

Досвід застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® в комплексній терапії хворих на хронічний абактеріальний простатит (категорія ІІІБ)

В.І. Горовий¹, В.П. Головенко¹, С.А. Костюченко²

¹Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

²Вінницька міська клінічна лікарня № 1

Проведено вивчення клінічної ефективності застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® у комплексному лікуванні 31 хворого на хронічний абактеріальний простатит (категорія ІІІБ). Виявлена його висока ефективність (93,5%) через 1 місяць після лікування та достовірне покращення клінічної симптоматики згідно з опитувальником NIH-CPSI порівняно з контрольною групою. Автори рекомендують фітохімічний простатопротектор Pravenor® для більш широкого застосування в лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит (категорія ІІІБ), фітохімічний простатопротектор Pravenor®, лікування.

Хронічний простатит на даний час залишається актуальною проблемою андрології та урології через неоптимальні результати його лікування незважаючи на впровадження сучасних методів діагностики та нових високоактивних антибактеріальних і простатопротекторних препаратів [3, 4, 6–10, 12–15, 21].

Згідно з епідеміологічними даними, в США щороку хронічний простатит діагностують у 8% хворих, які звертаються на амбулаторний прийом до уролога та 1% хворих, які звертаються на прийом до лікаря загальної практики [17, 18]. За даними літератури, частота хронічного простатиту в загальній популяції чоловічого населення складає 5–8% [21], у чоловіків віком 20–50 років – до 10%, після 50 років – 9–16%, тоді як в Україні – близько 19% серед чоловіків віком від 20 до 60 років [6]. Хронічний простатит у чоловіків після 50 років за частотою посідає 3-є місце після доброякісної гіперплазії та раку передміхурової залози (ПЗ) [6, 13, 21].

Хронічний абактеріальний простатит (ХАП) складає близько 90% серед усіх категорій простатиту [6, 7, 10, 12, 15, 18]. Сьогодні загальноприйнятною є класифікація простатиту, яка була розроблена Інститутом Здоров'я США (NIH) в 1995 році [19, 22]. Згідно з нею ХАП (або ж синдром хронічного тазового болю – СХТБ) розділяють на запальний ХАП/СХТБ (категорія ІІІА), який характеризується наявністю клінічної картини (біль + симптоми нижніх сечових шляхів) та ознак запалення ПЗ (збільшення кількості лейкоцитів в секреті ПЗ; сечі, зібраної після масажу ПЗ, та в спермі), а також незапальний ХАП/СХТБ (категорія ІІІБ), коли присутня клінічна картина захворювання за відсутності ознак запалення ПЗ (нормальна кількість лейкоцитів у секреті ПЗ; сечі, зібраної після масажу ПЗ, та в спермі). Раніше незапальний ХАП називали простатодінією. Сьогодні, згідно з рекомендаціями Євро-

пейської асоціації урологів (EAU), цей термін недоцільно застосовувати [18]. Больовий синдром у хворих на ХАП/СХТБ, за даними EAU [18], локалізується в наступних ділянках: ПЗ/промежина – у 46% хворих, мошонка чи/та яєчка – 39%, у ділянці сечового міхура – 6%, у статевому члені – 6%, у ділянці криж – 2%.

Найбільш складним для андрологів та урологів в діагностиці та лікуванні є незапальний ХАП/СХТБ (категорія ІІІБ) через недостатньо ефективні результати його лікування. Тому в закордонній, а також і у вітчизняній літературі надрукована велика кількість робіт саме по лікуванню цієї категорії хронічного простатиту із застосуванням різних препаратів [6,9,10,16]. Однією із суттєвих причин та патогенетичних механізмів розвитку хронічного простатиту є порушення кровопостачання ПЗ у вигляді ішемізації паренхіми та артеріоспазму магістральних судин [11]. Саме тому ми вирішили застосувати у комплексному лікуванні хворих на незапальний ХАП/СХТБ (категорія ІІІБ) фітохімічний простатопротектор Pravenor®.

Одна капсула фітохімічного простатопротектора Pravenor® містить: активні інгредієнти – екстракт кропиви дводомної (*Urtica dioica*) – 200 мг, екстракт якірців сланких (*Tribulus terrestris*) – 70 мг, екстракт гінкго білоба (*Gingko biloba*) – 20 мг, екстракт гірчака японського (*Polygonum cuspidatum*) – 20 мг, селен-метіонін – 15 мг (еквівалентно 165 мкг селену); допоміжні речовини – лактоза або лактози моногідрат; наповнювачі – мікрокристалічна целюлоза, кальцію стеарат, орисил; оболонка капсули – желатин; барвники – титану двоокис, індигокармін.

