

УДК 616.62-003.7:616.69-008.1:616.03

© Коллектив авторов, 2013.

## УРОСТОН В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**П.М. Клименко, Е.В. Соболева, С.Э. Шимкус, В.А. Чабанов, Н.П. Клименко**

*Университетская клиника КГМУ, курс урологии (зав. курсом – проф. П.М. Клименко, Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И.Георгиевского», г. Симферополь.*

### THE USE OF UROSTON FOR TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION COMBINED WITH URINARY STONE DISEASE

**P.M. Klymenko, I.V. Soboleva, S.E. Shimkus, V.A. Chabanov, N.P. Klimentko**

#### SUMMARY

34 patients with renal concrements sized 5 to 12 mm in combination with LUTS and moderately expressed copulative dysfunction took part in the research. 20 patients (the main group) were taking Uroston with one tablet 3 times a day, the rest 14 patients were taking No-Spa with one tablet 3 times a day, for 12 days.

Uroston is recommended for treatment of the urinary stone disease accompanied by erectile dysfunction for certain groups of patients.

### УРОСТОН В ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПОЄДНАННІ З СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

**П.М. Клименко, О.В. Соболева, С.Є. Шимкус, В.О. Чабанов, Н.П. Клименко**

#### РЕЗЮМЕ

У дослідженні взяли участь 34 пацієнти з нирковими конкрементами розміром від 5 до 12 мм, у поєднанні з СНМП і помірно вираженою копулятивною дисфункцією. 20 пацієнтів (основна група) приймали Уростон по 1 пігулці 3 рази в день, інші 14 вживали внутрішньо по 1 пігулці но-спа двічі в день впродовж 12 днів. Уростон доцільно використати в якості препарату вибору для лікування хворих з сечокам'яною хворобою що поєднується з еректильною дисфункцією у певної групи пацієнтів.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, эректильная дисфункция, фитопрепараты, уростон, лечение.

Копулятивні порушення у чоловіків являються розповсюдженим стражданням, породжуючим нерідко тяжелі невротическі ускладнення і неизбежно затрагиваючим всю структуру особистості людини і його сімейну життя [1,8]. На цьому фоні нове звучання отримує фітотерапія, направлена на самостійне відходження малих конкрементів і відновлення «чоловічої привабливості» [2]. Однак необхідно врахувати індивідуальні особливості сексуальних проявлень, котрі залежать від статевих конституцій, соціальних умов, сексуального досвіду, інтелекту людини і стану його здоров'я. Широке впровадження ультразвукового методу значно підвищило можливість виявлення малих конкрементів в ниркових чашечках, що привело хворих до самостійної «ранньої діагностики і профілактики» цього захворювання завдяки прийому безвредних фітопрепаратів, широко представлених на українському ринку. В нашому спостереженні представлений фітопрепарат Уростон виробництва СКМ Хербосьютикалс, Індія. Одна таблетка містить: траву камнеломки язичкової (*Saxifraga ligulata*) – 100мг; траву марени серцелистої (*Rubia cordifolia*) – 35мг; корневища сьоти (*Cyperus scariosus*) – 35мг;

семена шерстистого соломонцвіта (*Achyranthes aspera*) – 35мг; наземну частину оносми (*Onosma bracteatum*) – 35мг; пепельну веронию (*Vernonia cinerea*) – 35мг; асафетид (*Ferula assa-foetida*) – 30мг; плоди якорців стелящихся (*Tribulus terrestris*) – 15мг; муміє очищене (*Shilajet*) – 15мг. Оброблених паром екстрактів по 5мг: наземної частини базилика душистого (*Ocimum basilicum*); насіння доліхоса (*Dolichos biflorus*); насіння мимози (*Mimosa pudica*); павонії ароматної (*Pavonia odorata*); польового хвоща (*Equisetum arvense*); насіння тикового дерева (*Tectona grandis*). Балластне речовина – тальк. Цей препарат входить в фармацевтичну групу, що належить до мочевих камнерозчинників. Однак, як і в разі з Віагрой, було відзначено додаткове лікувальне діяння – покращення стану нижніх мочевих шляхів (СНМП) і еректильної функції, що ще раз підтверджує слова Д.Ю. Медніса: «Врач має справу з найскладнішою і далеко не повністю зрозумітою на Землі – людиною» [3]. Будь-які досягнення сучасної медицини і сучасні методи не можуть обійтися без духовної складової медичної практики, в якій пацієнт, спілкуючись з лікарем, мобілізує свої душевні і тілесні сили на боротьбу з недугою. Інтуи-

