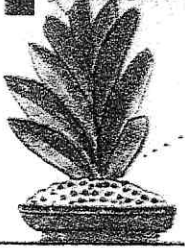
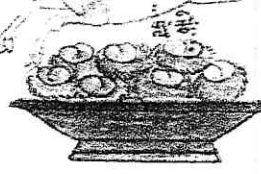


# ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1  
2003

№ 1

# ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

2003

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Российский научный центр  
восстановительной медицины  
и курортологии МЗ РФ

Издательство  
медицинской литературы  
"ЗНАНИЕ-М", г. МОСКВА

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

*Главный редактор*

профессор Агасаров Л.Г.

*Председатель:*

член – корр. РАМН, профессор Разумов А.Н.

*Члены редакционной коллегии:*

профессор Авакян Г.Н.

профессор Иваничев Г.А.

профессор Ильенко Л.И.

профессор Карпухин И.В.

профессор Олесова В.Н.

профессор Радзиевский С.А.

профессор Степанченко А.В.

*Члены редакционного совета*

профессор Марьяновский А.А.

профессор Самосюк И.З.

профессор Серебряков С.Н.

профессор Турова Е.А.

профессор Шумахер Г.И.

*Ответственный секретарь*

Ушаков А.В.

Главный редактор издательства  
«Знание-М» Ушаков В.Н.

Адрес редакции:

г.Москва, Петровский бульвар, д.8,

тел. (095) 200-53-27, факс (095) 209-68-58.

E-mail: [znanie-m@mtu-net.ru](mailto:znanie-m@mtu-net.ru)

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАНОРМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

И.В.Карпухин, А.А.Ли, В.К.Колхир

РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ

Хронический простатит представляет собой воспалительное заболевание предстательной железы, обусловленное инфекцией, конгестией, аллергией и др., с длительным рецидивирующим клиническим течением с периодами обострений, ремиссии и сопутствующими многообразными функциональными нарушениями половых органов.

Хронический простатит наблюдается у 35 - 40 % мужчин в возрасте 20 - 50 лет [7, 9].

Число мужчин с копулятивной дисфункцией увеличивается с 7% в возрасте 20 - 30 лет до 57% к 70 - 79 годам [2]. Как правило, у 60 - 80% мужчин половые расстройства в виде снижения либидо, нарушения эрекции, эякуляции, дисоргазмии возникают вследствие соматических заболеваний (хронический простатит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, поражение сосудистой системы полового члена, кавернозной ткани и др.) [1, 5, 6, 7, 8]. При этом нарушение эрекции наблюдается у 95%, ускоренная эякуляция — у 40% и отсутствие либидо — у 5% из обратившихся больных с копулятивной дисфункцией за медицинской помощью [8].

Для лучшей ориентировки в этиологии, патогенезе и клиническом течении заболевания мы приводим классификацию хронического простатита, разработанную И.В.Карпухиным и А.А.Ли [3].

## КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

### I. По этиологии

1. Инфекционный
  - А) неспецифический
  - В) специфический
2. Неинфекционный (конгестивный)
3. Смешанный

### II. По патогенезу

1. Гематогенный
2. Уретрогенный
3. Каналикулярный
4. Калькулезный
5. Аутоиммунный
6. Эндокринный

### III. По клиническому течению

1. Фаза активного воспаления
2. Фаза латентного воспаления
3. Фаза ремиссии

### IV. По патоморфологическому признаку

1. Катаральный
2. Фолликулярный
3. Паренхиматозный
4. Дистрофический
5. Атрофический
6. Фиброзно-кистозный
7. Склероз предстательной железы
8. Гранулематозный

К хроническим неспецифическим простатитам отнесены все случаи простатитов, вызванные кишечными палочками, энтерококками, синегнойными палочками, стафилококками, стрептококками и др.

К хроническим специфическим простатитам отнесены простатиты гонорейной, хламидийной, уреамикоплазменной, трихомонадной, вирусной, амёбной и другой этиологии.

Неинфекционным является конгестивный (застойный) простатит.

К причинным факторам, приводящим к конгестии с последующим нарушением микроциркуляции, венозного оттока из тазовых органов и соответственно развитием стаза секрета в предстательной железе относятся частые прерванные

и пролонгированные половые акты, половая дизритмия, длительное воздержание, варикоцеле, флебит геморроидальных вен и др.

Смешанный простатит возникает при присоединении инфекции к неинфекционному простатиту.

Аллергические простатиты возникают у больных с повышенной аллергической реакцией к живым возбудителям (бактериям, простейшим), их токсинам, оральным (пищевые белки, медикаменты и др.), местным аллергенам (дезинфекционные, противозачаточные средства, смягчающие презервативы вещества) и др.

