



УРОЛОГИЯ

6

• МОСКВА •

2014

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТ-АССОЦИИРОВАННОЙ КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

¹Кафедра урологии (зав. каф. — д.м.н. В.М. Попков) ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, отдел реконструктивной уронефрологии (рук. — к.м.н. А.Н. Понукалин) НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии; ²ЗАО «ФПК ФармВИЛАР»

Автор для связи: Т. В. Шатылко; e-mail: shatyлко@sar-urology.ru

Хронический простатит характеризуется полиморфностью клинической картины, которая может включать боль, дизурический, астеновегетативный синдромы и др. Значительное влияние на качество жизни пациентов оказывают симптомы, связанные с нарушениями копулятивного цикла при хроническом простатите. Сексуальная дисфункция и отказ от половой жизни способны усугублять воспалительный процесс в предстательной железе и ухудшать течение основного заболевания. В исследование включены 60 пациентов с диагнозом «хронический бактериальный простатит» и осложняющими его течением сексуальными нарушениями. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы по 30 человек. В контрольной группе пациенты получали стандартную антибактериальную терапию; пациенты основной группы дополнительно получали растительный препарат простанорм. На момент окончания курса лечения в основной группе отмечен более высокий показатель МИЭФ-5, увеличение количества лецитиновых зерен в секрете простаты, а также снижение выраженности ирритативной симптоматики.

Ключевые слова: хронический простатит, сексуальная дисфункция, фитотерапия, простанорм

Введение. Хронический простатит — широко распространенное, трудноизлечимое заболевание, отношение к которому у врачей и их пациентов остается неоднозначным. К одним из факторов, определяющих трудность диагностики и лечения данного состояния, относится полиморфность клинической картины. Типичными проявлениями хронического простатита считаются боль в малом тазу, нарушения мочеиспускания, а также разнообразная астеновегетативная симптоматика [1, 2]. Немаловажное влияние на качество жизни пациентов с хроническим простатитом могут оказывать расстройства копулятивного цикла, а именно его эректильного и эякуляторного компонентов [3, 4].

Воспаление предстательной железы любого генеза может распространяться на соседние анатомические структуры, например на сосудисто-нервные пучки, проходящие в непосредственной близости от этого органа [1, 5]. Согласно классическим постулатам патологической физиологии, существует пять местных признаков воспаления: припухлость, покраснение, повышение температуры, боль и потеря функции [6]. Именно нарушение функции нервных волокон и кровеносных сосудов, направляющихся к половому члену, может стать пусковым моментом в развитии эректильной дисфункции [7, 8]. При психической астенизации пациента эректильную дисфункцию дополнительно усугубляет снижение либидо [5].

Нарушение иннервации гениталий приводит также к снижению порога эякуляторного рефлекса, что проявляется преждевременной эякуляцией. Этому способствует и поражение семявыбрасывающих протоков, анатомически расположенных в толще предстательной железы [9, 10]. Простата, семенные пузырьки и протоковая система непосредственно участвуют в акте эякуляции, поэтому воспалитель-

ные процессы, локализованные в простатовезикулярном комплексе, могут сопровождаться болью в промежности при семяизвержении и стертостью оргастических ощущений [3, 9, 11].

Хорошо известно, что нарушения эрекции и эякуляции усугубляют друг друга посредством таких психологических механизмов, как снижение либидо и формирование синдрома ожидания сексуальной неудачи [4]. Физиологической основой этого феномена может быть избыточная адренергическая (симпатическая) активность, снижающая порог эякуляторного рефлекса и неблагоприятным образом влияющая на эректильный рефлекс, который по своей природе является парасимпатическим [12].

Подобные копулятивные дисфункции могут провоцировать отказ от половой жизни, а в некоторых случаях — и от суррогатной половой активности. Это усугубляет гемодинамические нарушения в области малого таза и конгестию в ацинарно-протоковой системе предстательной железы [1]. Налицо формирование многоуровневого порочного круга в патофизиологии хронического простатита с ассоциированной эректильной и эякуляторной дисфункциями [4]. Данные патогенетические взаимоотношения могут быть отражены схематически (см. рисунок).

Практически все хронические заболевания имеют в своем патогенезе несколько взаимоусугубляющих факторов, что и определяет трудности в их лечении. Патогенетическая терапия позволяет надеяться на успех только в том случае, если терапевтические факторы направлены на прерывание причинно-следственных отношений, формирующих порочный круг [13, 14]. Не является исключением и хронический простатит. При простатите целесообразно применение препаратов, мишенью которых служит не только воспалительный процесс, но и сексуальная дисфункция [15–17].