ция врача, его опыт, знание жизни, подбор оптимального лекарства способны творить чудеса. И вновь особое значение в наше сложное время приобретают препараты, дарованные нам природой, одним из которых является растительный уролитик Уростон [6,9]. Показанием для Уростона является профилактика мочекаменной болезни и литолиз мелких оксалатных, фосфатных и уратных конкрементов, а также метафилактика нефролитиаза, после операций и литотрипсий; как вспомогательное средство при инфекции мочевых путей; лечение неспецифических уретритов, циститов, при нарушении отхождения мочевой кислоты [4,7].

*Цель исследования.* Оценить безопасность и эффективность препарата Уростон у пациентов с мочекаменной болезнью в сочетании с СНМП и эректильной дисфункцией с оценкой уменьшения выраженности симптомов, уменьшения/выведения почечных камней, и коррекцией сексуальных нарушений.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 34 пациента с почечными конкрементами размером от 5 до 12 мм, в сочетании с СНМП и умеренно выраженной копулятивной дисфункцией. Двадцать пациентов принимали фитопрепарат Уростон производства СКМ Хербосьютикалс, Индия, по 1 таблетке 3 раза в день, остальные 14 принимали внутрь по две таблетки по два раза в день в течение 12 дней (по показаниям анальгетика). Улучшение клинических симптомов, а также мочевых и биохимических показателей больных, оценивали на 6-й и 12-й неделе. При поступлении больных, на 6-й неделе и на 12-й неделе исследования делали обзорную урографию и ультразвуковое исследование, которое выявило интересные закономерности, не описанные другими авторами. Использование Уростона уменьшало ишемизацию паренхимы предстательной железы, снимало ирритативную симптоматику и уменьшало турбулентность потока мочи, что уменьшало воспалительный процесс в предстательной железе (ПЖ). Гемодинамические изменения в ПЖ подтверждены методом трансректальной доплерографии [5]. С восстановлением гемодинамики уменьшились симптомы воспаления, улучшилась копулятивная функция. Протокол исследования, форма информированного согласия, индивидуальная регистрационная форма и другие документы, связанные с проведением исследования, были утверждены местным комитетом по этике. Данный препарат растительного происхождения имеет ряд преимуществ перед медикаментами химического синтеза. Он обладает лучшей переносимостью, содержит природные соединения, к которым человек эволюционно приспособлен, имеет высокую биодоступность. Случаев передозировки не было, из побочных эффектов, в исключительных случаях, наблюдались аллергические реакции.

В случае безуспешности лечения, использовались аппаратные пособия лечения мочекаменной болезни – эндоскопическая и экстракорпоральная литотрипсия. Лечение таких пациентов, с применением всего комплекса указанных пособий, позволило дезинтегрировать конкременты, пользуясь минимально инвазивными методами, благодаря чему снизился уровень тяжёлых осложнений, связанных с проводимой терапией. Критерий оценки эффективности лечения – снижение частоты возникновения почечной колики, улучшение копулятивной функции, со стойкой положительной динамикой анализов мочи, купированием лейкоцитурии и бактериурии.

Все пациенты при необходимости получали симптоматическую терапию с анальгетиками и приёмом не менее двух литров воды в день. Врачебное наблюдение осуществлялось в течение трёх месяцев. Больные проходили общеклиническое обследование плюс обзорная урография и ультразвуковое исследование на 12-й неделе, с оценкой интенсивности таких клинических симптомов как боль в области живота, болезненное мочеиспускание и болезненность в области почек, число почечных колик, частота мочеиспускания, дизурия, гематурия, и с оценкой половой функции.

