гин» («Янінвест») здійснюється комплексом фізичних факторів: напівпровідникове лазерне і світлодіодне випромінювання; електростимуляція, магнітотерапія, нейростимуляція, кольороритмотерапія. Сполучення і комбінація наведених вище п'яти фізіотерапевтичних методів дії в реальному масштабі часу, вільність вибору параметрів максимально біоадекватних фізіологічним процесам організму і передміхурової залози, виявляє болегамувальну, седативну, протизапальну, протинабрякову дію на передміхурову залозу та інші додаткові статеві залози. Лікування з допомогою АПК «Андро-Гин» підвищує імунітет, покращує нейротрофіку, мікроциркуляцію в органах малого таза і в передміхуровій залозі [18].

В останнє десятиліття особливою популярністю у лікарів та пацієнтів користується низькоінтенсивне лазерне випромінювання, яке поряд з біостимулювальною виявляє виражену протизапальну дію, стимулює загальний і місцевий імунітет, покращує мікроциркуляцію у вогнищі запалення, володіє анальгетичним і навіть бактеріостатичним ефектом. Перші успіхи лазеротерапії при ХП були пов'язані з використанням гелій-неонового лазера, але низька проникаюча здатність обмежила сферу його застосування лазерною рефлексотерапією і ендоретральною дією при супутньому хронічному уретриті, калікуліті. З появою сучасного обладнання, яке генерує низькоінтенсивне лазерне імпульсне випромінювання інфрачервоного спектра з допомогою напівпровідникових випромінювачів, стало можливим більш глибока дія на біологічні тканини (до 6 см). Аплікацію проводять з допомогою випромінювача, який встановлений в проєкції передміхурової залози на промежину (надшкірна методика) або через стінку прямої кишки (трансректальна методика). Використовують апарати: «Млада», «Улей-2К», «Елат», «Узор», «УЛФ-01», «ЛГ-75», «Ізель II», «Ярило», «Ярило-синхро», «Барва», «Ягода», «Витязь» [8, 11, 25].

Про доцільність застосування в терапії ХП магнітного поля повідомляють В.А. Мохорт і В.І. Вощула (1998), електромагнітного випромінювання міліметрового діапазону (ЕМІ-КВЧ) О.Б. Лоран і співавтори (1996). Не дивлячись на велику кількість досліджень з вивчення біологічної дії магнітних полів, питання про їхню лікувальну дію до кінця не з'ясоване. Низькочастотна магнітотерапія включає використання перемінних, постійних переривчастих або пульсвних магнітних полів низької частоти. Магнітне поле виявляє протизапальну і безпакостійливу дію, нормалізує кровообіг, змінює перебіг окисно-відновних і тканинних ферментативних процесів, створює умови для більш ефективної дії антибіотиків на запальний процес. Для проведення магнітотерапії використовують апарати «Полус-1, -2, -101», «Імпульс-3», «МКМ2-1», «Аропак-614», «ПроСПОК», «Аліма-1», листові магнітофорні аплікатори, магнітотерапевтичні бужі, магнітотрон ректальний, магнітні свічки, магнітні силіконові стержні. Використовують також вакуум-магнітотерапію за допомогою апарату «Мечта», на курс 12–15 процедур. Електромагнітне випромінювання дуже високої частоти в міліметровому діапазоні (ЕМІ-КВЧ) призводить до регресії патологічного процесу в організмі, нормалізації імунних реакцій, активації регенеративних процесів, зменшення ексудативно-запальних процесів, ліквідації розладів мікроциркуляції та іннервації, активації системи антиоксидантного захисту. Використовують апарати «Яв-1м», «Інтрамаг» [20, 23].

