



## **Препарат Хомвио® - Простан в лечении синдрома хронической тазовой боли.**

**Ф.И. Костев – д.м.н., профессор, зав.кафедрой.**

Одесский государственный медицинский университет.

Синдром хронической тазовой боли, что соответствует известному определению – хронический абактериальный простатит, представляет медицинскую и социальную проблему ввиду значительной распространенности среди мужчин старше 18 лет. На долю хронического абактериального простатита приходится до 95% среди всех форм хронического простатита.

По разным источникам литературы, частота встречаемости хронического простатита достигает до 35% взрослого мужского населения и с возрастом продолжает увеличиваться [1,3,5].

По данным J.Curtis Nickel [5], на долю больных хроническим простатитом приходится до 8% всех посещений уролога и 1% всех посещений врача общего профиля. Качество жизни больных хроническим простатитом сравнивается с качеством жизни больных, имеющих такие заболевания, как острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, болезнь Крона (W.Weidner).

В патогенезе как бактериального, так и абактериального простатита, ключевым звеном является интрапростатический рефлюкс мочи, на что указывают большинство исследователей [2,3,4,6]. По их данным, интрапростатический рефлюкс вызывается турбулентным течением мочи благодаря гипертонусу гладкой мускулатуры предстательной железы и мочеиспускательного канала за счет активности  $\alpha_1$ -адренорецепторов. Нарушения дренирования протоков предстательной железы усугубляет ишемию и воспалительный процесс в ней.

На сегодняшний день в мировой практике не существует «золотого стандарта» в лечении хронического простатита, что приводит к нерациональному применению антибактериальных препаратов и других лекарственных форм, способных оказывать отрицательное воздействие на пациента. Антибактериальные препараты являются частой причиной иммунодепрессии, распространенных микозов, дисбактериоза и дисбиоза, а также появления резистентных инфекционных штаммов.

Весьма актуальным является поиск эффективных и безопасных методов лечения.

Применение растительных препаратов представляется наиболее перспективным, поскольку они в достаточной мере безопасны, не вызывают аллергических реакций, отличаются простотой в применении и доступны по своей потребительской стоимости.

Фитотерапия, в зависимости от характера патологических нарушений, стадии заболевания, наличия осложнений, может быть основным, паритетным, либо вспомогательным видом лечения.

### **Материалы и методы.**

Под нашим наблюдением находился 31 больной хроническим абактериальным простатитом, принимавший в качестве монотерапии Хомвио®-Простан.

Хомвио®-Простан относится к натуропатическим препаратам, производится в Германии на основе стандартов GMP, соответствует требованиям Всемирной организации Здравоохранения, разрешен к применению в Украине.

В составе препарата: Парейра брава, Популюс тремулоидес и Сабаль серулатум, что обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий эффект, обладает свойствами улучшения уродинамики нижних мочевых путей за счет нормализующего действия на тонус детрузорно-сфинктерного аппарата и предстательной железы.

Средний возраст пациентов был в пределах от 22 до 57 лет (в среднем  $47 \pm 6,2$  года). Длительность заболевания колебалась от 1,5 лет до 12 лет (в среднем  $5,4 \pm 1,7$  лет).

Сопутствующие хронические заболевания у мужчин: хронический холецистит – у 6, гипертоническая болезнь – у 11, сахарный диабет II типа – у 4х, язвенная болезнь

желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии – у 3х пациентов, ишемическая болезнь сердца у 3х пациентов.

Все пациенты предъявляли жалобы на боли в промежности, поясничной области, крестце, боль при эякуляции. У 12 пациентов (38,7%) имела место преждевременная эякуляция, у 9 (29,1%) пациентов – эректильная функция была значительно сниженной, половой акт был крайне редким, эрекция оценивалась, как частичная. У 12 (38,7%) пациентов эрекция была полной, у 8 (25,8%) наблюдалась тумесценция без ригидности, а у 2 (6,4%) пациентов эрекция отсутствовала.

В результате проведенного комплексного исследования был диагностирован хронический абактериальный простатит у 26 (83,8%), хронический калькулезный простатит у 4 (12,9%). Среди больных хроническим абактериальным простатитом у 17 (65,4%) присутствовал воспалительный процесс, больным проводилось бактериологическое исследование секрета предстательной железы, у 9 (34,6%) – без воспалительного компонента. При пальпации предстательной железы болезненность отмечалась у всех больных, отек предстательной железы выявлен у 19 (61,2%) больных, неоднородность структуры железы – у 11 (35,5%), расширение и болезненность семенных пузырьков определялось пальпаторно у 7 (22,6%) больных, что также подтверждено ультразвуковым исследованием. Кроме того, всем пациентам до начала лечения была выполнена урофлоуметрия ( $Q_{cp}$  и  $Q_{max}$ ), определен объем остаточной мочи ( $V_{res}$ ) при помощи УЗИ, проведено анкетирование по оценке динамики субъективных параметров мочеиспускания (IPSS) и индекса качества жизни (QOL), индекса симптомов больных хроническим абактериальным простатитом (NIH-CPSI).

Всем пациентам назначался Хомвио®-Простан в следующих дозах: первый месяц по 10 капель 3 раза в сутки, при выраженном болевом синдроме до его купирования по 10 капель 5-6 раз в сутки, после стихания болей переходили на 3х-кратный прием, в течении 2х последующих месяцев проводился курс поддерживающей терапии ( по 5-10 капель 2 раза в день).

