

Фитопрепараты в лечении пациентов с хроническим простатитом и ранними стадиями доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Т.А. Михайлова

Человек и лекарство. Актуальные вопросы медицины. 7 марта 2007 г, том 15, № 5

Распространенность заболеваний предстательной железы (ПЖ) повышается в связи со старением популяции. Так, если у пациентов в возрасте 50 лет доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ) диагностируют у 50% мужчин, то в возрасте 80 лет – у 88%, а хронический простатит встречается вплоть до 80 лет.

Как известно, двумя наиболее частыми болезнями ПЖ являются простатит и доброкачественная гиперплазия.

Простатит, или воспаление предстательной железы, – распространенное урологическое заболевание. Статистика последних лет свидетельствует о повышении частоты встречаемости этой мужской проблемы. Нередко хронический простатит – это заболевание, протекающее скрыто и приводящее к нарушениям половой функции и сперматогенеза (процесса образования в яичках мужских половых клеток). Согласно статистическим данным простатитом болеют от 25 до 40% мужчин (по некоторым источникам – до 80%), причем, как правило, наиболее трудоспособного возраста (25–40 лет). В последние годы число хронических заболеваний предстательной железы постоянно увеличивается.

В этиологии простатитов выделяют две группы действующих факторов – инфекционные и застойные. Причины возникновения простатита:

1) инфекции, передаваемые половым путем: хламидии, уреаплазма, микоплазма, вирус герпеса, цитомегаловирус, трихомонады, гонококк, грибы рода Кандида, кишечная палочка (*Escherichia coli*) могут поражать мочеиспускательный канал и выявляться в ткани ПЖ;

2) нарушение кровообращения в органах малого таза (застойные явления в ПЖ приводят к ее воспалению):

- сидячий образ жизни (водители, офисные служащие, чиновники),

- длительное половое воздержание, прерванный половой акт или искусственное удлинение полового акта;

3) частое переохлаждение (любители экстремального отдыха: дайвинг, серфинг, байдарочный и горнолыжный спорт);

4) стрессы: психические и физические перегрузки.

Помимо болевого синдрома, дизурии и психоневрологической симптоматики, это заболевание проявляется сексуальной дисфункцией, включающей в себя снижение либидо, нарушение эрекции, эякуляции и оргазма, снижение фертильности. Если урологическому аспекту этой проблемы (обструктивная и ирритативная симптоматика) в литературе уделено достаточно много внимания, то андрологическому аспекту (нарушение копулятивной функции, суб- и инфертильность) – неоправданно мало. И хотя до сих пор роль хронического простатита в развитии сексуальной дисфункции оспаривается, многие исследователи и прак-

тические врачи считают, что в большинстве случаев заболевания предстательной железы либо вызваны, либо приводят к нарушениям либидо, эрекции, эякуляции и ассоциируются со снижением фертильности эякулята.

Типы хронического простатита:

1. Дизурический – преобладание в жалобах пациента указаний на учащение мочеиспускания, болезненное мочеиспускание, ослабление струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Данный тип необходимо дифференцировать от воспаления семенного холмика, цистита, патологии мочеиспускательного канала, а у мужчин старше 45 лет к тому же аденомы предстательной железы, ДГПЖ и рака предстательной железы.

2. Болевой – преобладание в жалобах указаний на дискомфорт и боль в промежности, в прямой кишке, отдающих в яички, в половой член, на внутренние поверхности бедер. Данный тип необходимо дифференцировать от неврологических заболеваний, цистита. Боль во время или после эякуляции требует проведения дополнительного обследования с целью дифференцировать простатит и везикулит. У мужчин старше 45 лет к тому же необходимо отличать от аденомы предстательной железы и рака предстательной железы.

3. Нарушения качества секса. В ряде случаев простатит может протекать с некоторыми невыраженными симптомами нарушения качества секса. Но следует учитывать, что такой простатит чаще является не причиной, а следствием сексуальной дисфункции, что требует дополнительных исследований параметров качества секса.

4. Бессимптомный простатит. Критерием данного типа простатита является выявление лабораторных, ультразвуковых и клинических признаков простатита в ходе диагностики без предъявления жалоб пациента. Данный тип простатита выявляют случайно (!) при проведении обследования по поводу бесплодия, скрининговой программы «ПРОСТАТА>45» у мужчин старше 45 лет.

