

Синдром хронической тазовой боли у пациентов с калькулезным простатитом: поиск оптимальной терапии

В.В. Спиридоненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель исследования: установить эффективность комбинации метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в коррекции боли при хроническом простатите/синдроме хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) у пациентов с ХП категории IIIb.

Материалы и методы. В отделении сексопатологии и андрологии ДУ «Институт урологии НАМН Украины» была проведена ЭУВТ у 57 мужчин (средний возраст – $38,2 \pm 2,1$ года) с симптомами СХТБ на почве хронического калькулезного простатита (ХП категории IIIb).

Все пациенты были распределены на три группы. В I группе ($n=27$) пациенты получали суппозитории Диклоберл 100 мг 1 раз в день 20 дней. Во II группе ($n=19$) – суппозитории Диклоберл 100 мг 1 раз в день 20 дней и Нимесил 100 мг внутрь утром после еды – 5 дней. В III группе ($n=11$) – токоферола ацетат 400 мг 1 раз в день на протяжении 30 дней внутрь после еды.

Продолжительность заболевания составляла от 8 мес до 5,2 года. Всем больным было выполнено стандартное урологическое обследование и оценка боли по шкале NIH-CPSI. Параметры, приведенные выше, контролировались на протяжении исследования трижды: до начала лечения, через 1 и 3 мес после лечения. Во время последнего визита регистрировали субъективную оценку пациентами и лечащими врачами эффективности и переносимости препарата.

Результаты. Было установлено, что применение диклофенака натрия в суппозиториях у пациентов с ХП/СХТБ, получающих ЭУВТ, способствовало достоверному снижению боли по шкале NIH-CPSI за 30-дневный срок лечения на $48,4 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) и демонстрировало высокую комплаентность лечения (по данным пациента – 77,7%, по данным врача – 81,4%). Также было установлено, что применение комбинации свечей диклофенака натрия с оральной формой нимесулида в указанных случаях способствовало снижению показателей NIH-CPSI на $55,7 \pm 2,1\%$ от исходного, а комплаентность составляла по данным пациента 84,1%, врача – 89,3% ($p < 0,05$).

Заключение. Проведение экстракорпоральной ударно-волновой терапии у пациентов с калькулезным простатитом и синдромом хронической тазовой боли, является эффективной мерой купирования болевого синдрома, а НПВС (Диклоберл и Нимесил) достоверно улучшают результаты лечения.

Ключевые слова: калькулезный простатит, синдром хронической тазовой боли, экстракорпоральная ударно-волновая терапия, диклофенак, нимесулид.

Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) является распространенным заболеванием у мужчин, которое характеризуется постоянным дискомфортом или часто возникающей болью в области таза. Хронический калькулезный процесс в тканях предстательной железы (ПЖ) достаточно часто встречается и легко диа-

гностируется, однако результаты его лечения не всегда являются удовлетворительными, что значительно снижает качество жизни пациента [8].

ХП/СХТБ – это клинический синдром, характеризующийся болью в промежности, тазу, надлобковой области или внешних половых органах, а также нарушениями мочеиспускания, эректильной функции и эякуляции различной степени выраженности. Простатическая боль может быть изолированным симптомом ХП, а также выступать проявлением СХТБ на фоне хронического абактериального простатита или при отсутствии его признаков. По данным исследователей, синдром ХП/СХТБ распространен среди 14% финских мужчин и характеризуется хронической болью в области таза, половых органах и паховой области, а также в нижней части живота и промежности [14].

На сегодня этиология и патофизиология СХТБ изучены мало. Скорее всего, этиологические аспекты развития данного синдрома являются многофакторными, с инициальной ролью «нейровоспаления» в развитии хронической боли, связанной с СХТБ. Селективные альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и, возможно, экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ), являются помощью первой линии, в то время как антибактериальные препараты и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) более полезны при кратковременном лечении [14].

