

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,  
№ 3, 2018  
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року  
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ  
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро  
2018



## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

*Головний редактор*

**С.О. Возіанов**

*Заступник головного редактора*

**В.П. Стусь**

*Відповідальний секретар*

**М.Ю. Поліон**

*Члени редколегії:*

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,  
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,  
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,  
В.Ф. Петербургський,  
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,  
Н.О. Сайдакова**

*Редакційна рада:*

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)  
В.І. Бачурін (Запоріжжя)  
Анджей Боровка (Варшава, Польща)  
О.В. Говоров (Москва, Росія)  
В.М. Григоренко (Київ)  
Ю.М. Гурженко (Київ)  
В.С. Дзюрак (Київ)  
В.І. Зайцев (Чернівці)  
М.О. Колесник (Київ)  
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)  
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)  
О.Г. Резніков (Київ)  
В.С. Сакало (Київ)  
Л.П. Саричев (Полтава)  
Е.О. Стаховський (Київ)  
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)  
М.І. Ухаль (Одеса)  
Петр Хлоста (Краків, Польща)  
В.В. Черненко (Київ)  
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:  
вул. Вернадського, 9, к. 52  
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:  
+38 (0562) 46-30-93  
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua  
e-mail: urologyjournal@yahoo.com  
polion@bigmir.net**

*Засновники:*

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

*Реєстраційне свідоцтво:*  
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України  
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»  
включено до переліку видань,  
в яких можуть публікуватися  
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних  
наукометричних базах даних:  
РІНЦ (Russian Science Citation Index),  
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.  
Затверджено на засіданні Вченої ради  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»  
20.09.2018 р. (протокол № 1)  
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

**Передплатний індекс 48350**

*Передруковувати матеріали  
із журналу «Урологія»  
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»  
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081  
тел. (056) 794-61-04(05)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

— влияет на метаболизм холестерина (холестерин является исходным веществом для синтеза всех стероидов — мужских и женских).

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* при олигозооспермии улучшает подвижность, количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона крови и ЛГ при уменьшении ФСГ, улучшает сексуальную функцию.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 450 мг 2 р/д 3 мес.) улучшает эрекцию, эякуляцию и качество сексуальной жизни у пациентов с умеренной эректильной дисфункцией, в том числе и с умеренной артериальной эректильной дисфункцией.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 400 мг 2 р/д 2 мес.) доказано повышает либидо, улучшает сексуальную функцию у мужчин пожилого возраста.

Основными критериями эффективности проводимой терапии были качественные показатели эякулята и состояния предстательной железы.

В отсутствие трофической поддержки замедляется восстановление структуры и функ-

ции простаты, что проявляется малой подвижностью сперматозоидов, отсутствием увеличения фракции живых клеток и в конечном итоге является негативным фактором прогноза фертильности.

У всех пациентов с тазовой конгестией, имевших патоспермию и высокую степень риска субфертильности до начала лечения, после комплекса лечебных мероприятий наблюдалось улучшение состояния сперматогенеза и качества спермы, что демонстрирует необходимость проведения данного курса терапии у этих пациентов в до- и послеоперационном периоде. При недиагностированном сочетанном варикозном процессе в мошонке и малом тазу повышается риск репродуктивных нарушений в будущем вследствие развития дистрофических процессов в предстательной железе. В связи с этим диагностический алгоритм у пациентов с варикоцеле обязательно должен предусматривать проведение УЗИ почек, надпочечников, мочевыводящих путей, органов мошонки и предстательной железы, совместно с доплерографией вен гроздевидного и простатического сплетений, результаты которых будут определять дальнейшую лечебную тактику.

## РОЛЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРОСТАПЛАНТА ФОРТЕ И ПРОСТАМЕДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ДИЗУРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Е.А. Квятковский<sup>3</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>,  
В.В. Коштура<sup>4</sup>, В.Н. Корягин<sup>5</sup>, Е.П. Украинец<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «ДМА МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

<sup>4</sup> КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

<sup>5</sup> КУ «Днепропетровская ГП № 4»

<sup>6</sup> КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Хронический простатит (ХП) поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее сексуально активных, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций.

В настоящее время ХП рассматривается большинством специалистов, как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нару-

шений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы.