Екстракт кропиви дводомної (*Urtica dioica*). Листя кропиви містять глікозид уртицин, дубильні речовини, каротиноїди, хлорофіл, вітаміни (К, С, В₂, В₃, Fe, Ca, Cu, K, Mn, V, Ti, Ni). Цей комплекс біологічно активних речовин має кровоспинні, сечогінні, загальнозміцнювальні, протизапальні та простатопротекторні властивості. Екстракт листя кропиви сприяє збільшенню вмісту гемоглобіну та кількості еритроцитів, нормалізації складу крові; зниження рівня глюкози в крові; нормалізації ліпідного обміну.

Екстракт якірців сланких (*Tribulus terrestris*). Трава якірців сланких містить комплекс біологічно активних речовин: флавоноїди, стероїдні сапоніни, дубильні речовини, фітостерини, макро- та мікроелементи (Fe, Mg, Ca, K, Ni, Sr, Cd, Cu, Zn, Mn, Co, Al, Ba, Se, Pb), вітамін С. Цей комплекс має антисклеротичні властивості, у чоловіків сприяє синтезу тестостерону, посилює лібідо, статевий потяг, покращує сперматогенез та фертильні показники еякуляту (об'єм, концентрація та рухливість сперматозоїдів). У осіб, що займаються спортом, стимулює накопичення м'язової маси.

Екстракт гінґко білоба (*Ginkgo biloba*). Екстракт листя гінґко білоба містить терпеноїди (гінґколіпіди та білобаліди), які покращують кровообіг і постачання тканин киснем та глюкозою. Проявляють антигіпоксичні, антиоксидантні та нейропротекторні властивості, покращують реологічні показники крові та мікроциркуляцію, підвищують еластичність стінок кровеносних судин, регулюють тонус судин, чинять помірну судинорозширювальну дію, покращують кровообіг у нижніх кінцівках та органах малого таза.

Екстракт гірчака японського (*Fallopia japonica, синонім: Polygonum cuspidatum*). Екстракт кореня гірчака японського містить рутин, вітамін С, каротин, мінеральні солі фосфору та кальцію, дубильні речовини та ресвератрол, які зумовлюють антиоксидантні, протизапальні, бактеріцидні, кардіо- та нейропротекторні властивості.

Селен-метіонін. Селен-метіонін є біодоступною формою селену, який посилює гуморальний імунітет та обмінні процеси в організмі; має антиоксидантні та протизапальні властивості, стимулює репродуктивну функцію у чоловіків (посилює сперматогенез, вироблення тестостерону та біологічну активність вітамінів Е та С).

Комплекс біологічно активних речовин, що входять до складу активних інгредієнтів фітохімічного простатопротектора Pravenor® мають антиоксидантні, протизапальні та простатопротекторні властивості, стимулюють підвищення лібідо та сили ерекції, сперматогенезу та статевого потягу (потенції). Фітохімічний простатопротектор Pravenor® рекомендований як додаткове джерело флавоноїдів, дубильних речовин, стероїдних сапонінів, фітостеринів, гінґколідів, білобалідів, ресвератролу, вітамінів, макро- та мікроелементів, зокрема селену, з метою нормалізації функціонального стану сечостатевої системи у чоловіків.

Призначають фітохімічний простатопротектор Pravenor® дорослим (чоловікам) по 1 капсулі на добу незалежно від споживання їжі, запиваючи достатньою кількістю питної води. За необхідності можливе збільшення добової дози до 2 капсул. Курс застосування становить 1 місяць. У разі необхідності курс можна повторити після перерви в 1 місяць.

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексного лікування хворих на ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) з використанням фітохімічного простатопротектора Pravenor®.

Критерії для включення пацієнтів у дослідження:

- Чоловіки віком від 20 до 50 років.
- Тривалість больового синдрому та симптомів нижніх сечових шляхів не менше 3 місяців.
- Відсутність гіперплазії та раку ПЗ.
- Відсутність каменів та кіст ПЗ за даними трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД).
- Відсутність антибактеріальної терапії з приводу запальних захворювань сечостатевих органів протягом останніх 6 місяців.
- Відсутність цукрового діабету.
- Відсутність патології сечового міхура.
- Здатність пацієнта до адекватної співпраці під час лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Протягом останніх 5 років (2009–2013) під нашим спостереженням та лікуванням знаходилось 63 амбулаторних хворих на ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) віком від 20 до 50 років. Усім хворим було проведено стандартне урологічне обстеження, яке включало, згідно з рекомендаціями ЕУА [1, 8, 16, 18]: анамнез захворювання, пальцеве ректальне обстеження; мікроскопію та посів сечі і секрету ПЗ за тестом Meares-Stamey (1968) [1, 18]; мазок та зішкріб з

