

УДК 616.65:616-006.55:616-08:615.33

© П.М. Клименко, М.И. Демидов, В.А. Чабанов, Ю.Н. Гурженко, 2010.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АМБОВИТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.М. Клименко¹, М.И. Демидов¹, В.А. Чабанов¹, Ю.Н. Гурженко²

Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского¹,
институт урологии АМН Украины²

CLINICAL RESEARCH OF PREPARATION AMBOVIT AT TREATMENT OF PATIENTS WITH ADENOMA PROSTATE

P.M. Klimenko, M.I. Demidov, V.A. Chabanov, N.Yu. Gurzhenko

SUMMARY

Estimation of treatment efficacy of 36 patients with benign hyperplasia of prostate I degree was carried out. Preparation was prescribed on 20 drops 3 times daily during 1-6 months. Efficacy of treatment as a sufficient or high in 23 patients (63,8 %) from 36 patients was marked. Degree of prostate wasn't changed on data of tomographic research, though authentic improvement of intraorganic hemodynamics, Side effects were not revealed during the treatment.

КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕПАРАТУ АМБОВІТ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АДЕНОМУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

П.М. Клименко, М.І. Демідів, В.О. Чабанів, Ю.М. Гурженко

РЕЗЮМЕ

Дано оцінку ефективності лікування 36 хворих з доброякісною гіперплазією передміхурової залози I ступеня. Препарат було назначено по 20 крапель 3 рази на добу протягом 1-6 місяців. Ефективність лікування, як достатню або високу, відмічено у 23(63,8%) із 36 пацієнтів. Розміри передміхурової залози по даним сонографічних досліджень не змінилися, хоч відмічено достовірні позитивні зміни внутрішньоорганної гемодинаміки. Побічних ефектів під час лікування не виявлено.

Ключевые слова: амбовит, аденома простаты, мочеиспускание, лечение.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее распространенных заболеваний мочеполовой системы у пожилых мужчин [1]. Течение заболевания проявляется в ухудшении качества жизни, появлении обструктивных и ирритативных симптомов, снижении объемной скорости мочеиспускания, увеличении объема предстательной железы, возникновении риска развития острой задержки мочеиспускания с последующим оперативном лечении [2]. Особое беспокойство пациенту причиняют симптомы накопления мочи, так как они значительно влияют на качество жизни, т.к. резко ухудшают трудоспособность.

Современные представления о развитии ДГПЖ указывают на многофакторный патогенез этого заболевания: нарушение метаболизма тестостерона, который при воздействии 5- α -редуктазы трансформируется в дигидротестостерон, приводя к железистой гиперплазии; умеренная инволюционная эстрогенизация инициирует стромальную гиперплазию, а понижение концентрации 5- α -андростендиола при-

водит к увеличению активности α -адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря, вызывая сокращение гладкой мускулатуры этих анатомических структур, создавая динамический компонент мочеиспускания и приводя к ирритативной симптоматике.

При ДГПЖ функциональная обструкция составляет около 40% общего уретрального давления и обусловлена возрастанием тонуса гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря (МП) и простатического отдела уретры в результате возбуждения α -1-адренергических рецепторов автономной нервной системы [8]. Вследствие повышения внутриуретрального давления может наблюдаться уретро-простатический рефлюкс, приводя к формированию метаболических изменений, что вызывая асептический воспалительный процесс, сопровождаясь отеком железы и появлением обструктивного компонента в клинической картине заболевания. Для выполнения поставленной цели исследования, нами использовалась следующая классификация ДГПЖ, включающая 3 стадии.

I стадия - компенсации. Больные отмечают расстройство мочеиспускания - вялую струю, появление императивных позывов к мочеиспусканию, ноктурию. Патологических изменений со верхних мочевых путей нет. Максимальная скорость мочеиспускания при урофлоуметрии (УФМ) составляет 10-15 мл/с. Остаточная моча достигает объема до 50 мл.