По данным систематического обзора и мета-анализа терапевтических вмешательств при ХП/СХТБ было установлено, что эффективная коррекция указанных расстройств отсутствует, однако поиск наиболее действенных методов и разработка новых алгоритмов лечения активно продолжается [17]. Для оценки болевых проявлений в таких случаях используют индекс шкалы симптомов ХП-СХТБ по версии Национального института здоровья США – National Institute Of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) [22, 23].

В результате анализа был сделан вывод, что применяемые в настоящее время лекарственные препараты не могут обеспечить 100% положительный результат, поэтому все надежды возлагаются на комбинированную терапию данного заболевания. В последнее время считается, что методика ЭУВТ может значительно уменьшить симптомы боли в тазовой области и мочеиспускания у пациентов с СХТБ, а ее терапевтический эффект объясняется улучшением органного ангиогенеза и блокирования нервной болевой проводимости [10].

В частности, анальгетический эффект процедуры ЭУВТ был установлен как феномен с неясным механизмом, открытый случайно при терапии уrolитиаза, когда пациенты указывали на значительное улучшение симптомов СХТБ. За последние годы процедура ЭУВТ стала достаточно востребованным методом, альтернативным вариантом для лечения ряда патологий мягких тканей в разных отраслях медицины.

При лечении ХП категории IIIb (CPPS) исследователи отметили повышение эффективности ЭУВТ на фоне применения комбинированной фармакотерапии с диклофенаком,

тамсулозином и тизанидином в виде статистически достоверного снижения боли по шкале NIH-CPSI и улучшения мочеиспускания [16].

Отмечена эффективность применения ударно-волновой терапии при ХТБ, развивающейся на фоне калькулезных процессов в ПЖ. В исследовании G.L. Fojecki и соавторов [11] методом выборки научных работ из медицинских интернет-сервисов выявлено три исследования СХТБ с участием 200 мужчин, у которых имелась положительная динамика уменьшения боли по шкале NIH-CPSI. Эффективность такого вида терапии заключается в прецеденте краткосрочной перспективы значительного снижения боли у мужчин с ХП/СХТБ.

Имеются клинические подтверждения эффективности и безопасности ЭУВТ при лечении болевого симптома у 50 пациентов с простатитом IIIb типа, которые основаны на улучшении данных анкет NIH-CPSI, показателей визуальной аналоговой шкалы (VAS), состояния мочеиспускания, повышения показателя IL-6 в простатическом секрете и снижении TNF- α и IL-1 β), однако без достоверного улучшения эректильной функции (IEF-5), снижения объема и влияния на морфологию ПЖ [19, 20].

В исследовании A. Moayednia и соавторов [15] установлена эффективность ЭУВТ у больных с ХП/СХТБ при кратковременном наблюдении в течение 1 года.

Рандомизированное сравнение эффективности ЭУВТ с терапией лекарственными средствами при ХП категории IIIb установило статистически значимое снижение интенсивности боли и улучшение качества жизни пациентов по сравнению с изолированной монотерапией. Было установлено, что ЭУВТ зоны ПЖ является простым и эффективным методом лечения ХП категории IIIb без развития клинически значимых побочных эффектов [12].

В научном исследовании B. Vahdatpour и соавторов установлено улучшение качества жизни (QoL) и снижение боли по шкале NIH-CPSI с наилучшим результатом в течение первого месяца по сравнению с 3-месячным сроком. Это указывает на терапию ЭУВТ, как безопасный и эффективный метод при СХТБ в краткосрочной перспективе [18].

Результаты ЭУВТ при невоспалительном генезе СХТБ указывают на возможность получения хорошего результата при сопутствующей терапии НПВС (диклофенак) в виде улучшения данных шкалы NIH-CPSI на 27% по сравнению с контролем [19].

Данные рандомизированного исследования R. Zimmermann и соавторов [21] указывают на методику промежуточной ЭУВТ, как на вариант терапии для СХТБ со статистически значимыми эффектами по сравнению с плацебо. Более широкое использование ЭУВТ может быть особенно интересным из-за ее легкого и недорогого применения, отсутствия каких-либо побочных эффектов и возможности повторения лечения в любое время.