Хронический простатит также наблюдается у больных, страдающих эндокринной патологией (гиперэстрогемия, сахарный диабет), из-за вторичной атонии выводящих протоков предстательной железы и создания условий, способствующих застою секрета в простате и развитию инфекции.

При хроническом простатите аутоиммунной этиологии у больных наблюдаются относительное преобладание В-лимфоцитов над Т-лимфоцитами, увеличение содержания Т-хелперов и угнетение Т-супрессоров в крови и секрете предстательной железы [5].

Половые дисфункции регулируются различными нейрогуморальными факторами под контролем лобных долей коры головного мозга. Важное значение в их деятельности играет периферическая анимальная и вегетативная (автономная) нервная система, через которую осуществляется связь спинальных центров с нейрорецепторами. Повреждение тазового, подчревного, полового нервов и их спинальных центров, расположенных в торако-поясничных ( $Th_{12}-L_2$ ) и крестцовых ( $S_{1-4}$ ) сегментах спинного мозга, приводит к нарушению не только эрекции, эякуляции, но и к расстройствам функции других органов таза.

Развитию нейрорецепторной формы копулятивной дисфункции способствуют заболевания предстательной железы (хронические неспецифические и специфические простатиты, доброкачественная гиперплазия предстательной железы), семенного бугорка (хронические колликулиты), а также атония простаты.

Клинические проявления различных форм копулятивной дисфункции у мужчин (снижение либидо, эректильная дисфункция, эякуляторная дисфункция, дисоргазмия, сочетанные половые дисфункции) зависят от степени нарушения функ-

ционального состояния или органического поражения центральной и периферической (анимальной) нервной системы, вегетативной (автономной) нервной системы, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, внутренних органов, нервно-сосудистой системы полового члена, яичек, эрогенных зон и др.

Поражение многих органов и систем организма, составляющих основу различных форм копулятивной дисфункции у мужчин и клинически проявляющихся определенными субъективными и объективными признаками половых расстройств, может иметь функциональную или органическую природу. При этом тяжесть поражения соматических органов, эндокринных желез и др. зависит от степени нарушения их функционального состояния и глубины поражения различными патологическими процессами.

Внешние и внутренние раздражители (гормоны), воздействуя на кору головного мозга, вызывают возбуждение ее центров, которое через ретикулярную формацию ствола головного мозга передается на периферические центры эрекции и эякуляции ( $S_2-S_3$  сегменты спинного мозга), и далее на двигательные нервы, вызывая сокращение мышц промежности, что приводит к возникновению эрекции. С другой стороны, импульсация из периферических центров эрекции и эякуляции передается на симпатические и парасимпатические нервные сплетения, что способствует расширению сосудов полового члена и соответственно его пещеристых тел. Расширение сосудов полового члена приводит к высвобождению из эндотелия сосудистой стенки фермента 5-фосфатоксидастеразы (5-ФОЭ), которая, блокируя выделение окиси азота, вызывает дальнейшее расширение сосудов полового члена и пещеристых тел, что приводит к увеличению артериального притока крови к половому члену и возникновению эрекции [4, 5].

Клиническое течение хронического простатита характеризуется выраженными болями, дизурическими симптомами и признаками копулятивных дисфункций. Поэтому дальнейшая разработка эффективного метода лечения больных хроническим простатитом остается одной из актуальных проблем в современной андрологии.

В этой связи определенный интерес представляет изучение нового фитопрепарата Проста-Норма (с простатотропным свойством, обладающего умеренной андрогенной активностью,

противовоспалительным, анальгезирующим, бактериостатическим и улучшающим микроциркуляцию тканей предстательной железы действием.

ПростаНорм представляет собой жидкий водно-спиртовой экстракт из смеси лекарственного растительного сырья — травы зверобоя, травы золотарника канадского, корня солодки, корневищ с корнями эхинацеи пурпурной.

Действующей основой препарата являются экстрактивные вещества, извлекаемые 50% спиртом из смеси растений и содержащие три-терпеновые соединения, эфирное масло, флавоноиды, аскорбиновая, никотиновая кислоты, фенольные соединения и другие биологически активные вещества.

ПростаНорм является разрешенным к медицинскому применению в практическом здравоохранении препаратом (приказ Минздрава РФ №280 от 14.07.99).

В урологической клинике РНЦВМ и К проведено лечение 22 больных хроническим неспецифическим абактериальным простатитом в фазе латентного воспаления. В основном, в эту группу включены больные хроническим простатитом конгестивного характера.