II стадия - субкомпенсации. Значительные нарушения функции мочевого пузыря и появлением остаточной мочи. Струя становится истонченной, вялой. После акта мочеиспускания больной испытывает чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, так как после акта мочеиспускания, часть мочи остается в мочевом пузыре, количество остаточной мочи достигает 100-200 мл и более. Может отмечаться острая задержка мочи, прослеживается нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей с потерей функции почек. Максимальная скорость мочеиспускания составляет 5-10 мл/с.

III стадия (стадии декомпенсации), при которой, отмечается полная атония мочевого пузыря с возникновением парадоксальной ишурии и дилатацией верхних мочевых путей, прогрессирующим нарушением функции почек. Максимальная скорость мочеиспускания при УФМ составляет менее 5 мл/с [5].

Используя эту классификацию, врач может правильно подобрать препараты для лечения АПЖ. При I стадии возможно применение препаратов растительного происхождения. II стадия предусматривает использование α -адреноблокаторов, ингибиторов 5- α -редуктазы. При III стадии показано хирургическое лечение [6]. Препараты растительного происхождения имеют ряд преимуществ перед медикаментами химического синтеза. Растения являются самым древним источником биологически активных веществ. Они обладают лучшей переносимостью, содержат природные соединения, к которым человек эволюционно приспособлен, высокой биодоступностью и минимумом побочных эффектов [5].

В Украине издавна использовались рецепты для лечения расстройств мочеиспускания с применением лекарственных растений: петрушки, крапивы, тыква сельдерея, зверобоя, брусники и т.д. Редкий химический состав растений позволяет комплексно воздействовать на весь организм, тонко регулируя патологические сдвиги.

Особенностью этих фитопрепаратов является то, что большинство из них оказывают многофакторное действие практически на все звенья патогенеза ДГПЖ. В связи с увеличивающейся продолжительностью жизни и риском развития АПЖ у пожилых мужчин, остается актуальной проблема её консервативного лечения [7].

Успехи фармакотерапии указывают что, как и язвенную болезнь, в определенных случаях, АПЖ можно лечить амбулаторно, а появление новых лекарственных средств для её лечения, подтверждает

вышеизложенное. Доказательная медицина, призывает к объективизации эффективности терапии, и можно считать аргументированным применение аппаратных исследований для оценки состояния мочевыводящих путей с их последующими изменениями на фоне приема препарата растительного происхождения Амбовит.

Среди растительных средств, необходимо выбрать препарат с максимальным количеством патогенетических механизмов действия и наименьшим количеством побочных действий. Действие Амбовита разностороннее. В доступной литературе нами не обнаружены данные об изменении динамики мочеиспускания и состояния органной гемодинамики, после применения этого препарата [3,4].

Мы исследовали целесообразность применения в комплексном лечении пациентов с начальными формами аденомы простаты и простатитами отечественного фитопрепарата «Амбовит» производства ОАО «Луганский химфармзавод» г. Луганск ТУ У 15.8-295903010-001:2006 (гигиенический сертификат МЗ Украины №05.03.02-04/646 от 15.01.2008). Амбовит представляет собой водно-спиртовую вытяжку растительного происхождения включающую в себя: почки березы бородавчатой, почки тополя черного, лист лесной земляники и лесного ореха, шалфей лекарственный, лист алоэ, травы спорыша, зверобоя, тысячелистника, цветы бессмертника.

Целью настоящего исследования было изучение уродинамических показателей мочеиспускания методом домашней урофлоуметрии и состояния органной гемодинамики, после длительного назначения растительного препарата амбовит.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии КГМУ и отделении сексопатологии и андрологии Института урологии АМН Украины в период с 2008 по 2009 г. под нашим наблюдением в динамике обследованы и пролечены 36 пациентов от 52 до 69 лет (средний возраст 54,3 + 2,7 года), с ДГПЖ I-II стадии. Отбор на терапию проводился после исключения онкологических заболеваний, при условии выраженности симптоматики, оцененной по шкале IPSS, не более 18 баллов и размерах простаты до 50 см³. Препарат назначался в виде монотерапии на срок до 6 мес.