По данным различных авторов от 10 до 80% мужчин старше 18–20 лет страдает этим заболеванием.

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов

развития ХП (абактериального и бактериального). На долю абактериального простатита по литературным данным приходится около 80–90% всех случаев заболевания.

Ключевым звеном в патогенезе бактериального простатита является интрапростатический рефлюкс мочи, который встречается в 70% изученных случаев (Kirby, 1982).

В патогенезе абактериального простатита интрапростатический рефлюкс также играет важную роль.

Исследования предстательной железы показали целесообразность ее деления с учетом особенностей строения протоков, стромы и эпителия на центральную зону, расположенную краиниально, и периферическую, расположенную каудально. Протоки ацинусов центральной зоны впадают в уретру почти параллельно потоку мочи, а периферической – под прямым или острым углом. Это обстоятельство, по-видимому, определяет развитие воспалительного процесса преимущественно в периферической зоне простаты.

При ХП нарушается барьерная функция простаты (снижается содержание в ней цинка и лизоцима), страдают все звенья иммунитета. Было выявлено снижение активности ферментов антиоксидантной системы в секрете предстательной железы, повышение уровня интерлейкина.

Крайне важным в патогенезе воспалительного процесса в предстательной железе является повышение тонуса гладких мышц за счет увеличения активности  $\alpha_1$ -адренорецепторов. Основная роль в образовании турбулентного тока мочи отводится именно гипертонусу гладкой мускулатуры предстательной железы и задней уретры. Турбулентное течение мочи обуславливает интрапростатический рефлюкс и микробы попадают из уретры по протокам в предстательную железу, вызывая там воспаление. В результате этого в предстательной железе происходит повышение внутрипростатического давления. Увеличение давления в протоках приводит к нарушению дренирования, застою секрета и ее отеку, что, в свою очередь, приводит к активации арахидоновой кислоты.

Все вышеописанные процессы ведут к ишемии, а, с другой стороны, сама ишемия ткани предстательной железы в еще большей степени усугубляет воспаление в ней. Увеличение активности  $\alpha_1$ -адренорецепторов приводит к нарушению дренирования, застою и отеку простаты и нарастанию ишемии ввиду спазма сосудов, а воспалительный процесс, в свою очередь, приводит к активации  $\alpha_1$ -адренорецепторов, замыкая порочный круг, в котором тесно переплетены при-

чинно-следственные связи. Все это приводит к выраженному болевому синдрому и дизурическим расстройствам.

Последние исследования в области иммуногистологии и проточной цистометрии убедительно демонстрируют, что при ДГПЖ более чем в 95% наблюдений развивается хронический воспалительный процесс, характеризующийся инфильтрацией лимфоцитов и макрофагов в очаге воспаления. Прежде всего, это экссудативные (острые) формы воспаления, характеризующиеся интерстициальной или интраканаликулярной локализацией. Продуктивные формы воспаления при ДГПЖ чаще всего встречаются в виде интерстициального процесса, а воспалительный инфильтрат локализуется либо в строме органа, либо периацинарно. В ответ на воспаление происходит высвобождение цитокинов и активация иммунной системы вызывающих секрецию некоторых факторов роста, что лишний раз демонстрирует недавно установленную взаимосвязь между ДГПЖ и ХП. Высвобождение мембранных фосфолипидов на фоне воспаления усиливается аддитивным эффектом пролактина. Происходит активация каскада арахидоновой кислоты и усиление выработки его конечных продуктов – простагландинов и лейкотриенов, являющихся мощными медиаторами воспаления. Последовательные звенья этого метаболического каскада регулируются ферментами фосфолипазой A<sub>2</sub>, липоксигеназой (лейкотриеновый, или липоксигеназный путь) и циклооксигеназой (простагландинный путь или циклооксигеназный путь). Как известно, препараты, ингибирующие 5 $\alpha$ -редуктазу (Простаплант Форте, Простаплант, Простамол, Финастерид, Пермиксон, Пенестер) наряду с антипролиферативным действием обладают и противовоспалительным действием, влияя на различные показатели воспаления предстательной железы, что подтверждает их клиническую эффективность в лечении хронического воспалительного процесса при ДГПЖ и ХП.