Рис. Патогенез хронического простатита, осложненного сексуальной дисфункцией

К одним из подобных препаратов относится простанорм, в состав которого входят экстракты солодки, золотарника, эхинацеи и зверобоя [18, 19].

Глицирризин, содержащийся в солодке, обладает противовоспалительным и гепатопротективным эффектами, немаловажными в условиях длительной агрессивной фармакотерапии хронического простатита [20].

Эноксолон, также экстрагируемый из корней солодки, имеет широкий спектр антимикробной активности, в который входят не только бактериальные и протозойные возбудители, но и вирусы [20].

Кверцетин, входящий в состав экстракта золотарника канадского, может применяться при метаболическом синдроме, а также имеет доказанный эффект в лечении синдрома хронической тазовой боли [21].

Эхинакозид и другие фенольные соединения эхинацеи пурпурной обладают антимикробными и антиоксидантными свойствами; будучи биологическими стимуляторами, они способны опосредованно повышать общее самочувствие и либидо пациента [22].

Жирорастворимые алкиламида эхинацеи обладают тропностью к СВ2-разновидности каннабиноидных рецепторов, чем она и обязана своей репутации самого известного природного иммуномодулятора [22].

Содержащиеся в зверобое гиперфорин и гиперрицин помимо антибактериальных свойств имеют способность блокировать обратный захват серотонина в головном мозге, благодаря чему являются природными антидепрессантами, а также задерживают эякуляторный рефлекс и продлевают время полового акта [23].

Благодаря вышеперечисленным свойствам компонентов простанорма представляется целесообразным его включение в схему комбинированной терапии хронического простатита, осложненного сексуальной дисфункцией.

Целью исследования стала оценка эффективности препарата простанорм в составе комбинированной терапии хронического простатита и сопутствующей копулятивной дисфункции.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов с диагнозом «хронический бактериальный простатит», подтвержденным при помощи микроскопического и бактериологического анализа секрета предстательной железы. Для всех пациентов возбудителем простатита служила условно-патогенная бактериальная флора: *E. coli*, *E. faecalis*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* (табл. 1). Диагностически значимым титром микроорганизмов считали 10^3 (КОЕ/мл) [24, 25]. У некоторых пациентов в секрете простаты обнаруживалось несколько микроорганизмов в диагностически значимом титре. Определяли чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам. Возможные внутриклеточные возбудители (*Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*), а также протозойная (*Trichomonas vaginalis*) и вирусная (*Herpes simplex*) этиология простатита были исключены с помощью полимеразной цепной реакции.

В исследование включили пациентов с болью, локализованной в малом тазу, и эректильной дисфункцией, критерием которой служила сумма баллов менее 21 по системе Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5). Продолжительность сексуальных контактов, со слов пациентов, редко превышала

Т а б л и ц а 1
Частота выявления микроорганизмов при бактериологическом исследовании секрета предстательной железы

Возбудитель	1-я группа	2-я группа
<i>E. coli</i> (%)	22 (73,3)	20 (66,7)
<i>E. faecalis</i> (%)	8 (26,7)	11 (36,7)
<i>K. pneumoniae</i> (%)	3 (10,0)	2 (6,7)
<i>P. aeruginosa</i> (%)	–	1 (3,3)

Исходная характеристика групп пациентов

Показатель		Контрольная группа	Основная группа
Лейкоциты в секрете простаты, в поле зрения	Возраст, годы	36,7±1,9	37,2±2,1
	10–20	6 (20%)	6 (20%)
	20–30	8 (26,7%)	7 (23,3%)
	30–40	7 (23,3%)	7 (23,3%)
	40–50	7 (23,3%)	8 (26,7%)
Лецитиновые зерна в секрете простаты	>50	2 (6,7%)	2 (6,7%)
	+	28 (93,3%)	29 (96,7%)
	++	2 (6,7%)	1 (3,3%)
	+++	–	–
Выраженность боли по ВАШ, баллы	6,5±1,1	6,6±0,9	
Качество мочеиспускания по шкале I-PSS, баллы	сумма баллов	13,2±2,1	13,1±2,5
	обструктивные симптомы (вопросы 1, 3, 5, 6)	3,0±0,5	2,7±0,5
	ирритативные симптомы (вопросы 2, 4, 7)	10,2±1,1	10,5±1,2
Качество жизни (QoL), баллы	2,9±0,7	2,8±0,7	
Эректильная функция по МИЭФ-5, баллы	13,6±3,1	14,5±3,5	
Средняя продолжительность полового акта	<1 мин	<1 мин	

Примечание. Здесь и в табл. 3: + – небольшое количество, ++ – умеренное, +++ – большое.