### Результаты исследования и их обсуждение.

После проведенного курсового лечения пациенты подвергались комплексному исследованию, что включало оценку качества эрекции у пациента, ректальное пальцевое исследование, определение лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы, а также определение уродинамических показателей, характеризующихся динамикой субъективных параметров мочеиспускания IPSS (в баллах), качество жизни пациента QOL(в баллах), индекса симптомов больных хроническим абактериальным простатитом (NIH-CPSI), а также скорости мочеиспускания -  $Q_{cp}$  и  $Q_{max}$ (мл/с), определение объема остаточной мочи -  $V_{res}$  (мл).

После проведенного 3-х месячного курса лечения болевые ощущения сохранялись у 4 (12,9%) больных, которым были проведены дополнительные исследования и назначено комплексное лечение.

Воспалительный процесс в предстательной железе оценивали по содержанию лейкоцитов в секрете предстательной железы, полученном после провокационной пробы суппозиториями пирогенала. Результаты световой микроскопии представлены в табл.1

Табл.1.

#### Лейкоцитарная реакция секрета предстательной железы.

Число больных	Количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа	
	До лечения	После лечения
Клиническая группа (n=31)	43,7±6,8	8,4±3,7 p<0.05*

\* p – достоверность различий показателей до и после лечения.

Бактериологическое исследование секрета предстательной железы позволило выявить наличие бактериальной флоры у 4(12,9%) больных. Среди них в 2 (6,5%) случаях обнаружен рост условно-патогенной микрофлоры – Staphylococcus spp., а еще у 2 (6,5%) выделен патогенный штамм E.Coli. У всех 4х больных микрофлора сочеталась с Candida alb., микробное число которых было клинически значимым.

Оценка качества эрекции у пациентов хроническим абактериальным простатитом представлена в табл.2

Табл.2.

**Оценка качества эрекции у пациентов хроническим абактериальным простатитом**

Оценка качества эрекции	До лечения (n=31)	После курсового лечения (n=31)
Отсутствие эрекции	2 (6,4%)	0 (0%)
Тумесценция без ригидности	8 (25,8%)	3 (9,7%)
Частичная эрекция	9 (29,1%)	5 (16,1%)
Полная эрекция	12 (38,7%)	23 (74,1%)

Анализируя результаты, представленные в таблице и сопоставляя их с клиническими формами, можно отметить выраженную эффективность препарата Хомвио®-Простан в монотерапии половой дисфункции у тех пациентов, в случае которых наблюдалась психогенная копулятивная дисфункция и смешанная копулятивная дисфункция с преобладанием психогенного компонента, в меньшей мере эффективность лечения проявлялась у больных с интерорецепторно-психогенной копулятивной дисфункцией.

Эффективность препарата Хомвио®-Простан проявляется в положительной динамике субъективных параметров мочеиспускания (IPSS) и оценки качества жизни пациентов.

Табл.3

**Субъективная оценка параметров мочеиспускания и показателей качества жизни больных (в баллах)**

Показатель	До лечения (n=31)	После лечения (n=31)	Динамика показателя
IPSS	16,84 (100%)	12,31 (73,09%)	-4,53 (-26,91%)
QOL	5,16 (100%)	3,41 (66,08%)	-1,75 (-33,92%)
NIH-CPSI	16,73 (100%)	11,24 (67,18%)	-5,49(-32,82%)

Проведена оценка влияния препарата Хомвио®-Простан на уродинамические показатели, что выявило эффективность препарата в увеличении объемной скорости мочеиспускания  $Q_{max}$  (мл/с) и  $Q_{cp}$  (мл/с). Параллельно с улучшением урофлоуметрических показателей наблюдалось уменьшение объема остаточной мочи ( $V_{res}$ ). Динамическое изменение урофлоуметрических показателей и объема остаточной мочи представлено в табл.4.

Табл.4

**Динамика урофлоуметрических показателей и объема остаточной мочи**

Показатель	До лечения (n=31)	После лечения (n=31)	Динамика показателя
$Q_{max}$ , мл/с	16,8	22,6	+ 5,8 (+34,5%)
$Q_{cp}$ , мл/с	8,7	12,1	+3,4 (+39,0%)
$V_{res}$ , мл	84,0	52,0	-32,0 (-38,1%)

### Выводы.

Проведенное нами исследование дает возможность утверждать, что препарат фармацевтической компании «НОМВИОРА®» – Хомвио®-Простан является эффективным средством в лечении больных хроническим абактериальным простатитом, в том числе осложненным копулятивной дисфункцией и уродинамическими нарушениями.

Клинический эффект препарата реализуется через повышение тонуса детрузора мочевого пузыря, устранение ирритативной симптоматики, улучшение дренирования предстательной железы, ликвидацию воспалительного процесса и уменьшение болевого синдрома в органах малого таза, что надежно улучшает качество жизни пациентов и способствует их социальной реабилитации.

### Литература.

1. Возианов А.Ф., Пасечников С.П. Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы // Лікування та діагностика. – 1998. – т.1, п.9. – с.10-13.
2. Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Здоровье мужчины. – 2002. - №1. – С.9-11.
3. Клінічна сексологія та андрологія / За ред. О.Ф.Возіанова, І.І.Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996. – 536с.
4. Meares E.M., Barbalias G.A. Clinical and video-urodynamic findings in prostatodynia. Semin.Urol. 1983: 1:46
5. Nickel J.C. Prostatitis: management strategies. Urol.Clin. N.Ann. 1999. Vol.26 p.737-751
6. Проблема хронического неинфекционного простатита с позиции доказательной медицины // О.И.Аполихин, А.В.Сивков, В.Н.Ощепков и др.// Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – с.223-227.
7. Roberts R.O., Liever M.M., Bostwick D.G., et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology, 1997: p.809-821.
8. Weidner W. Prostatitis – diagnostic criteria. Classification of patient and recommendations for therapeutic trials. Infection, 1992. №20 Suppl.3, p.227-231.