Больным (22) основной группы последовательно проводили лечение сначала путем приема внутрь ПростаНорма по 1/2 чайной ложки, разведенной в 1/4 стакана прокипяченной прохладной воды 3 раза в день за 30 мин до еды, а затем с 19-го дня приема препарата и до конца месяца дополнительно назначали трансректальной пальцевой массаж железы и ректальные вливания масляной смеси, состоящей из 10 мл облепихового масла и 10 мл вазелинового масла, на курс лечения 10-12 процедур, ежедневно.

Больные (10) контрольной группы получали только трансректальный пальцевой массаж предстательной железы и ректальные заливки масляной смеси в вышеуказанной дозировке.

Возраст больных варьировал от 30 до 65 лет. При этом больных в возрасте до 40 лет было 3, от 41 до 50 лет — 10 и от 51 до 65 лет — 9. Длительность заболевания составила от 3 до 10 лет.

Больные основной группы до лечения жаловались на вялость струи мочи (20 больных), учащенное мочеиспускание (20), ночную поллакиурию (18), а также на боли над лоном, в промежности, мошонке и уретре (20). Некоторые больные также предъявляли жалобу на вялую эрекцию (18), преждевременную и болезненную эякуляцию (19).

В анализе секрета простаты количество лейкоцитов колебалось в пределах 20-25 в п/зр, в посевах его в 3 случаях выявлялись эпидермальные стафилококки в количестве 102 -103.

После проведенного комплексного лечения в основной группе снижение частоты мочеиспускания отмечалось у 15 (68,2%), улучшение струи мочи — у 17 (77,3%) и урежение ночного мочеиспускания у 19 (86,4%) больных, а также уменьшение болевого синдрома — у 16 (72,7%) и повышение эректильной функции — у 14 (63,6%) больных.

По данным урофлоуметрии, после лечения максимальная скорость мочеиспускания у 15 (68,2%) больных увеличилась с  $13,2 \pm 1,0$  до  $15,6 \pm 1,1$  мл/с ( $P < 0,05$ ).

После лечения в анализе секрета простаты у 19 (86,4%) количество лейкоцитов варьировало в пределах  $8,0 \pm 1,8$  в поле зрения, а в посевах секрета простаты рост микрофлоры в питательных средах не было выявлено. По данным УЗДГ, после лечения линейная скорость артериальной ии увеличилась с  $4,3 \pm 0,2$  см/с до  $5,8 \pm 0,4$  см/с ( $P < 0,05$ ) у 14 больных.

В основной группе после проведения комплексного лечения ПростаНорм (+ массаж предстательной железы + ректальные заливки масляной смеси) эффективность лечения составила 68,2%.

В процессе лечения у больных хроническим простатитом ПростаНормом (аллергических реакций, других побочных реакций и обострений сопутствующих заболеваний не наблюдались.

В контрольной группе, где были применены массаж предстательной железы и ректальные заливки масляной смеси, эффективность лечения составила 52,3%.

Таким образом, проведенное нами изучение клинического применения ПростаНорма в комплексном лечении больных хроническим неспецифическим абактериальным простатитом в фазе латентного воспаления установило его положительное действие, повышающее качество жизни. При этом препарат способен улучшить копулятивную функцию и ликвидировать динамический компонент симптоматики при указанной патологии.

Эффективность применения ПростаНорма в комплексном лечении больных хроническим простатитом достаточно высокая и составляет 68,2%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение). Пер. с англ. - М.: Медицина, 1985. - 240 с.
2. Импотенция (интегрированный подход к клинической практике./Под ред. А.Грегуара, Дж.П.Прайора. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2000. - 240 с.
3. Карпухин И.В., Ли А.А. К вопросу о классификации хронического простатита // Вопр. курорт. - 2002. - №3. - С.44 - 45.
4. Карпухин И.В., Ли А.А. К вопросу о классификации копулятивной дисфункции у мужчин // Вопр. курорт. - 2002. - №4. - С.46 - 49.
5. Карпухин И.В., Миненков А.А., Ли А.А. и др. Физиотерапия в андрологии. - М.: Галлея-Принт, 2000. - С.153-184.
6. Руководство по андрологии / Под ред. О.Л.Тиктинского. - Л.: Медицина, 1990. - С.219-222.
7. Руководство по урологии / Под ред. Н.А.Лопаткина. - М.: Медицина, 1998. - т.2. - С.393-439.
8. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. - СПб: Медиа Пресс, 1999. - С.274-298.
9. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин. - Л.: Медицина, 1985. - 296 с.