Урологическое обследование включало ультразвуковые и общеклинические методы исследования. Контроль показателей мочеиспускания осуществлялся с помощью 3-суточного домашнего урофлоуметрического мониторинга до лечения, через 1,2 и 3 мес терапии, у части пациентов, получавших амбовит длительно, в сроки от 6 мес до 1 года.

Субъективными критериями оценки эффективности действия препарата являются: уменьшение дизурических явлений и улучшение общего состояния. Объективными критериями были: международная оценка симптомов (IPSS), определение индекса

качества жизни, ТРУЗИ ПЖ (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы) с определением её гемодинамических показателей, объем остаточной мочи, объем ПЖ, максимальная скорость мочеиспускания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного лечения больных у 14 (38,8%) принимавших Амбовит было установлено, что клинический эффект достигался уже на 10-15

день лечения, проявляясь в снижении суммарного балла (У) по международному опроснику, у 22 (61,25) – после 2-3 месячного приема.

Объем предстательной железы (Vv) определяли по формуле Terris-Stamey, увеличении максимальной скорости потока мочи (Qmax) и урофлоуметрического индекса (Yи), оставаясь на одном уровне в течение последующего времени, что отображено в таблице 1.

Таблица 1.

Изменение показателей суммарного балла, УИ, объема ПЖ, остаточной мочи, максимальной скорости потока мочи

Показатели	Единица измерения	Сроки лечения			
		До лечения	Через 1 месяц	Через 2 месяца	Через 3 месяца
(NIH-PSI)	Баллы	22,6±1,9	20,3±2,3	16,2±2,1	14,7±2,3
Vp, объем ПЖ	мл	42,5±4,5	41,3±3,5	40,3±4,1	39,7±2,5
Vv, объем остаточной мочи	мл	46,3±4,4	37,5±5,3	25,9±4,3	15,5±3
Qmax, акс. скорость потока мочи	мл/сек	13,3±2,3	16,6±5,5	17,4±3,3	20,3±5,4
УИ, урофлоуметрический индекс	Усл.ед.	0,75±0,01	0,86±0,01	0,91±0,01	0,95±0,01

Динамика указанных уродинамических показателей свидетельствует об уменьшении ПЖ, хотя достоверного изменения Vp мы не отметили, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению ПЖ.

Для получения более выраженных положительных изменений, с большей вероятностью необходим более продолжительный прием исследуемого препарата. Достоверное уменьшение остаточной мочи, возможно связано с противотечным действием препарата и повышением тонуса детрузора наряду с уменьшением тонуса гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры.

При оценке половой функции 9 (25%) пациентов отметили улучшение эрекции на фоне приема Амбовита. Положительный результат лечения больных сопутствующего хронического простатита, Амбовитом был достигнут у 12 (33%) пациентов, получавших этот препарат, 3 (8%) пациентов эффект положительный не получен. В группе больных, принимающих Амбовит, через месяц после начала комплексного лечения ХП было отмечено выраженное уменьшение количества дневных и ночных мочеиспусканий; увеличение объема мочевого пузыря на 30-45 мл, нормализация показателей секрета простаты.

При дуплексном сканировании, проводимом до и после лечения, установлено, что васкуляризация

центральной и периферической зон увеличилась за счет увеличения количества визуализируемых сосудов, расширения их просветов, а также увеличения линейных пиковых и средних скоростей, возрастания объемного кровотока в магистральных артериях. Использование Амбовита опосредованно уменьшало ишемизацию паренхимы, снимало ирритативную симптоматику и уменьшало турбулентность потока мочи, что и способствовало ликвидации воспалительного процесса.

Отмечена выраженная корреляция между улучшением гемодинамических показателей кровотока ПЖ и урофлоуметрическими данными, что связано с уменьшением интерстициального отека и дисметаболических нарушений в результате купирования ишемии.