Результаты, полученные в исследовании G.M. Al Edwan и соавторов [9], подтвердили безопасность и эффективность ЭУВТ в случаях резистентности каких-либо других видов лечения СХТБ, по меньшей мере в течение одного года после лечения.

По данным российских авторов, проведение ЭУВТ у 27 пациентов с ХП категории IIIb установило эффективность процедуры как в монотерапии, так и в комбинации с НПВС [9].

Результаты научных исследований заболеваемости ХП/СХТБ отечественными учеными, публикуемые на протяжении ряда лет, указывают на необходимость поиска оптимальных схем терапии с оценкой риска рецидива и возможности комбинированной терапии, а также усиления ее эффектов с помощью ЭУВТ [1–4, 7].

Применение НПВС при воспалительных заболеваниях половых органов различного генеза занимает одно из основных мест в современной медицинской практике. Их использование имеет практически 100-летнюю историю, однако современные быстродействующие и безопасные средства ши-

роко используются в урологии не так давно. Одним из наиболее вероятных препаратов, позволяющих значительно улучшить состояние пациентов с СХТБ на фоне калькулезного простатита, является диклофенак натрия.

Известно, что первым препаратом из НПВС был аспирин, синтезированный Феликсом Хоффманом в конце XIX века, однако с течением времени именно токсичность его высоких доз послужила стимулом для разработки новых, «несалицилатных» представителей НПВС. В 1966 году фирмой «Гейги» было синтезировано более 200 аналогов 0-аминоуксусной кислоты, среди которых наиболее перспективным стал диклофенак натрия – натриевая соль 0-[(2,6 дихлорфенил)-амино]-фенилуксусной кислоты. В течение последующих 10 лет было установлено, что выраженный противовоспалительный и мощный анальгетический эффекты отлично реализуются при любых воспалительных состояниях, и препарат стал выступать в качестве первой ступени обезболивания лестницы ВОЗ.

Противоболевой механизм действия диклофенака обусловлен подавлением циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, регулирующего превращение арахидоновой кислоты в простагландины – медиаторы воспаления, боли и лихорадки. Как известно, большинство положительных эффектов НПВП (подавление воспаления, боли, лихорадки) связывают с ингибцией ЦОГ-2, а развитие побочных реакций – с подавлением синтеза ЦОГ-1. Последние исследования обнаружили повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений при применении высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2, что опять вернуло диклофенак натрия на главенствующие позиции, так как он ингибирует оба изофермента ЦОГ, но в большей степени ЦОГ-2. Ингибирование ЦОГ-1 у диклофенака меньше по сравнению с ибупрофеном и напроксеном, в связи с чем диклофенак реже вызывает поражение пищеварительного тракта. В то же время ингибирование ЦОГ-1 (хотя и менее выраженное, чем у неселективных НПВП) может объяснять большую эффективность диклофенака по сравнению с селективными ЦОГ-2 ингибиторами (мелоксикам, целекоксиб) в ситуации, когда в патогенезе заболевания участвует и ЦОГ-1. Ингибирование ЦОГ-2 у диклофенака меньше, чем у эторикоксиба и рофекоксиба, что обуславливает уменьшение риска сердечно-сосудистых осложнений. Такой сбалансированный эффект диклофенака обеспечивает высокую терапевтическую активность при хорошей переносимости лечения.

Другим механизмом действия диклофенака является блокада выработки провоспалительных факторов (снижение продуктов распада арахидоновой кислоты, уменьшение уровня свободных радикалов и концентрации интерлейкина-6, повышения миграции интерлейкина-10) с феноменом сдерживания миграции лейкоцитов в очаг воспаления. Это дает возможность патогенетического обоснования применения диклофенака натрия после ЭУВТ по поводу ХП/СХТБ.

Диклофенак характеризуется комплексным воздействием на различные механизмы восприятия болевых ощущений, обеспечивая эффективное подавление болевого синдрома в малом тазу, оказывая как центральный, так и периферический антиноцицептивный эффект. Последний, по-видимому, связан не только с подавлением синтеза простагландинов, но и может быть связан с активацией нескольких типов калиевых каналов, происходящей с участием NO и гуанозинцикломонофосфат (цикло-ГМФ).