А.Р. Гуськов і співавтори рекомендують трансуретральне дренування передміхурової залози при ХП за допомогою електростимулятора аспіратора «Інтрагон-4» (1997), а також дренування передміхурової залози при обструктивному ХП за допо-

могою ректального пневмовібромасажеру ПВМ-Р-01 (1998). Апарат «Інтрагон-4» дозволяє при допомозі спеціально сконструйованого електроду-катетера, введеного в сечівник до рівня зовнішнього сфінктера, здійснювати вакуумну аспірацію запального вмісту мікроабсцесів передміхурової залози. Крім цього, електростимуляція покращує мікроциркуляцію, підвищує тонує гладком'язової тканини передміхурової залози, відновлює її евакуаторну, секреторну функцію, а також суттєво покращує статеву функцію [21]. Також використовують електростимуляцію передміхурової залози апаратами «Ампліпульс-4», «МВС-3М», «Інтрагон-1, 2». Є низка публікацій, в яких повідомляється про позитивні результати застосування при ХП трансуретральної радіохвильової гіпертермії. Рідше використовують трансректальну мікрохвильову гіпертермію. Про ефективність низькоінтенсивної лазерної дії свідчать роботи К.Д. Панкратова і співавторів (1997), А.І. Неймако і співавторів (2000).

Добрі результати одержують при ультразвуковому впливі. Ультразвук стимулює обмінні процеси, сприяє розсмоктуванню інфільтратів і рубців, має знеболювальну та протизапальну дію. Дослідженнями було доведено, що фізіологічна дія ультразвуку зумовлена: фізико-хімічним, тепловим, механічним і нервово-рефлекторним факторами, а також сприяє локальному підвищенню проникності тканини для лікарських препаратів. УЗ-терапію застосовують на шкірному в надлобковій або промежинній ділянці, трансректально і трансуретралью. Використовують апарати «Стержень-1», «Гамма», «Ультразвук Т-5», «УЗД-103». Застосовують також ультразвук з одночасним введенням у тканину передміхурової залози лікарських препаратів (фонофорез) [8, 18, 21]. Складають індивідуально лікарську суміш: антибіотики, сульфаніламіді, урантисептики, протизапальні, антигістамінні, імуномодулювальні, антиоксидантні та інші лікарські засоби. Проводять ректальний або трансуретральний фонофорез. Використовують також діадинамотермію, яка сприяє покращанню кровопостачання і трофіки тканин, стимулює процеси регенерації і зменшує больові відчуття. Застосування діадинамотермії з використанням ректального електроду сприяє поліпшенню дренажу передміхурової залози, підвищенню її тонує і покращує статеву функцію [11, 25]. Також при лікуванні хворих на ХП застосовують мікрохвильову терапію в сантиметровому діапазоні (СВЧ), за допомогою низки вітчизняних та зарубіжних апаратів. СВЧ-терапія підвищує температуру в передміхуровій залозі, розширює її судини, підвищує проникність клітинних мембран і посилює ферментативні процеси, а також сприяє виведенню патологічного секрету. Мікрохвильова терапія володіє розсмоктувальною, болегамувальною, протизапальною і бактеріостатичною дією. На курс лікування призначають 10–12 процедур, щоденно, або через день, чергуючи із масажем передміхурової залози. Є публікації відносно опромінення мікрохвилями ділянки щитоподібної і загруднинної залоз у хворих на ХП [25], що давало задовільний терапевтичний ефект без додаткової терапії. Використовують апарати «Луч-58-1», «Луч-2», «Волна-2», «Ромашка», «Ранет».

Повідомляється про ефективність УВЧ-терапії. УВЧ виявляє протизапальну, розсмоктувальну, протинабрякову, десенсибілізуювальну дію. Імпульсна УВЧ-терапія знижує збудливість больових рецепторів, покращує крово- і лімфовідтік в тканинах, посилює імунологічні і обмінні процеси, фагоцитарну активність лейкоцитів. Застосовують апарати: УВЧ-30, УВЧ-62, «Екран-1», для імпульсної УВЧ-терапії – «Імпульс-3» [11].