В своей повседневной практике с 1998 года для лечения пациентов с ХП мы применяем Простаплант производства фирмы «Dr. Willmar Schwabe Pharmaceuticals». А с 2005 года – препарат Простаплант Форте этой же фирмы.

По данным лабораторного исследования Простаплант Форте оказывает ингибирующее влияние на 5 $\alpha$ -редуктазу 1-го и 2-го типов. Он препятствует превращению тестостерона в дигидротестостерон, в андростандион и в андростендиол. Следовательно, Простаплант Форте подавляет как 5 $\alpha$ -редуктазу, так и 17-гидроксистероид-дигидрогеназу.

Простаплант Форте, в отличие от Финастерида, по-другому действует на гормональный метаболизм, чем и объясняются их отличительные свойства.

Простаплант Форте обладает отчетливой противоотечной и противовоспалительной активностью. А из-за присутствия в составе экстракта крапивы также способствует улучшению сексуальной активности.

Противовоспалительные механизмы Простапланта Форте разнообразны, и складываются из его влияния на проницаемость капилляров, что способствует выведению продуктов воспаления, снимает сосудистый застой, восстанавливается микроциркуляция, а в сочетании с приемом антибиотиков быстро регрессирует воспалительный процесс в предстательной железе. Вслед за ликвидацией воспаления уменьшается отек и размеры предстательной железы, что в конечном итоге приводит к ликвидации мучительных расстройств уродинамики.

Эффективность фитопрепаратов при ХП обусловлена присутствием в них фитостеролов. Механизм действия фитостеролов совпадает с механизмом действия фитопростатопротекторов: ингибирование синтеза простагландинов в ПЖ; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половые гормоны; цитотоксическое влияние на клетки ПЖ; блокирующее действие на андрогеновые рецепторы; ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста; блокада  $5\alpha$ -редуктазы. Поэтому среди растительных средств важно выбрать препарат с максимальным количеством механизмов действия на патогенез ХП. Таковым является многокомпонентный фитопрепарат Простамед. Действие Простамеда многопланово. В состав препарата Простамед входит 200 мг экстракта семян лечебного сорта тыквы (в котором в 5,4 раза больше фитостеролов), 100 мг тыквенного глобулина, 2,6 мг сухого экстракта золотарника, 6,3 мг сухого экстракта листьев осины.

Тыква (*Cucurbita pepo* var. *styriaca*) в своем составе содержит следующие действующие вещества: фитостерол,  $\beta$ - и  $\gamma$ -токоферол, сквален,  $\beta$ -каротин, лютеин, Zn, Mn, Cu, Se, глутамин, аргинин, валин и лейцин. Они обладают антипролиферативным, иммуностимулирующим (выработка агглютиногенов) действием. Листья осины (*Populus tremula*) содержат такие действующие вещества: фенольные гликозиды (салицин, популин, салипопулин), флавоноиды (кверцетин, апигенин). Их фармакологические свойства: антиэкссудативное, противовоспалительное, мочегон-

ное действие, повышают тонус детрузора, уменьшают гиперестезию мочевого пузыря. Золотарник канадский (*Solidago canadensis*) содержит следующие действующие вещества: сапонины, флавоноиды, дитерпены, фенольные соединения. Их влияние на организм человека: антиэкссудативное, противовоспалительное, мочегонное, повышает тонус детрузора, уменьшает гиперестезию мочевого пузыря. В совокупности Простамед оказывает на организм мужчины при ХП следующие действия:

- Антипролиферативное.
- Иммуномодулирующее.
- Антиэкссудативное.
- Болеутоляющее.
- Противовоспалительное.
- Мочегонное.
- Антимикробное.
- Повышает тонус детрузора.
- Уменьшает гиперестезию мочевого

пузыря.

Нами проведена оценка эффективности приема Простапланта Форте и Простамеда у 175 пациентов с ХП. Возраст пациентов – от 20 до 48 лет. Средняя продолжительность заболевания – 4,5 года.

Простаплант Форте пациенты принимали по 1 капсуле 2 раза в сутки (утром и вечером). Длительность приема – 6 месяцев. После перорального приема препарат практически полностью всасывается в кишечнике. Биодоступность его составляет 98–99%. Переносимость препарата хорошая. Единичные пациенты отмечали незначительную головную боль, головокружение, которые самостоятельно исчезали после нескольких дней приема препарата.