Таким образом, анальгетический эффект диклофенака может быть обусловлен его воздействием на различные уровни и звенья патогенеза болевого синдрома [4, 5]. Помимо обезболивающего эффекта, за счет ингибирования простагландинов, диклофенак может снижать боль, уменьшая воспаление и через другие механизмы, воздействуя на калиевые каналы на периферическом и ноцицепцию на центральном уровне, что теор-

ретически идеально подходит для коррекции СХТБ как в виде монотерапии, так и в комбинированном лечении [4].

Цель исследования: установить эффективность комбинации метода ЭУВТ и препаратов НПВС в коррекции боли при ХП/СХТБ у пациентов с ХП категории IIIb.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сексопатологии и андрологии ДУ «Институт урологии НАМН Украины» были обследованы и пролечены 57 пациентов с симптомами СХТБ на почве хронического калькулезного простатита (ХП категории IIIb). Главным методом терапии была выбрана ЭУВТ, проводимая по стандартной методике (в среднем 10 сеансов). В качестве дополнения к лечению применяли диклофенак натрия в виде суппозиторий (Диклоберл, 100 мг, Менарини Групп) и нимесулид в виде орального порошка (Нимесил, 100 мг, Менарини Групп). Целью применения приведенных выше препаратов в виде комбинированной и монотерапии было снижение проявлений СХТБ в момент и после проведения курса ЭУВТ.

Основным критерием назначения диклофенака натрия были:

- высокий противовоспалительный и антиноцицептивный потенциал;
- возможность быстрой ликвидации болевого синдрома;
- быстрое восстановление нарушенных функций;
- высокий профиль безопасности;
- научно обоснованное и клинически задокументированное действие субстанции;
- возможность подбора доз с высокой комплаентностью.

Все пациенты были распределены на три группы в зависимости от вида консервативной терапии.

Согласно методике назначения терапии, в I группе (n=27) пациенты получали Диклоберл 100 мг 1 раз в день, на протяжении 20 дней в форме суппозиторий. Во II группе (n=19) пациенты получали Диклоберл 100 мг 1 раз в день на протяжении 20 дней в форме суппозиторий и Нимесил 100 мг внутрь утром после еды – 5 дней. В III группе (n=11) пациенты принимали витамин Е (токоферола ацетат) 400 мг 1 раз в день на протяжении 30 дней внутрь после еды.

Дизайн исследования: возраст обследованных пациентов был в пределах от 32 до 49 лет, в среднем – 38,2±2,1 года. Продолжительность заболевания составляла от 8 мес до 5,2 года. Всем больным было проведено стандартное урологическое обследование, включавшее в себя: пальцевое ректальное исследование до и после лечения, трансректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерографией, оценку боли по шкале NIH-CPSI, оценку состояния нижних мочевых путей по IPSS-QoL [22, 23].

Параметры, приведенные выше, контролировались на протяжении исследования трижды: до начала лечения, через 1 и 3 мес после лечения. Во время последнего визита регистрировали субъективную оценку пациентами и лечащими врачами эффективности и переносимости препарата. Согласно оценки симптомов NIH-CPSI, сила их проявления заключалась в условной выраженности в виде легкой (0–14 баллов), средней (15–29 баллов) и выраженной (30–50 баллов) степени.

По результатам проведенного комплексного обследования диагноз был верифицирован у всех 57 пациентов.

Наряду с жалобами на выраженный болевой синдром 57 (100%) больных, дизурические явления выявлены у 23 (40,3%), снижение адекватных эрекций диагностировано у 31 (54,4%), ускорение эякуляции – у 28 (49,1%) пациентов. При ректальной пальпации ПЖ болезненность отмечали у всех 57 (100%) пациентов, у 7 (12,3%) больных пальпировали болезненные семенные пузырьки. Исследование секрета ПЖ выявило признаки абактериального воспалительного процесса в виде незначительной лейкоцитарной реакции с признаками резкой снижения трофической функции. При

бактериологическом исследовании патологической микрофлоры не было выявлено (или она выявлялась в виде монокультуры не больше 10^5 КОЕ/мл).