Гемодинамические изменения в ПЖ, подтверждены методом трансректальной доплерографии. С восстановлением гемодинамики уменьшились симптомы воспаления, улучшилась копулятивная функция, купировались симптомы воспаления. Во всех случаях после лечения, деформация сосудистого рисунка была менее выражена и отмечалось улучшение васкуляризации ПЖ.

Гемодинамические показатели при ишемическом типе воспаления ПЖ представлены на таблице №2.

Таблица №2.

Гемодинамические показатели предстательной железы после приема Амбовит

Показатели	До лечения	После лечения
Vps	6.31±1.82	10.1±2.24
IR	0.68±0.02	0.64±0.04
DV	0.07±0.01	0.08±0.01
Vmean	4.15±0.93	5.65±1.22
Vvol	0.016±0.005	0.031±0.012

Оценка терапевтической эффективности препарата Амбовит на основании показателей гемодинамики ПЖ в табл.3.

Таблица №3.

Оценка эффективности препарата Амбовит

Эффективность	Оценка исследователем		Оценка пациентом	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Отсутствие	4	11,1	5	13,8
Низкая	7	19,4	8	22,2
Достаточная	16	44,4	17	38,8
Высокая	9	25	6	16,6

Результаты табл.1 свидетельствуют о практической нормализации мочеиспускания у больных после приема препарата Амбовит. Об уменьшении ирритативной симптоматики, купировании дизурических явлений и уменьшении отрицательных ощущений свидетельствуют выраженные изменения показателей IPSS и индекса качества жизни.

После окончания курса лечения эффективность препарата Амбовит оценивали пациенты и исследователи. Результаты оценки представлены в табл.3. Полученные результаты показывают, что пациенты склонны оценивать эффективность лечения несколько ниже, чем исследователи.

ВЫВОДЫ

Таким образом на основании полученных в ходе исследования данных, можно сделать выводы:

1. Препарат Амбовит показал высокую эффективность для симптоматического лечения ДГПЖ и хронического простатита. Эффективность лечения препаратом составила по данным пациентов 63,8%, по данным исследователей 69,4%.

2. Препарат хорошо переносится больными, не вызывая побочных эффектов.

3. Эффективная длительность приема должна составлять не менее 3-6 месяцев.

4. Применение Амбовита, оказывает положительное воздействие на гемодинамику ПЖ, опосредованно приводя к восстановлению микроциркуляции в ПЖ и повышению эффективности проводимого лечения.

Мы предполагаем, этот факт можно объяснить особенностями психики больных данной категории, а также значительной длительностью заболевания и неоднократными самостоятельными попытками его лечения, что вызывает определенный скептицизм и более сдержанные оценки лечения.

Тем не менее, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили у 23(63,8%), а исследователи у 25(69,4%) у 36 пациентов, что свидетельствует о терапевтической ценности препарата Амбовит. Во время лечения препаратом побочных эффектов отмечено не было.

5. Проведенное исследование показало, что трансректальная доплерография является эффективным методом выявления, установления распространенности и выраженности воспалительных изменений при аденоме и простатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Пасечников С.П., Павлова Л.П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України//Урологія.-2001.-№4.С.3-6.

2. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія.- Дніпро-

петровськ: РВА "Дніпро-VAL", 2002.- 830с.

3. Гажонова В.Е. Значение ультразвуковой ангиографии в диагностике простатита//Эхография.- Т1.- №1.- 2000.-С.104-198.

4 Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит// X Российский съезд урологов.- Материалы.- Москва 1-3 октября 2002.-С.209-222.

5 Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Препарат Простамед в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы//Здоровье мужчины.-2007.-№1(20).-С.115-118.

6 Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology.- 1997.- №49.-P.809-821.

7Клінічна сексологія і андрологія / За ред. О.Ф.- Возіанова, І.І. Горпинченка.- К.: Здоров'я, 1996.-536с.

8 Narayn P and Man In't Veld A.J.R. Клиническая фармакология современных антигипертензивных агентов и их взаимодействие с антагонистами б-адренорецепторов// Сателитный Симпозиум Пленума Правления Общества урологов России.-Саратов.-1998.-С.30-38.