1 мин, что соответствует определению преждевременной эякуляции, данному Международным обществом сексуальной медицины (ISSM).

Пациенты были разделены на две сопоставимые группы по 30 человек. В контрольной группе пациенты получали стандартную антибактериальную терапию. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов в качестве антибактериального препарата был выбран левофлоксацин (*per os*, 500 мг, 1 раз в сутки, 28 дней) [25]. При бактериологическом исследовании секрета простаты с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам резистентных к левофлоксацину возбудителей не выявлено. Для профилактики кандидомикоза 1 раз в неделю назначали флуконазол в дозе 150 мг. Пациентам основной группы в схему лечения был добавлен простанорм по 2 таблетки 3 раза в день, продолжительность курса – 1 мес.

Выраженность воспалительного процесса и конгестии в предстательной железе оценивали по количеству лейкоцитов и лецитиновых зерен, обнаруженных при микроскопии секрета простаты. Проводили контрольное бактериологическое исследование секрета предстательной железы. Интенсивность боли оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), качество мочеиспускания – по опроснику I-PSS, степень эректильной дисфункции – по опроснику МИЭФ-5. Со слов пациента оценивали также примерную продолжительность полового акта. На момент начала лечения группы были сопоставимы по возрасту и выраженности симптомов (табл. 2).

Оценку состояния проводили до лечения и на 30-й день после начала лечения.

Полученные показатели сравнивали с помощью статистического критерия Манна–Уитни и критерия согласия Пирсона.

Сравнительный анализ результатов лечения

Показатель		Контрольная группа	Основная группа	<i>p</i>
Лейкоциты в секрете простаты в поле зрения	≤10	24 (80%)	28 (93,3%)	>0,05
	>10	6 (20%)	2 (6,7%)	>0,05
Лецитиновые зерна в секрете простаты	+	1 (3,3%)	–	>0,05
	++	15 (50%)	1 (3,3%)	<0,05
	+++	14 (46,7%)	29 (96,7%)	<0,05
	Выраженность боли по ВАШ, баллы	3,1±0,8	1,9±0,3	>0,05
Качество мочеиспускания по шкале I-PSS, баллы	сумма баллов	7,9±1,8	4,8±2,0	<0,05
	обструктивные симптомы (вопросы 1, 3, 5, 6)	2,4±0,4	2,6±0,5	>0,05
	ирритативные симптомы (вопросы 2, 4, 7)	5,9±0,7	1,9±1,1	<0,05
Качество жизни (QoL), баллы	1,0±0,9	0,8±0,7	>0,05	
Эректильная функция по МИЭФ-5, баллы	21,2±2,5	24,3±1,5	<0,05	
Средняя продолжительность полового акта	2,2±1,0	2,8±1,4	>0,05	

Результаты. На момент контрольного обследования у 24 (80%) пациентов контрольной группы количество лейкоцитов в секрете простаты составило менее 10 в поле зрения при оптическом увеличении в 40 раз, что говорит о купировании воспалительного процесса (табл. 3). В основной группе подобные изменения были отмечены у 28 (93,3%) пациентов ($p > 0,05$). Можно предположить, что простанорм в составе комбинированной терапии повышает ее эффективность, однако статистическое подтверждение этого тезиса требует проведения исследования с большим числом пациентов. Контрольное бактериологическое исследование секрета предстательной железы всех 60 пациентов, включенных в исследование, дало отрицательный результат.

В результате лечения у 29 (96,7%) пациентов, принимавших простанорм, при микроскопии секрета предстательной железы обнаружено значительное количество лецитиновых зерен, которые покрывали все поле зрения. В контрольной группе такие изменения, свидетельствующие о полном восстановлении функции простаты, наблюдались только у 14 (46,7%) пациентов. Умеренное количество лецитиновых зерен, свидетельствующее лишь о частичном восстановлении ее функции, регистрировали у 15 (50%) пациентов контрольной группы и лишь у 1 (3,3%) — основной ($p < 0,05$).

Средний балл по ВАШ, характеризующий боль или дискомфорт в малом тазу, после окончания курса лечения составил 3,1 и 1,8 в контрольной и основной группах соответственно ($p > 0,05$).