УЗИ позволило верифицировать калькулезный процесс у 100% исследуемых, определить размеры ПЖ в динамике.

Обработку результатов исследований проводили с использованием общепринятых статистических методов на компьютере Asus X51Lseries с пакетом «QPRO», со статистическим пакетом «Stargraf», определением коэффициента достоверности (p).

Критерии включения:

- наличие верифицированного ХП/СХТБ;
- информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- обострение хронического бактериального простатита;
- клинические ситуации, требующие применения антибактериальных препаратов;
- индивидуальная идиосинкразия к НПВС;
- отказ пациента от участия в исследовании.

Критерии оценки эффективности предложенного лечения:

- 1) уменьшение выраженности болевого синдрома;
- 2) улучшение мочеиспускания и эректильной функции;
- 3) отсутствие побочных эффектов от лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Состояние до лечения у больных исследуемых групп, согласно данным опросника NIH-CPSI, выражалось нарушениями значительной степени тяжести. Так, средние показатели в I группе составили 38,2±1,8 балла, во II – 35,9±1,5 балла, в III – 38,0±1,7 балла. Данные опросника QoL (качества жизни пациента) оставляли соответственно 4,3±0,2 балла, 4,0±0,2 балла и 4,5±0,2 балла, находясь в позитивной корреляционной связи с результатами шкалы NIH-CPSI.

Проведение курса лечения ЭУВТ с применением сопутствующей НПВС терапии позволило получить обнадеживающие результаты у пациентов I и II групп, в то время как у лиц III группы ликвидация болевого синдрома проходила менее эффективно. Через 30 дней по завершению ЭУВТ было установлено максимальное снижение показателей NIH-CPSI во II группе (со среднего показателя 35,9±1,5 до показателя 15,9±1,1 балла, с уменьшением на 55,7±2,1% от исходного; при $p<0,05$) и достоверное – в I группе (с 38,2±1,8 до показателя 19,7±1,4 балла, снижение на 48,4±1,8%; при $p<0,05$). У больных III группы также отмечали снижение показателей NIH-CPSI (со среднего показателя 38,0±1,7 до показателя 28,2±1,3 балла, с уменьшением на 25,7±1,6% от исходного; при $p>0,05$), которое не было статистически достоверным. Показатели QoL в группах в начале 2-го месяца составляли 3,1±0,2 балла, 2,8±0,2 балла и 3,7±0,2 балла, что указывало на положительную динамику на 27,9±1,6%, 30±2,1% и 17,7±1,3% соответственно в исследуемых группах ($p<0,05$).

Таким образом, проведение лекарственной монотерапии диклофенака натрия и комбинации диклофенака натрия с нимесулидом в течение послеоперационного периода после ЭУВТ в указанных группах, выражалось различным по силе улучшением общего самочувствия в виде снижения болевых ощущений и расстройств мочеиспускания. Это оказывало положительное действие на общее состояние больного с соответствующей оптимизацией показателя качества жизни пациента.

Оценку риска развития нежелательных явлений (НЯ) спустя 30 дней от начала лечения проводили у всех пациентов. В I группе уровень НЯ составлял 3,7% (у 1 пациента возник дискомфорт в прямой кишке, не потребовавший отмены препарата), во II группе – 5,3% (у 1 пациента – явления диспепсии, не потребовавшие отмены препаратов), в III группе признаки НЯ отсутствовали. Таким образом, риск развития

НЯ на фоне указанных выше схем терапии НПВС был невысоким, что позволяет широко применять данные препараты в указанных клинических ситуациях.