сечівника для виключення захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ); УЗД верхніх сечових шляхів та сечового міхура, ТРУЗД ПЗ з визначенням її об'єму, а також залишкової сечі; урофлоуметрію; заповнення опитувальника індексу симптомів хронічного простатиту Національного Інституту Здоров'я США (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index або NIH-CPSI) [20] до/та після лікування; консультація невропатолога для виключення нейрогенного ураження нижніх сечових шляхів, консультації гастроентеролога та проктолога для виключення патології кишечника та прямої кишки.

Хворі були розділені на 2 групи. В І групу були включені 32 хворих віком від 22 до 49 років (середній вік 34,5 років), які отримували лікування протягом 1 місяця. Це лікування включало: фторхінолон IV покоління + диклофенак натрію в ректальних свічках (1 свічка на ніч протягом 10 днів) + тамсулозин + масаж ПЗ через 2 дні (на курс 10 процедур). У ІІ групу був включений 31 пацієнт віком від 21 до 50 років (середній вік 35,1 років), які отримували терапію подібно хворим І групи + фітохімічний простатопротектор Pravenor® (1 капсула 2 рази на день).

Тривалість захворювання у хворих І групи коливалася від 1 до 3 років (в середньому 1,4 років), у хворих ІІ групи – 7 місяців – 2,8 років (в середньому 1,3 років). Більшість хворих (51% або 81,0%) вперше звернулись за допомогою і лише 12 (19,0%) – повторно, з кожної групи по 6 чоловік. Останні пройшли один курс амбулаторного лікування СХТБ із застосуванням монотерапії лише ректальними супозиторіями.

При ректальному обстеженні у всіх хворих відзначалась звичайних розмірів та консистенції незначна чи помірно болюча ПЗ. Змін в аналізах сечі та секреті ПЗ (лейкоцитарної реакції) в обох групах не було виявлено. У 18 (59,4%) хворих І групи виявлено зниження кількості лецитинових зерен у секреті ПЗ, а у хворих ІІ групи – у 17 (54,8%). В обох групах хворих при посівах сечі та секрету ПЗ мікрофлора не була виявлена. В обох групах хворих при урофлоуметрії максимальна швидкість сечі перевищувала 20 мл/с, а криві мали звичайний (дзвоникоподібний) вид, що виключало інфравезикальну обструкцію та гіперактивний сечовий міхур. При ТРУЗД ПЗ у хворих І групи виявили збільшення об'єму ПЗ до 30 см³ у 6 (18,75%) пацієнтів, а у хворих ІІ групи – 5 (16,1%). Залишкової сечі (більше 50 мл) не було виявлено в обох групах хворих. Індекс симптомів хронічного простатиту NIH-CPSI у хворих І групи склав 18,5±3,8, ІІ групи – 17,9±3,7.

Про застосування антибактеріальної терапії для лікування хворих на ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) немає єдиної думки в урологів [1]. Ми застосовували фторхінолон IV покоління в обох групах хворих протягом тижня, у разі позитивного ефекту – продовжували вживання препарату протягом 1 місяця. Цікавим виявився факт, що всі хворі на ХАП/СХТБ відзначили зменшення больового та дизуричного симптомів. При призначенні фторхінолону IV покоління в лікуванні ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) ми керувалися такими міркуваннями:

1. Нормальні показники однократного дослідження секрету ПЗ ще не означають відсутність запального процесу в ПЗ [1, 7]. Цікавим є дослідження повторних аналізів секрету ПЗ у процесі лікування, але ми не ставили в даній роботі таку мету.

2. У рекомендаціях ЕУА (2012, 2013) не згадується про атипичні мікроорганізми ЗПСШ (хламідії, молікути), методи їхньої діагностики та лікування, а саме вони частіше зустрічаються у ПЗ, ніж у сечівнику [2, 8]. Відсутність збудників ЗПСШ у сечівнику не означає їхню відсутність

у секреті ПЗ. Це призводить до помилкового діагнозу та неефективного лікування запального процесу в ПЗ. О.Ф. Возіанов та співавтори (2007) [2] виявили атипів збудники ЗПСШ у сечівнику та видалених гіперплазованих вузлах ПЗ після передміхурової простатектомії у 44% хворих (!) без клінічної маніфестації запальних захворювань сечостатевої системи.