Во время последующих контрольных посещений мы записывали данные о нежелательных явлениях терапии (при их наличии), оценивали размер конкрементов, скорость выведения, общее число выведенных конкрементов, количество принятых болеутоляющих средств.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Уростон способствовал выведению конкрементов у 14 больных (70%) Среднее время выведения составило 12,3 дня (от 7 до 20 дней) у пациентов, проходивших лечение, при этом произошло уменьшение размеров камней, в то время как уменьшения размеров камней у пациентов, принимавших уролесан, не наблюдалось. При камнях мочеточников на фоне приёма Уростона самостоятельное отхождение отмечено у 15 больных, из них два сочетали приём Уростона и дексалгина три раза в сутки. Трое больных принимали Уростон в течение 20 дней при наличии рецидивного камня верхней трети мочеточника. При односторонних камнях в 5 случаях конкременты самостоятельно отошли, в двух случаях они уменьшились на 40%. У одного больного с рентгеноотрицательным камнем произошло его растворение на фоне приёма Уростона в сочетании с Уралитом У, по рекомендованным схемам. В 5 (25%) случаях, несмотря на приём Уростона, видимых положительных изменений не отмечено. Отмечено уменьшение выраженности клинических симптомов и гематурии, снижение частоты мочеиспускания и уменьшение болезненности в области почек, мочеточников и мочевого пузыря. У пациентов, принимавших фиолитик Уростон, значительно уменьши-

лось количество эритроцитов и лейкоцитов в моче, а также значительно снизился уровень мочево́й кислоты в сыворотке крови.

Особенно интересным оказался эффект улучшения акта мочеиспускания у 6 (30%) пациентов старшей возрастной группы с СНМП (синдромом нижних мочевых путей). Клинический эффект достигался обычно на 20-й – 25-й день лечения, проявляясь в снижении суммарного балла (У) по международ-

ному опроснику, у 4 (20%) – после двухмесячного приёма. Во всех случаях после лечения деформация сосудистого рисунка была менее выражена, отмечалось улучшение васкуляризации ПЖ. Объём предстательной железы (Vv) определяли по формуле Terris-Stamey. Наблюдалось увеличение максимальной скорости потока мочи (Qmax) и урофлоуметрического индекса (Уи); в дальнейшем они оставались на одном уровне (Табл. 1).

Таблица 1

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

Показатели	Единица измерения	Сроки лечения			
		До лечения	Через 4 недели	Через 8 недель	Через 16 недель
Σ, (NIH-CPSI)	Баллы	22,6±1.6	20,3±2.5	15,8±2.1	15,3±2,8
Vp, объем ПЖ	мл	45,5±4.4	43,3±3.4	42,3±4.6	39,7±2,7
Vv, объём остаточной мочи	мл	44,3±4,1	38,5±5,3	33,4±4,2	25,8±4,3
Q max, макс. скорость потока мочи	мл/сек	14,3±2,7	15,6±4,5	16,4±3,6	19,3±3,6
УИ, урофлоуметрический индекс	Усл. ед.	0,76±0,01	0,88±0.01	0,92±0.01	0,92±0.01

Динамика указанных уродинамических показателей свидетельствует об уменьшении ПЖ, хотя достоверного изменения Vp мы не отметили. Для получения более выраженных положительных изменений, с большей вероятностью, необходим более продолжительный приём исследуемого препарата и подбор участников экспериментального исследования. Достоверное уменьшение остаточной мочи, возможно, связано с противоотёчным и противовоспалительным действием Уростона, с повышением тонуса детрузора, наряду с уменьшением тонуса гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры. Отмечена определённая корреляция между улучшением гемодинамических показателей кровотока ПЖ и урофлоуметрическими данными, что связано с уменьшением интерстициального отека и дизметаболических нарушений в результате купирования ишемии в ПЖ. С учётом коррекции нарушений гемодинамики ПЖ, отмечен положительный рост васкуляризации, после лечения полное восстановление тонуса сосудов отмечено в бассейне мелких сосудов (0,95±0,003). В показателях тонуса средних и крупных артерий тоже имелась тенденция к улучшению кровоснабжения

ПЖ и нормализации её тонуса стенок сосудов, стимуляции функционирующих магистральных артериол, включению в работу артериоло-венозных шунтов. В результате, гемодинамика ПЖ приходила в пограничную зону нормы. Естественно, это положительно отразилось в результатах кровенаполнения в органе в сторону улучшения (0,25±0,5), а также восстановления его венозного оттока (0,97±0,08), см. рис. 1.