Деякі автори повідомляли про досить високу ефективність поєднання мікрохвильової терапії із діадинамічним струмом, електрофорезом лікарськими засобами і магнітотерапією [1, 23]. Електрофорез виявляє комплексну дію на організм, діє на фізико-хімічні процеси в шкірі і на її рецепторний апарат. Виникають сегментарні і загальні реакції організму. Електрофорез виконують за допомогою апарату «Потік-1» на шкірному

надлобкової та промежнинній ділянці, трасректально, ендуретрально з використанням різних лікарських засобів.

Також є повідомлення про використання імпульсних струмів низької частоти, діадинамічних і синусоїдальних модульованих струмів, ректального діадинамофорезу, індуктотермії, струмів надтональної частоти, діатермії, дарсонвізації, локальної гіпертермії, інтерферуючих струмів, звукової стимуляції [11].

Є дані про ефективність гіпербаричної оксигенації. У результаті збільшення кисневої ємкості рідких середовищ організму компенсується циркуляторна і тканинна гіпоксемія, покращується мікроциркуляція в передміхуровій залозі. Покращується морфологічні властивості сперматозоїдів, їхня рухливість, підвищується фертильність [21].

У деяких випадках захворювання ефективним є грязелікування (ректальні тампони, компреси на промежину) [3].

Комплексна терапія ХП повинна включати також дотримання хворим дієти (виключення алкоголю, пива, обмеження гострих страв, копченостей, маринадів, соління, спецій, газованих напоїв), а також активний руховий режим: ходьбу, фізичні вправи (скорочення м'язів тазового дна), заняття спортом, лижі, туризм, плавання, пішохідні прогулянки, посильна праця, активний відпочинок.

Більшість фахівців рекомендують проведення санаторно-курортного лікування як завершальний етап комплексного лікування ХП. При санаторно-курортному лікуванні хворим призначають ректальні грязьові тампони, грязьові труси, електрогрязелікування (ректальний фонофорез, індуктотермофорез, ампліпульс-грязелікування, діадинамогрязелікування, електрофорез грязьового віджиму), сидячі грязьові напівванни, озокеритолікування, бальнеотерапія (мікроклізма із мінеральної води, мінеральні ванни, кишкові зрошування, підводні душі-масажі, циркулярні та висхідні душі, споживання мінеральних вод всередину, лікувальна гімнастика). Позитивну дію цих процедур посилює також вплив загальних курортних факторів [1, 11, 25].

Існують також малоінвазивні методи лікування хворих на ХП. Використовують такі методики: трансуретральну мікрохвильову термотерапію; трасректальну гіпертермію; трансуретральну балонну дилатацію; трансуретральну голчасту абляцію передміхурової залози; лазеротерапію передміхурової залози; інвазивну нейромодуляцію

(InterStim). Більшість з них використовують для лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози і тому методики і ефекти краще вивчені стосовно цього захворювання. Ефективність і безпека малоінвазивних методів лікування досліджені в невеликих, неконтрольованих пілотних дослідженнях. Тому, не дивлячись на позитивні ефекти у частини пацієнтів, ці методи не можуть бути рекомендовані до широкого застосування.

Хірургічні методи лікування хворих на ХП використовують вкрай рідко і, як правило, вони пов'язані з ліквідацією ускладнень, які виникли при основному захворюванні. Основними методами лікування є: операції, в тому числі пункційні і ендоскопічні, спрямовані на дренування абсцесів передміхурової залози, кіст великих розмірів або усунення обструкції еякуляторних шляхів; хірургія сім'яних міхурців – при деструктивному запаленні і порушенні відтоку з сім'яних міхурців, які ускладнюють перебіг простатиту; трансуретральна інцизія шийки сечового міхура – при склерозі шийки сечового міхура, з метою ліквідації інфравезикальної обструкції і переривання замкнутого кола, пов'язаного з інтрапростатичним сечовим рефлексом; радикальна трансуретральна резекція передміхурової залози, в основному при її склерозі. Необхідно враховувати, що навіть хірургічне лікування ХП має невисоку ефективність. Так, частота вилікування хворих на ХП після виконання трансуретральної резекції передміхурової залози склала 40–50% [19, 45, 50].