Сумма баллов по анкете I-PSS после курса лечения составила в среднем 7,9 в контрольной группе против 4,8 в основной ($p < 0,05$). Следует отметить, что уменьшение суммарного балла I-PSS было обусловлено главным образом снижением интенсивности симптомов фазы накопления. Уменьшение выраженности ирритативной симптоматики было более выражено в группе пациентов, принимавших простанорм ($p < 0,05$). Обструктивная симптоматика, оцениваемая по вопросам 1, 3, 5 и 6 анкеты I-PSS, изначально вносила относительно небольшой вклад в клиническую картину хронического простатита у наших пациентов и на фоне лечения существенно не изменялась. Динамика индекса QoL свидетельствовала об улучшении качества жизни после лечения, при этом разницы между группами пациентов выявлено не было ($p > 0,05$).

Количество баллов по опроснику МИЭФ-5 в контрольной группе после стандартного курса лечения составило в среднем 21,2, в то время как при добавлении в терапевтическую схему простанорма — 24,3 ($p < 0,05$). Средняя продолжительность полового акта увеличилась в среднем до 2,2 и 2,8 мин в контрольной и основной группах соответственно, однако данное различие оказалось статистически незначимым ($p > 0,05$). Ни один из пациентов обеих групп по окончании лечения не предъявлял жалоб на боль при эякуляции.

Обсуждение. Как стандартная, так и дополненная простанормом схема лечения позволила эффективно купировать воспалительный процесс в предстательной железе. Однако устранение воспаления как такового не может считаться самостоятельной целью в лечении хронического простатита. Далеко не всег-

да оно приводит к восстановлению функции предстательной железы [3, 17, 26]. Иногда отсутствие воспалительных изменений в секрете простаты и вовсе обманчиво: оно может говорить о переходе инфекционно-воспалительного процесса в латентную фазу или о блокаде ацинарно-протоковой системы железы вязким секретом [1]. В группе пациентов, принимавших простанорм, чаще отмечалось увеличение количества лецитиновых зерен в секрете простаты, что говорит о восстановлении ее экзокринной функции и, следовательно, об истинном купировании воспаления.

Включение простанорма в курс лечения хронического простатита позволяет быстрее нормализовать уродинамические параметры и устранять ирритативную симптоматику, что подтверждают данные, полученные в ходе нашего исследования. Кроме того, благодаря противовоспалительным и анальгетическим свойствам компонентов простанорма большей части пациентов удалось окончательно избавиться от вялотекущего синдрома хронической тазовой боли.

Копулятивные дисфункции, ассоциированные с хроническим простатитом, успешно поддаются коррекции с помощью препарата простанорм. Его включение в схему терапии позволяет нормализовывать эректильную функцию и увеличивать продолжительность полового акта этой категории пациентов, что существенно сказывается на общей эффективности лечения.

Примитивное понимание хронического простатита как рядового «воспалительного заболевания» служит источником неисчислимых врачебных ошибок [7]. Только комплексная терапия с воздействием на все звенья его патогенеза, в том числе и на нарушения копулятивного цикла, может считаться эффективной [15–17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Lee K.S., Choi J.D. Chronic prostatitis: approaches for best management. *Korean J Urol.* 2012;53(2):69–77.
2. Глыбочко П.В., Чураков А.А., Попков В.М. и др. Хронический инфекционный простатит. Материалы VI Российского конгресса «Мужское здоровье». 2010. С. 24–35.
3. Wagenlehner F., Pilatz A., Linn T. et al. Prostatitis and andrological implications. *Minerva Urol Nefrol.* 2013;65(2):117–123.
4. Рудницкий Р.И. Хронический простатит как причина нарушения сексуального здоровья супругов. *Международный медицинский журнал.* 2005;2:57–59.
5. Trinchieri A., Magri V., Cariani L. et al. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Arch Ital Urol Androl.* 2007;79(2):67–70.
6. Висмонт Ф.И. Воспаление (патофизиологические аспекты): уч. метод. пособие. Мн.: БГМУ, 2006. 48 с.
7. Акопян А.С., Корякин М.В. Биомедицинские и психосоциальные аспекты эректильной дисфункции. *Лечащий Врач.* 2007;4:44–46.
8. Shoskes DA. The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep.* 2012;13(4):263–267.
9. Gao J., Xu C., Liang C. Relationships Between Intravaginal Ejaculatory Latency Time and National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index in the Four Types of Premature Ejaculation Syndromes: A Large Observational Study in China. *J Sex Med.* 2014 Oct 13.
10. Tang D., Zhang X., Hao Z. et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms in outpatients with four premature ejaculation syndromes:

- a study in 438 men complaining of ejaculating prematurely. *Int J Clin Exp Med*. 2014;7(7):1829–1836.
11. *Sönmez N.C., Kiremit M.C., Güney S. et al.* Sexual dysfunction in type III chronic prostatitis (CP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) observed in Turkish patients. *Int Urol Nephrol*. 2011;43(2):309–314.
 12. *Courtois F., Carrier S., Charvier K. et al.* The control of male sexual responses. *Curr Pharm Des*. 2013;19(24):4341–4356.
 13. *Celik O., Ipekci T., Akarken I. et al.* To evaluate the etiology of erectile dysfunction: What should we know currently? *Arch Ital Urol Androl*. 2014;86(3):197–201.
 14. Патофизиология : учебник : в 2 т. / Под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. ГЭОТАР-Медиа, 2009;1:848.
 15. *Snow D.C., Shoskes D.A.* Pharmacotherapy of prostatitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(14):2319–2330.
 16. *Suh L.K., Lowe F.C.* Alternative therapies for the treatment of chronic prostatitis. *Curr Urol Rep*. 2011;12(4):284–287.
 17. *Herati A.S., Moldwin R.M.* Alternative therapies in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol*. 2013;31(4):761–766.
 18. *Белобородов В.Л., Захарова Н.Г., Савватеев А.М. и др.* Разделение и идентификация компонентов комплексного фитопрепарата простанорм методом ВЭЖХ. *Химико-фармацевтический журнал*. 2011;45(9):33–36.
 19. *Ситдыкова М.Э., Перчаткин В.А.* Опыт применения препарата простанорм в лечении больных хроническим простатитом. *Казанский медицинский журнал*. 2002;83(4).
 20. *LeMay P.H.* Prostatitis and Licorice. *Can J Urol*. 1999;6(5):878.
 21. *Shoskes D.A., Nickel J.C.* Quercetin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol Clin North Am*. 2011;38(3):279–284.
 22. *Dapas B., Dall'Acqua S., Bulla R. et al.* Immunomodulation mediated by a herbal syrup containing a standardized Echinacea root extract: A pilot study in healthy human subjects on cytokine gene expression. *Phytomedicine*. 2014.
 23. *Capasso R., Borrelli F., Montanaro V. et al.* Effects of the antidepressant St. John's wort (*Hypericum perforatum*) on rat and human vas deferens contractility. *J Urol*. 2005;173(6):2194–2197.
 24. *Ahuja S.K.* Chronic bacterial prostatitis workup. *Medscape*. 2013. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/458391-workup> (дата обращения: 09.06.2014).
 25. *Grabe M., Bartoletti R., Bjerklund-Johansen T.E. et al.* Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2014;69–70.
 26. *Crofts M., Mead K., Persad R. et al.* How to manage the chronic pelvic pain syndrome in men presenting to sexual health services. *Sex Transm Infect*. 2014;90(5):370–373.

Поступила 20.10.14

COMBINATION THERAPY OF PROSTATITIS-ASSOCIATED COPULATIVE DYSFUNCTION

B.I. Blumberg¹, T.V. Shatylko¹, S.A. Tverdokhle¹, R.N. Fomkin¹, I.V. Voskoboynikova²

¹Department of Urology (Head of the Department – V.M. Popkov, MD) SBEI HPE «Saratov State Medical University n.a V.I. Razumovsky» of RMPH, Department of Reconstructive Urology (Head – A.N. Ponukalin, PhD in Medical Sciences) of the SRI of Fundamental and Clinical Urology; ²ZAO «FPK PharmVILAR»

Corresponding author: T.V. Shatylko –
e-mail: shatylko@sar-urology.ru

Chronic prostatitis is characterized by clinical polymorphism, that may include pain, dysuria, asthenovegetative syndrome, and others. Symptoms associated with impaired copulatory cycle in chronic prostatitis have a significant impact on the quality of life of patient. Sexual dysfunction and sexuality cessation can exacerbate the inflammation of the prostate gland and worsen the underlying disease. The study included 60 patients diagnosed with chronic bacterial prostatitis, complicated by sexual disorders. Patients were divided into two comparable groups of 30 persons. Control group of patients received standard antibacterial therapy; study group of patients in addition received phytodrug prostanorm. At the end of treatment, higher IIEF-5 scores, increasing number of lecithin granules in the prostate secretion, as well as reducing the severity of irritative symptoms were registered in the study group.

Key words: *chronic prostatitis, sexual dysfunction, phytotherapy, prostanorm*