Критериями в оценке эффективности лечения МКБ мы считали частоту возникновения почечной колики, сроки освобождения мочевых путей от фрагментов после литотрипсии (Уростон назначался в день дробления и затем в течение 3 недель), динамику изменений в анализах мочи (лейкоцитурия, бактериурия), динамику изменений показателей доплерографии и переносимость препарата. УЗИ с доплерографией выполняли до литотрипсии, непосредственно после литотрипсии, через 7 дней, две недели и четыре недели от начала лечения. Рентгеновский снимок выполняли по показаниям. Анализ клинических наблюдений показал, что из 6 пациентов, принимавших Уростон после литотрипсии, почечная колика в послеоперационный период возни-

кала лишь у двух пациентов, что составило 12% от общего числа больных основной группы. Оба пациента имели камни значительных размеров (>20 мм),

и после литотрипсии у них возникла протяжённая «каменная» дорожка, что явилось показанием для дополнительной терапии.

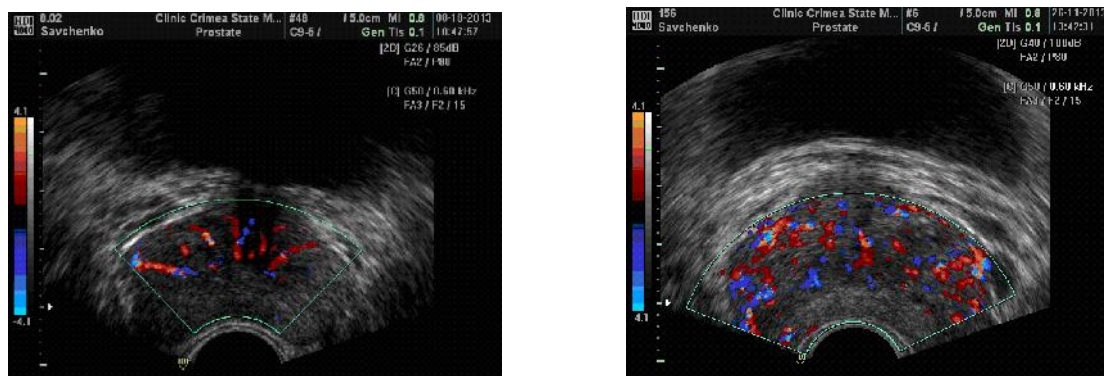


Рис.1. Нормализация ангиоархитектоники ПЖ до и после лечения (увеличение плотности сосудистого рисунка и количества сосудистых пикселей).

Присоединение мочевого инфекции не только существенно усугубляло течение заболевания, но и являлось важным дополнительным местным фактором возникновения и поддержания хронического (рецидивирующего) течения МКБ. В связи с этим, при обострении сопутствующего пиелонефрита обязательно проводилось его лечение, или же проводилась его профилактика. Надо особо подчеркнуть, что только удаление камня из почки и верхних мочевыводящих путей тем или иным способом является необходимым условием для полной ликвидации мочевого инфекции. С этой целью назначается антибактериальная терапия, которую целесообразно проводить согласно результатам посевов мочи на флору, степени бактериурии и чувствительности к антибактериальным препаратам на фоне препаратов, улучшающих микроциркуляцию (пентоксифиллин), дезагрегантов (курантил, персантин), антагонистов кальция (верапамил и др.). Однако учитывая преимущественное наличие *E.coli*, мы изначально применяли перспективный цефалоспориновый антибиотик третьего поколения Цефиксим (Цефорал) 0,4 x 1 раз в сутки в течение 7-8 дней, что позволило из-

бежать потери времени и необоснованных финансовых затрат на поиск предполагаемого возбудителя, с достижением выраженного клинического эффекта, желательно в сочетании с иммунотерапией Уро-Ваксомом по 1 капс. x 1 раз в день в течение 2-3 месяцев. Уровень лейкоцитурии в основной группе не превышал  $8 \pm 2,37$  в поле зрения, тогда как в контрольной группе он был в среднем  $10 \pm 1,47$ . При анализе лабораторных показателей основной и контрольной групп, уровень лейкоцитурии в основной группе нормализовался после назначения антибактериальной терапии в течение  $5 \pm 0,65$  дней, а в контрольной – в течение  $12 \pm 4,65$  дней. Достоверные данные о снижении лейкоцитурии отмечались в группе с применением Уростона, при этом в основной группе дизурия уменьшалась или полностью устранялась быстрее, чем в контрольной.

Критерии в оценке эффективности лечения: частота возникновения почечной колики, сроки освобождения мочевых путей от фрагментов после литотрипсии, динамика изменений в анализах мочи и крови, динамика изменений показателей доплерографии ПЖ и купирование СНМП с улучшением ко-

Таблица 2

Оценка эффективности препарата Уростон

Эффективность	Оценка исследователем		Оценка пациентом	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Отсутствие	4	20	5	25
Низкая	4	20	3	15
Достаточная	10	50	9	45
Высокая	2	10	3	15

пулятивной функции, см. табл. 2.