## ВИСНОВКИ

Отже, сучасні погляди на розвиток хронічного простатиту (ХП) є неоднозначними, існує низка дискусійних позицій, які потребують подальшого глибокого вивчення з використанням новітніх методичних підходів. Не менш дискусійними залишаються питання лікування хворих і застосування медикаментозних засобів із різними механізмами лікувальної дії.

Таким чином, ХП на сьогоднішній день необхідно вважати захворюванням із складним патогенезом та поліморфною клінічною картиною, сутність клінічних проявів якого та можливість їх адекватної корекції буде наповнюватися новим змістом в міру розширення спектра методів верифікації даної патології та впровадження нових лікувальних технологій.

**Тактика лечения больных хроническим простатитом: современное состояние проблемы**  
**Е.А. Литвинец, В.И. Трищ, В.Е. Литвинец, А.В. Кондрат, А. Кабиру**

Лечение больных с разными формами хронического простатита (ХП) является актуальной и далекой от решения проблемой. В статье проанализированы и обобщены работы отечественных и зарубежных авторов, что позволяет сделать вывод о недостаточной эффективности существующих методов терапии данной патологии. Это требует поиска новых и совершенствования существующих методик лечения больных с разными формами ХП.

**Ключевые слова:** хронический простатит, лечение.

**Tactic of treatment of patients with chronic prostatitis: modern status of the problem**  
**Ye.A. Lytvynets, V.I. Trishch, V.Ye. Lytvynets, A.V. Kondrat, A. Kabiru**

The treatment of the patients with different forms of chronic prostatitis is an actual problem and far from the decision. In clause the analysis and generalization of works of domestic and foreign authors that allows to make the unfavourable conclusion about effects existing methods of treatment pathologies. It demands search new and improvements of existing methods of diagnostic of patients with different forms of chronic prostatitis.