Анализ эффективности лечения в группах, проведенный на основании объективных клинических данных и субъективной оценки лечения со стороны пациентов, указывал на хороший комплаенс. В I группе на оценку переносимости терапии «отлично» указывали 9 (33,3%) пациентов, «хорошо» – 12 (44,4%) больных, во II – 6 (31,5%) и 10 (52,6%) соответственно, в III группе – 3 (27,2%) и 5 (45,4%). Остальные пациенты оценили лечение как «удовлетворительное». Таким образом, общий показатель комплаентности (по данным пациента) в группах к началу 2-го месяца от первого сеанса ЭУВТ составлял в I группе – 77,7%, во II – 84,1% и в III – 72,6%.

По данным врача показатели комплаенса в группах выглядели следующим образом:

- I группа – «отлично» – 9 (33,3%) пациентов, «хорошо» – 13 (48,1%) больных;
- II группа – 6 (31,5%) и 11 (57,8%) соответственно;
- III группа – 3 (27,2%) и 7 (63,6%) соответственно.

Таким образом, при суммации положительных результатов получили несколько больший показатель комплаенса – 81,4%, 89,3% и 90,8%.

По результатам исследования, проведение процедуры ЭУВТ с целью уменьшения симптомов ХП/СХТБ у паци-

ентов с хроническим калькулезным простатитом, дополненное НПВС в виде монотерапии диклофенаком натрия 100 мг или комбинацией диклофенак 100 мг + нимесулид 100 мг, оказывает достоверное улучшение состояния у больных.

ВЫВОДЫ

1. Применение диклофенака натрия в суппозиториях у пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли (ХП/СХТБ), получающих экстракорпоральную ударно-волновую терапию (ЭУВТ), способствовало достоверному снижению боли по шкале NIH-CPSI за 30-дневный срок лечения на $48,4 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) и демонстрировало высокую комплаентность лечения (по данным пациента – 77,7%, по данным врача – 81,4%).

2. Применение комбинации свечей диклофенака натрия (Диклоберл) с оральной формой нимесулида (Нимесил) в указанных случаях способствовало снижению показателей NIH-CPSI на $55,7 \pm 2,1\%$ от исходного, а комплаентность составляла по данным пациента 84,1%, врача – 89,3% ($p < 0,05$).

3. Проведение ЭУВТ у пациентов с калькулезным простатитом и СХТБ является эффективной мерой купирования болевого синдрома, а нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак натрия и нимесулид) достоверно улучшают результаты лечения.

Синдром хронічного тазового болю у пацієнтів з калькульозним простатитом: пошук оптимальної терапії В.В. Спиридоненко

Мета дослідження: встановити ефективність комбінації методу екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУВТ) і нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) у корекції болю при хронічному простатиті/синдромі хронічного тазового болю (ХП/СХТБ) у пацієнтів з ХП категорії IIIb.

Матеріали та методи. У відділенні сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» було проведено ЕУХТ у 57 чоловіків (середній вік $-38,2 \pm 2,1$ року) із симптомами СХТБ на тлі хронічного калькульозного простатиту (ХП категорії IIIb).

Усі пацієнти були розподілені на три групи. У I групі ($n=27$) пацієнти отримували суппозитории Диклоберл 100 мг 1 раз на день 20 днів. У II групі ($n=19$) – суппозитории Диклоберл 100 мг 1 раз на день 20 днів і Нимесил 100 мг всередину вранці після їжі – 5 днів. У III групі ($n=11$) – токоферолу ацетат 400 мг 1 раз на день протягом 30 днів всередину після їжі. Тривалість захворювання складала від 8 міс до 5,2 року. Усім хворим було проведено стандартне урологічне обстеження і оцінювання болю за шкалою NIH-CPSI. Параметри, наведені вище, контролювалися протягом дослідження тричі: до початку лікування, через 1 і 3 міс після лікування. Під час останнього візиту реєстрували суб'єктивну оцінку пацієнтами і лікарями ефективності і переносимості препарату. Було встановлено, що застосування диклофенаку натрію у суппозиториях, в осіб з ХП/СХТБ, які отримують ЕУВТ, сприяло достовірному зниженню болю за шкалою NIH-CPSI за 30-денний термін лікування на $48,4 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) і демонструвало високу комплаентність лікування (за даними пацієнта – 77,7%, за даними лікаря – 81,4%).