Результаты табл. 2 свидетельствуют о достаточной нормализации мочеиспускания у больных после приема препарата Уростон. Об уменьшении ирритативной симптоматики, купировании дизурических явлений и улучшению копулятивной функции свидетельствуют выраженные изменения показателей IPSS и индекса качества жизни.

УЗИ с доплерографией выполняли до литотрипсии и непосредственно после литотрипсии, через 10 и 30 суток от начала лечения. Рентгенологическое обследование выполняли по показаниям. Анализ клинических наблюдений показал, что из 5 пациентов, принимавших Уростон после литотрипсии, почечная колика в послеоперационный период возникла лишь у двух пациентов, что составило 10% от общего числа больных основной группы. Оба пациента имели камни значительных размеров (>20 мм), и после литотрипсии у них возникла протяженная «каменная» дорожка, что явилось показанием для дополнительной терапии.

Применение Уростона дает новые возможности лечения этих больных, особенно с остаточными осколками после литотрипсии. Однако длительность профилактических курсов и их частота пока еще четко не определены. Постоянный или частый приём лекарств создаёт определённые психологические проблемы у больных и требует финансовых затрат. С этой точки зрения применение данного фитопрепарата с весьма широким диапазоном дозирования достаточно перспективно.

#### ВЫВОДЫ

1. Высокое качество и уникальные свойства полпалы, ортосифона, полевого хвоща и толокнянки позволяют с уверенностью рекомендовать их для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Благодаря комплексу лечебных эффектов фитопрепарата (диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антимикробное действие, улучшение микроциркуляции и функции почек) целесообразно использовать Уростон в качестве препарата выбора при проведении сопровождающей терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

2. Уростон – безопасный и эффективный растительный уrolитик для лечения больных с малыми почечными камнями, препарат ускоряет процесс их выведения с «мягким лечением» пиелонефрита, хорошо переносится больными, не вызывая побочных

эффектов. Уровень лейкоцитурии в основной группе не превышал  $7 \pm 1,25$  в поле зрения, тогда как в контрольной группе он был в среднем  $10 \pm 1,47$ . Однако эффективная длительность приёма должна составлять не менее 3-6 месяцев, для профилактики и метафилактики МКБ.

3. Применение Уростона оказывает положительное воздействие на гемодинамику ПЖ, опосредованно приводя к восстановлению микроциркуляции в ПЖ и повышению эффективности проводимого лечения купированием синдрома нижних мочевых путей и восстановлению половой функции у определенной группы пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Сексология и андрология. К.: 2002 – Выпуск 6. – С. 3-6.

2. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Фитотерапия в комплексном лечении пациентов с воспалительными заболеваниями мужских половых органов // Здоровье мужчины, 2013. – № 1 (44). – С. 123-128.

3. Меднис Д.Ю. Согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства // Научное издание. – ЗАТ «ВППОЛ». – Киев, 2001. – 155 с.

4. Черненко В.В. Мочекаменная болезнь: пути усовершенствования противорецидивного лечения // Здоров'я України. – 2007. – № 18. – С.62-63.

5. Чураков А.А., Земсков С.П., Суворов А.П., Куличенко А.Н. Особенности структурных изменений предстательной железы у больных уретрогенным хроническим простатитом по данным трансректального ультразвукового исследования // Вест. дерматологии и венерологии. – 2002, № 2. – С. 41-45.

6. Ухаль М.И., Маломуж О.И., Габчак Р.В., Лунга Ю.Н. Современные возможности фитотерапии в послеоперационном лечении больных уролитиазом, осложнённым хроническим пиелонефритом // Урология, андрология, нефрология (материалы научно-практической конференции, 2013, 30-31 мая, Харьков), 2013. – С. 196-200.

7. Hutchison A., Farmer R., Verhamme et al. The efficacy drugs for the treatment of LUTS/BPH studied in 6 Europtan countries. Eur. Urol. 2007. – 51. – 207-216.

8. Domingue G.J., Hellstrom. Prostatitis // Clin. Microbiol. Rev. – 1998; 11; 604-613.

9. European Association of Urology Guidelines, 2010, edition on CD-Rom.