3. Антибактеріальні препарати (фторхінолони IV покоління) мають тропність до тканини ПЗ та ефективні для лікування атипів мікроорганізмів [21].

Статистичний аналіз матеріалу у хворих виконували за допомогою персонального комп'ютера AMD Sempron 2300+, пакета Microsoft Excel 2002, Windows XP.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного лікування клінічне одужання (відсутність болювого та дизуричного симптомів) відзначено у 28 (87,5%) хворих I групи та 29 (93,5%) – II групи. Проведене анкетування хворих через 1 місяць показало, що сумарний індекс симптомів хронічного простатиту NIH-CPSI у хворих I групи склав $9,1 \pm 2,3$, а у хворих II групи – $6,3 \pm 2,2$ ($p < 0,05$). Достовірне покращення результатів комплексного лікування ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) відзначено у кожному із доменів опитувальника (біль – 1,2,3,4; симптоми сечовипускання – 5,6; якість життя – 7,8,9). Проведене після лікування повторне лабораторне дослідження сечі та секрету ПЗ не виявило в них запальної реакції.

Опыт использования фитохимического простатопротектора Pravenor® в комплексной терапии больных с хроническим абактериальным простатитом (категория ІІБ) В.И. Горовой, В.П. Головенко, С.А. Костюченко

Проведено изучение клинической эффективности использования фитохимического простатопротектора Pravenor® в комплексном лечении 31 больного с хроническим абактериальным простатитом (категория ІІБ). Выявлена его высокая эффективность (93,5%) через 1 месяц после лечения и достоверное улучшение клинической симптоматики согласно опросника NIH-CPSI по сравнению с контрольной группой. Авторы рекомендуют фитохимический простатопротектор Pravenor® для более широкого использования в лечении больных с хроническим абактериальным простатитом.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит (категория ІІБ), фитохимический простатопротектор Pravenor®, лечение.

При пальцевому ректальному обстеженні незначно болісну ПЗ виявили у 5 (15,6%) хворих I групи та у 4 (12,5%) – II групи. Усім хворим для закріплення досягнутого ефекту, а також для профілактики рецидивів захворювання рекомендували вживання фітохімічного простатопротектора Pravenor® протягом ще 2 місяців, як і рекомендують деякі автори [5]. Під час лікування у 2 (6,25%) хворих I групи та 2 (6,45%) хворих II групи відзначалась незначна нудота протягом перших 3 днів лікування, можливо, на вживання антибактеріального препарату. Ці хворі не припиняли комплексного лікування. Згідно з даними літератури [3,5] застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® в лікуванні хронічного простатиту не призводило до сторонніх ефектів, Pravenor® добре переносився хворими.

ВИСНОВКИ

1. Застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® у комплексному лікуванні хворих на ХАП/СХТБ (категорія ІІБ) достовірно усуває та покращує клінічну симптоматику захворювання, а також якість життя пацієнтів.

2. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® в комплексній терапії хворих на ХАП/СХТБ (категорія ІІБ). Вважаємо перспективним провести дослідження тривалого (більше 3 місяців) застосування фітохімічного простатопротектора Pravenor® в лікуванні хворих із різними категоріями хронічного простатиту.

Experience of using medicine Pravenor® in complex therapy patients with chronic non-bacterial prostatitis (category ІІБ) V.I. Gorovyy, V.P. Golovenko, S.A. Kostyuchenko

The studying of the clinical efficiency of medicine Pravenor in 31 patients with chronic non-bacterial prostatitis (category ІІБ) was performed. High clinical efficiency (93,5%) after 1 month of treatment and reliable improving of clinical symptoms according NIH-CPSI in compare with the control group was established. Authors recommend this medicine for more widely using in treatment patients with chronic non-bacterial prostatitis.

Key words: chronic non-bacterial prostatitis (category ІІБ), Pravenor®, treatment.

Сведения об авторах

Горовой Виктор Иванович – Винницкая областная клиническая больница имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 46. E-mail: daredevil-95@inbox.ru

Головенко Виктор Петрович – Винницкая областная клиническая больница имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 46.