**Key words:** chronic prostatitis, treatment.

## Сведения об авторах

**Литвинец Евгений Антонович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-82-42

**Трищ Владимир Иванович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-82-42

**Литвинец Владислава Евгеньевна** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-82-42

**Кондрат Андрей Владимирович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-82-42

**Кабиру Ахмат** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (0342) 52-82-42

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 320 с.
2. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И., Бойко Н.И. Применение простатилена для лечения больных с заболеваниями предстательной железы // Урология и нефрология. – 1991. – № 6. – С. 43–46.
3. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. – Днепропетровск: Днепр – VAL, 2001.
4. Гомелла Л.Г., Фрайд Д.Д. Простатит и другие заболевания предстательной железы / Пер. с англ. В. Яковлева. – М.: Кронпресс, 1998. – 224 с.
5. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Клименко П.М. Современная комплексная патогенетическая терапия больных хроническим простатитом с применением препарата группы макролидов Фромилид // Здоровье мужчины. – 2006. – № 4. – С. 55–58.
6. Горпинченко И.И., Нуриманов К.Р. Применение препарата Просталад в лечении пациентов с хроническим простатитом // Здоровье мужчины. – 2005. – № 3. – С. 94–95.
7. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Применение  $\alpha$ -адреноблокатора Сетегис в лечении больных хроническим простатитом // Здоровье мужчины. – 2003. – № 3. – С. 60–64.
8. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Исаков В.Л., Козлюк В.А. и др. Комплексная методика лечения больных хроническим простатитом с использованием ультразвукового, лазерного излучения и пневмовибрационного дренирования предстательной железы // Здоровье мужчины. – 2003. – № 2. – С. 133–136.
9. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.М. Лазерная рефлексотерапия в лечении хронических простатитов // Здоровье мужчины. – 2003. – № 2.
10. Гушин Б.Л. Применение  $\alpha$ 1-адреноблокаторов при лечении хронического простатита // Здоровье мужчины. – 2003. – № 2.
11. Дзюрак В.С., Сапсай В.И., Сапсай А.В., Бойко А.И. Хронический простатит. – К.: «Ходак», 2003. – 124 с.
12. Корсун В.Ф., Суворов А.П. Фитотерапия мочеполювых болезней. – Санкт-Петербург: Диля, 1999. – 567 с.
13. Литвинець Є.А. Хронічний абактеріальний простатит: застосування тамсулозину та фітотерапії у лікуванні // Здоровье мужчины. – 2006. – № 2. – С. 18–19.
14. Литвинець Є.А., Зеляк М.В., Томусьяк Т.Л. Хронічний простатит: фітотерапія у комплексному лікуванні // Урологія. – 2001. – № 4. – С. 42–43.
15. Литвинець Є.А., Семенів Д.В., Зюзук Б.М. та ін. Ехінацея пурпурова в комплексній терапії хворих на хронічний неспецифічний простатит // Фармацевтичний журнал. – 2004. – № 1. – С. 92–94.
16. Люлько О.В., Стусь В.П. Використання продуктів бджільництва у комплексному лікуванні хронічного простатиту // Урологія. – 1998. – № 3. – С. 64–67.
17. Мамчур Ф.І. Фітотерапія в урології. – К.: Здоров'я, 1991. – 140 с.
18. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
19. Простатит / Под ред. П.А. Щеплева. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. – 224 с.
20. Пивоваров П.И., Кубильос Х., Пушкарь А.М. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. – Винница: Тезис, 1999. – 187 с.
21. Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3 томах. – Т. 2. – М.: Медицина, 1998. – С. 393–440.
22. Стусь В.П. Хронический простатит. – Днепропетровск: Пороги, 1996. – 66 с.
23. Ткачук В.М., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
24. Трапезникова М.Ф., Савицкая К.И., Аль-Сурн Ахмад и др. Ципрофлоксацин при лечении хронического бактериального простатита // Урол. и нефрол. – 1995. – № 5. – С. 20.
25. Юнда И.Ф. Простатиты. – К.: Здоров'я, 1987. – 192 с.
26. Alfred Zejc. Leki stosowane w przeznaczeniu gruczolu krokowego // Farmacja Polska. – 1996. – 52, № 12. – P. 547–553.
27. Antimicrobial treatment for chronic prostatitis as a means of defining the role of Ureaplasma urealyticum / Okhawa M., Jamagechi K., Tokunaga S., Nakashima T. // Urologia International. – 1993. – V. 51, № 3. – P. 129–132.