Результати. Також було встановлено, що застосування комбінації свічок диклофенаку натрію з оральною формою нимесулиду у зазначених випадках сприяло зниженню показників NIH-CPSI на $55,7 \pm 2,1\%$ від початкового, а комплаентність становила за даними пацієнта 84,1%, лікаря – 89,3% ($p < 0,05$).

Заключення. Проведення екстракорпоральної ударно-хвильової терапії в осіб з калькульозним простатитом і синдромом хронічного тазового болю є ефективним заходом ліквідації болювого синдрому, а НПЗЗ (Диклоберл та Нимесулід) достовірно покращують результати лікування.

Ключові слова: калькульозний простатит, синдром хронічного тазового болю, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія, диклофенак, нимесулід.

Syndrome of chronic task pain in patients with calculus prostatitis: search for optimal therapy V. Spyrydonenko

The objective: to determine the efficacy of the combination of the method of extracorporeal shock wave therapy (ESWT) and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in the correction of pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in patients with CP of the IIIb category.

Patients and methods. Extracorporeal shock wave therapy in 57 men (mean age 38.2 ± 2.1 years) with symptoms of CPPS on the basis of chronic calculous prostatitis (CP category IIIb) was performed in the Department of Sexopathology and Andrology of the Institute of Urology of the NASU of Ukraine.

All patients were divided into three groups, in I ($n=27$) – patients received suppositories Dicloberl 100 mg once a day for 20 days, in II ($n=19$) – suppositories Dicloberl 100 mg once a day 20 days and Nimesil 100 mg inside the morning after a meal – 5 days; In III ($n=11$) tocopherol acetate 400 mg once a day for 30 days inside after eating.

The duration of the disease was from 8 months to 5.2 years. All patients underwent a standard urologic examination and pain assessment on the NIH-CPSI scale. The parameters given above were monitored 3 times during the study: before treatment, 1 and 3 months after treatment. At the last visit, the subjective assessment of the efficacy and tolerability of the drug was recorded by patients and treating physicians. It was found that the use of diclofenac sodium in suppositories, in persons with CP / CTPS receiving ESWT, contributed to a significant reduction in pain on the scale of NIH-CPSI for a 30-day period of treatment at $48,4 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) and demonstrated high compliance (according to the patient – 77,7%, according to the doctor – 81,4%).

Results. It was also found that the use of a combination of diclofenac sodium suppositories with the oral form of nimesulide, in these cases, reduced the NIH-CPSI values by $55,7 \pm 2,1\%$ of the initial, and the compliance was 84,1% according to the patient, – 89,3% ($p < 0,05$).

Conclusion. Carrying out extracorporeal shock wave therapy in persons with calculous prostatitis and chronic pelvic pain syndrome is an effective measure of pain relief, and NSAIDs (diclofenac sodium and nimesulide) significantly improve the results of treatment.

Key words: calculous prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, extracorporeal shock wave therapy, diclofenac, nimesulide.