Костюченко Сергей Андреевич – Винницкая городская клиническая больница № 1, 21000, г. Винница, Хмельницьке шоссе, 96.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрология (Клинические рекомендации) / Под ред. П.А. Щеплева, О.И. Аполихина. – М.: ИД ПРАКТИКА, 2007. – С. 82–95.
2. Возіанов О.Ф., Пасєчніков С.П., Грицай В.С. Ідентифікація збудників уrogenітальних інфекцій в генітальних ексcreтах і тканині передміхурової залози хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози // Симптоми нижних мочевых путей: Материалы юбилейной научно-

- практической конференции урологов. – Харьков, 2007. – С. 24–25.
3. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Исследование клинической эффективности комплексного лечения хронического простатита с применением Pravenor // Здоровье мужчины. – 2009. – № 2. – С. 38–43.
4. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Бойко А.И., Гусейнов Э.Ф. Исследование клинической эффективности комплексного лечения па-

- циентов с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов с использованием препаратов Правенор и Омикс // Здоровье мужчины. – 2012. – № 1. – С. 116–121.
5. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Федорук А.С. Исследование модификаций биохимических показателей эякулята при экскреторно – токсическом бесплодии у мужчин под влиянием препарата

- Правенор // Здоровье мужчины. – 2013. – № 1. – С. 66–69.
6. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Федорук А.С. и др. Нестандартный фитотерапевтический подход к лечению синдрома хронической тазовой боли у мужчин // Здоровье мужчины. – 2011. – № 4. – С. 57–63.
7. Горпинченко І.І., Литвинєць С.А., Сандурський О.П. Хронічний простатит: діагностика на сучасному етапі //

Актуальні питання сучасної урології, сексопатології, андрології: Збірник праць міжрегіональної науково-практичної конференції, 19–20 жовтня 2012 р., м. Яремче. – С. 6–17.

8. Зайцев В.І. Протокол діагностики та лікування хронічного простатиту Європейської асоціації урологів 2012 та українські реалії – де істина? // Здоров'є мужчини. – 2012. – № 3. – С. 34–36.

9. Литвинець Є.А. Вивчення ефективності та безпечності застосування Простатофітоному та фокусину в лікуванні хворих із синдромом не-запального тазового болю (категорія ІІІБ) // Здоров'є мужчини. – 2011. – № 3. – С. 126–127.

10. Литвинець Є.А., Сандурський О.П., Вінтонів О.Р. Ефективність комбінованої терапії у лікуванні хворих із синдромом не-запального хронічного тазового болю (категорія ІІІБ) // Здоров'є мужчини. – 2012. – № 2. – С. 37–38.

11. Литвинець Є.А., Костенко Л.В. Оцінка нових можливостей в діагностиці та контролі за лікуванням хворих на хронічний простатит // Актуальні питання сучасної урології, сексопатології, андрології: Збірник праць міжрегіональної науково-практичної конференції, 12–20 жовтня 2012 р., м. Яремче. – С. 65–69.

12. Литвинець Є.А., Сандурський О.П. Дослідження ефективності та безпечності застосування комбінованого препарату Правенор у лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит // Здоров'є мужчини. – 2012. – № 4. – С. 20–22.

13. Мигов В.Г. Применение препарата Дексалгин в терапии синдрома хронической тазовой боли // Здоров'є мужчини. – 2012. – № 2. – С. 66–72.

14. Нікітін О.Д. Ефективність застосування селективних фітомолекул у складі комплексної терапії чоловіків з

екскреторно-токсичним безпліддям, зумовленим хронічним простатитом // Здоров'є мужчини. – 2012. – № 2. – С. 44–47.

15. Россихин В.В. Опыт клинического применения растительного простатопротектора в сочетании с тамулозином при лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сопутствующим простатитом // Здоров'є мужчини. – 2011. – № 3. – С. 90–93.

16. Engeler D., Baranovski A.P., Borovicka J. et al. Guidelines on chronic pelvic pain // European Association of Urology. – 2013. – 132 p.

17. Epidemiology of prostate diseases / Ed. by Garraway M. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1995. – P. 85–93.

18. Grabe M., Bjerlund-Johansen T.E., Botto H. et al. Guidelines on urological infections // European Association of Urology. – 2013. – 106 p.

19. Krieger J.N., Nyberg L.Jr., Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis // JAMA. – 1999. – Vol. 282, № 3. – P. 236–237.

20. Litwin M.S., McNaughton-Collins M., Fowles F.J.Jr. et al. The National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index: development and validation of new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network // J. Urol. – 1999. – Vol. 162, № 2. – P. 369–375.

21. Nickel J.C. Prostatitis and related conditions, orchitis, and epididymitis // Campbell-Walsh Urology / Ed. by Kavoussi L.R. et al. – 10th ed. – Ch. 11. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. – P. 327–356.

22. Workshop Committee of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (NIDDK) Chronic prostatitis workshop. Bethesda, Maryland, 1995, Dec. 7–8.

Стаття постуила в редакцію 03.03.2014