28. Borgers M. Prostatitis // Acta Urologica Belgica. – 1993. – V. 61, № 1–2. – P. 61–173.
29. Brahler E. Complaint Complexes and Psychosomatic Aspects // Prostatitis. Etiopathology. Diagnosis and Therapy / Ed. W. Weidner, P.O. Madsen, H.G. Schiefer. – Springer-Verlag-Berlin, 1994. – P. 40–48.
30. Criste Y., Gray D., Gallo B. Prostatitis: a review of diagnosis and management // Nurse Practitioner. – 1994. – V. 29, № 7. – P. 32–33, 37–38.
31. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes / de la Rosette I.I., Hubregtse M.R., Meuleman E.I., Stolc-Engelaar M.V., Debruyne F.M. // Urology. – 1993. – V. 41, № 4. – P. 301–307.
32. Doble A. Chronic prostatitis // British Journal of Urology. – 1994. – V. 74, № 5. – P. 537–541.
33. Doble A., Taylor-Robinson D. Diagnosis, etiology and pathogenesis of Abacterial prostatitis // Prostatitis. Etiopathology, Diagnosis and Therapy / Eds. W. Weidner, P.O. Madsen, H.G. Schiefer. – Springer-Verlag-Berlin, 1994. – P. 229–244.
34. Dorfman M., Barsanti J., Budsberg S.C. Enrofloxacin concentrations in dogs with normal prostate and dogs with chronic bacterial prostatitis // American Journal of Veterinary Research. – 1995. – V. 56, № 3. – P. 386–390.
35. Evans D.T. Treatment of chronic abacterial prostatitis: a review (editorial) // International Journal of STD&AIDS. – 1994. – V. 5, № 3. – P. 157–164.
36. Gleick P. Prostatitis: A State-of-the-Art Review of Diagnosis and Therapy Consultant 1998 (Febr.). – P. 345–355.
37. Krieger I.N. Chronic urogenital infections in men Prostatitis and related syndromes // Urologe-Ausgabe A. – 1994. – V. 33, № 3. – P. 196–202.
38. Leib Z., Bartoov B., Eltes B., Servadio C. Reduced semen quality caused by chronic abacterial prostatitis: an enigma or reality? // Fertil. Steril. – 1994. – V. 61. – P. 1109–1116.
39. Leigh D.A. Prostatitis – an increasing clinical problem for diagnosis and management // Journal of Chomotherapy. – 1993. – V. 32, Supple A. – P. 1–9.
40. Ludwig M., Weidner W. Prostatitis // Therapeutische Umschau. – 1995. – Bd 52, № 6. – S. 367–373.
41. Naide J. Prostatitis and its related disorders // Nippon Hinyokika Yakkai Lasshi – Japanese Journal of Urology. – 1993. – V. 84, № 4. – P. 625–641.
42. Neal D.E.Ir., Moon T.D. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire // Urology. – 1994. – V. 43, № 4. – P. 460–465.
43. Neikel I.C., Downey L, Dark I., Ceri H., Olson M. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate // Journal of Urology. – 1995. – V. 153, № 2. – P. 527–529.
44. Nickel J.C., Costerfon I.W. Bacterial localization in antibioticrefractory chronic bacterial prostatitis // Prostate. – 1993. – V. 23, № 2. – P. 107–117.
45. Nickel J.C. and Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis // J. Urol. – 1996. – V. 155, № 6. – P. 131–134.
46. Nickel J.C. Prostatitis: lessons from the 20-th century // Brit. J. Urol. – 2000. – V. 85. – P. 179–185.
47. Nickel J.C. Rational management of non-bacterial prostatitis and prostatodynia // Current Opinion in Urology. – 1996. – № 6. – P. 53–58.
48. Normandin D.E., Lodge N.J. Pharmacological characterisation of the isolated canine prostate // J. Urol. – 1996. – P. 155–158.
49. Persson B.E. Ronquist G. Evidence for a mechanistic association between nonbacterial prostatitis and levels of urate and creatinine in expressed prostatic secretion // J. Urol. – 1996. – V. 155. – P. 958–960.
50. Prostatic fluid inflammation in prostatitis / Wright E.T., Chiel I.S., Yrayhack I.T. et al. // Journal of Urology. – 1994. – V. 152, № 6, Pt. 2. – P. 2300–2303.
51. Prostatitis. Etiopathology, diagnosis and therapy / Weidner Ed.W., Madsen O.P., Schiefer H.G. // Springer-Verlag-Berlin Neidelberg, 1994. – 217 p.
52. Rivero V.E., Gribarren P., Riera C.M. Mast cells in accessory glands of experimentally induced prostatitis in male wistar rats // Clin. Immunol. Immunopathol. – 1995. – V. 74. – P. 236–242.
53. Roberts R.O., Jacobsen S.J., Rhodes T. et al. A community based study on the prevalence of prostatitis // J. Urol. – 1997. – V. 157. – P. 242A.
54. Turker Y.R. Chronic bacterial prostatitis (letter) // Aviation Space & Environmental Medicine. – 1994. – V. 64, № 6. – P. 547–549.

Статья поступила в редакцию 11.10.2015