Эффективность лечения оценивали через 30, 60, 90, 120 и 180 дней. К 30-му дню от начала лечения практически у всех больных исчезал болевой синдром, дизурические расстройства, улучшались показатели эрекции.

Назначение Простапланта Форте и Простамеда позволяло ликвидировать функциональный компонент патологического процесса: функциональную обструкцию шейки мочевого пузыря, положительно влиять на процессы нестабильности детрузора и псевдодиссенергии соответствующих сфинктеров. Значительно уменьшался риск возникновения уретропростатических рефлюксов, а если они существовали, то уменьшалась их степень. Препараты влияли на асептические процессы в предстательной железе, что обусловлено их противоотечным и противовоспалительным действием, улучшались трофические процессы в ткани, что положительно

влияло на течение патоморфологических процессов в простате.

#### **Выводы**

1. Назначение Простапланта Форте и Простамеда в комплексном лечении ХП обосновано патогенетически.

2. Применение Простапланта Форте и Простамеда в данной группе пациентов приводит к:

- полноценному раскрытию шейки мочевого пузыря;
- уменьшению степени турбулентности потока мочи в простатическом отделе уретры;
- восстановлению координированной функции детрузора и сфинктерного аппарата мочевого пузыря.

3. При наличии бактериального простатита пациентам необходимо проводить комплексную противовоспалительную терапию в сочетании с приемом Простапланта Форте и Простамеда.

4. При наличии абактериального воспаления в простате прием Простапланта Форте и Простамеда является основным действующим началом.

5. Применение Простапланта Форте и Простамеда в комплексной терапии ХП позволяет добиться положительного результата лечения и достичь стойкого клинического эффекта у пациентов, повышением качества их жизни, улучшением секрета предстательной железы, улучшением кровообращения в простате, эректильной функции, качества мочеиспускания, фертильности.

## **РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Е.А. Квятковский<sup>3</sup>, В.В. Коштура<sup>4</sup>,  
В.Н. Корягин<sup>5</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>, Е.П. Украинец<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «ДМА МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

<sup>4</sup> КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

<sup>5</sup> КУ «Днепропетровская ГП № 4»

<sup>6</sup> КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и хронический простатит (ХП) являются одними из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин. В крупном эпидемиологическом исследовании ни у одного мужчины моложе 30 лет не найдено признаков ДГПЖ; среди мужчин в возрасте 31–40 лет ДГПЖ диагностирована у 8%, в возрасте 50–60 лет – у каждого второго. В 2015 г. в США было зарегистрировано 38,1 млн. больных ДГПЖ, из них 12,2 млн. получали лечение по поводу ДГПЖ с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП). В их числе 54,8% пациентов лечились медикаментозно, 35% – пребывали в состоянии выжидательного наблюдения, 9,1% – после курса консервативного лечения перешли в режим наблюдения и 1,1% – были оперированы.

С появлением на рынке  $\alpha$ 1-адреноблокаторов частота хирургических пособий по поводу ДГПЖ резко пошла вниз, однако после нескольких лет эйфории и оценки отдаленных резуль-

татов наступило некоторое разочарование, поскольку у многих пациентов монотерапия препаратами этой группы не давала желаемого эффекта. Наступила эра комбинированной терапии:  $\alpha$ 1-адреноблокаторы сочетали с ингибиторами 5- $\alpha$ -редуктазы и М-холинолитиками. Однако и после такого лечения оставался большой процент неудовлетворительных результатов.

Известно, что применение  $\alpha$ 1-адреноблокаторов и ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы у больных ДГПЖ высокоэффективно, но часто вызывает развитие сексуальной дисфункции, существенно понижающей качество жизни мужчины фертильного возраста.

Сегодня нередко возникает вопрос об обоснованности применения в лечении ДГПЖ у пациентов фертильного возраста сочетание  $\alpha$ 1-адреноблокаторов и ингибиторов 5- $\alpha$ -редуктазы растительного происхождения. Различные лекарственные растения применяли в лечении больных ХП и ДГПЖ, но наилучшие результаты показали экстракты вееролистной пальмы *Serenoa*