Спиридоненко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии» НАМН Украины 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Нагорный А.Е. Опыт применения многокомпонентных фитопрепаратов у больных при хроническом абактериальном простатите/синдроме хронической тазовой боли // Здоровье мужчины. – 2014. – № 1 (48). – С. 36–42.
2. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Изучение эффективности комбинированной терапии у пациентов с синдромом хронической тазовой боли при использовании препарата Дексалгин и фитопрепарата Простамол Уно // Здоровье мужчины. – 2013. – № 4 (47). – С. 62–65.
3. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Федорук А.С., Спиридоненко В.В., Мигов В.Г., Квач Н.Д. Нестандартный фитотерапевтический подход к лечению синдрома хронической тазовой боли у мужчин // Здоровье мужчины. – 2011. – № 4 (39). – С. 40–46.
4. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Опыт использования неспецифических противовоспалительных препаратов (Диклоберл) при лечении больных хроническим неспецифическим простатитом с наличием и отсутствием алгического синдрома // Здоровье мужчины. – 2009. – № 4 (31). – С. 103–110.
5. Гурженко Ю.Н., Мигов В.Г. Исследование эффективности комбинированного лечения СХТБ с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов и альфа-адреноблокаторов // Здоровье мужчины. – 2011, № 3 (38). – С. 51–59.
6. Романюк М.Г. Синдром хронического тазового болю: етіологія, патогенез, діагностика та методи лікування // Здоровье мужчины. – 2016. – № 3 (58). – С. 6–9.
7. Романюк М.Г., Корниенко А.М., Аксенов П.В. Эффективность Нимесила при хроническом простатите/синдроме хронической тазовой боли у мужчин // Здоровье мужчины. – 2016. – № 2 (57). – С. 56–59.
8. Спиридоненко В.В. Хронічний калькулезний простатит: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування // Здоровье мужчины. – 2016. – № 4 (59). – С. 6–9.
9. Al Edwan G.M., Muheilan M.M., Atta O.N. Long term efficacy of extracorporeal shock wave therapy [ESWT] for treatment of refractory chronic abacterial prostatitis. Ann Med Surg (Lond). 2017 Jan 6;14:12–17.
10. Guo Q., Hong M., Wang ZP. Extracorporeal shock wave therapy for chronic pelvic pain syndrome: an update. Zhonghua Nan Ke Xue. 2014 Aug;20(8): 747–50.
11. Fojecki GL, Tiessen S, Osther PJ. Extracorporeal shock wave therapy (ESWT) in urology: a systematic review of outcome in Peyronie's disease, erectile dysfunction and chronic pelvic pain. World J Urol. 2017 Jan;35(1):1–9.
12. Kernesniuk M.N., Prouza O. Experience of the use of extracorporeal shock wave therapy in the treatment of category III B chronic prostatitis. Urologia. 2013 Nov-Dec;(6):36, 38–9.
13. Kul'chavenya E.V., Shevchenko S.Y., Brizhatyuk E.V. Extracorporeal shock wave therapy in chronic prostatitis. Urologia. 2016 Apr;(2):77–8.
14. Leskinen M.J. Prostatic pain. Duodecim. 2011;127(6):607–14.
15. Moayednia A, Haghdani S, Khosravi S, Yousefi E, Vahdatpour B. Long-term effect of extracorporeal shock wave therapy on the treatment of chronic pelvic pain syndrome due to non bacterial prostatitis. J Res Med Sci. 2014 Apr;19(4):293–6.
16. Pajovic B., Radojevic N., Dimitrovski A., Vukovic M. Comparison of the efficiency of combined extracorporeal shock-wave therapy and triple therapy versus triple therapy itself in Category III B chronic pelvic pain syndrome (CPPS). Aging Male. 2016 Sep;19(3):202–207.
17. Pierce M.W., Kuriyama A., Whelan J.S. et al. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(8).
18. Vahdatpour B., Alizadeh F., Moayednia A. et al. Efficacy of extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome: a randomized, controlled trial. ISRN Urol. 2013 Aug 28; 2013:972601.
19. Zeng X.Y., Liang C., Ye Z.Q. Extracorporeal shock wave treatment for non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized and sham-controlled study. Chin Med J (Engl). 2012 Jan;125(1):114–8.
20. Zhang L., Tong H., Li Y.J., Shan Y.X. Extracorporeal shock wave: An effective and safe therapy for the pain symptom of type IIIB prostatitis. Zhonghua Nan Ke Xue. 2015 Apr;21(4):325–9.
21. Zimmermann R., Cumpas A., Micalea F., Janetschek G. Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome in males: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Eur. Urol. 2009. Sep;56(3):418–24.
22. Litwin M.S., McNaughton-Collins M., Fowler F.J et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol 1999; 162:369. – 75.
23. Nickel J.C., Downey J. et al. (2001). «Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. J Urol. – 2001. – 165(5): 1539. – 44.

Статья поступила в редакцию 14.03.17