5. Смешанный тип простатита – все вышеуказанные типы простатита в чистом виде встречаются редко, гораздо чаще выявляют смешанный тип простатита, включающий в себя элементы болевого и дизурического типов.

Еще одна частая мужская проблема – аденома ПЖ (ДГПЖ). Она является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний мужчин зрелого возраста.

Согласно последним статистическим данным в возрасте 40 лет изменения в ПЖ, связанные с ее увеличением (гиперплазией), отмечают у 50% мужчин, а после 80 лет – у 100%.

Развитие заболевания связано с нарушениями гормонального фона организма, которые наблюдаются практически у всех мужчин после 40–45 лет (так называемый

мужской климакс или андропауза). Однако в настоящее время многие ключевые механизмы возникновения аденомы ПЖ остаются не ясны, что не позволяет разработать достаточно эффективные меры для профилактики данного заболевания.

Постепенное увеличение ПЖ ведет к сдавливанию мочеиспускательного канала, проходящего сквозь нее, и нарушению нормального оттока мочи из мочевого пузыря. В зависимости от стадии заболевания и размеров ПЖ аденома ПЖ может вызывать дизурические нарушения: от незначительного снижения скорости потока мочи до развития полного уретрального блока и невозможности опорожнить мочевой пузырь, что является экстренным состоянием, требующим неотложной врачебной помощи.

К сожалению, в наше время, несмотря на появление новых средств диагностики и лечения ДГПЖ, поздние стадии аденомы ПЖ, приводящие к развитию типичных осложнений данного заболевания, не являются редкостью. Это связано главным образом с тем, что большинство мужчин не придают должного значения данной патологии и расценивают появляющиеся симптомы увеличения ПЖ как нормальное состояние, обусловленное возрастом и не требующее какого-либо лечения.

Диагностика основывается на сборе анамнеза, оценке симптоматики (с использованием шкал оценки симптоматики), осмотре, лабораторных и инструментальных методах исследования.

Очень важно пальцевое ректальное исследование ПЖ, при котором оценивают величину, форму ПЖ, ее симметричность, консистенцию, границы, состояние поверхности, срединной бороздки, семенных бугорков, окружающих тканей и степень болезненности.

Определяющее значение в диагностике простатитов принадлежит лабораторным методам обследования, которые включают:

- общий анализ крови, серологические методы и ПЦР-диагностику для исключения атипичной внутриклеточной инфекции;
- общий анализ мочи, посев средней порции мочи, микроскопическое исследование секрета ПЖ, бактериологическое исследование (посев) трех порций мочи и секрета ПЖ (тест Meares-Stamey), а также бактериоскопию мазков из мочеиспускательного канала для обнаружения гонококков.

Из инструментальных методов возрастает роль УЗИ с использованием ректальных датчиков, что позволяет точно исследовать ПЖ, а также провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями ПЖ.

Урофлоуметрия является простым и надежным способом определения состояния уродинамики, что позволяет рано обнаружить признаки инфравезикальной обструкции при простатитах и осуществлять динамическое наблюдение (Н.А. Лопаткин, 1998). Однако идеальным методом, способным диагностировать инфравезикальную обструкцию и визуально продемонстрировать ее уровень, считается видеоуродинамическое исследование давления/потока. Расширенное уродинамическое обследование с измерением давления закрытия мочеиспускательного канала актуально у пациентов с синдромом хронической тазовой боли, у которых не выявлено возбудителя.

Пункционную биопсию ПЖ используют в исключительных случаях с целью обнаружения внутриклеточных возбудителей или с исследовательской целью, оставаясь в основном методом дифференциальной диагностики.

Больным старше 45 лет целесообразно проводить определение уровня общего простатоспецифического антигена (ПСА) с целью ранней диагностики рака ПЖ, однако данный параметр не имеет диагностического значения при простатите. Чаще всего уровень ПСА повышается при остром простатите и абсцессе ПЖ, реже – при хроническом простатите.

Возможно применение прочих специальных методов обследования (рентгенологический, компьютерная томография – КТ, магнитно-ядерный резонанс, исследование ферментов ПЖ, эндоскопические исследования, определение иммунологического и гормонального профиля и т.д.) по показаниям.

Лечение

Лечение любых форм простатита должно быть комплексным и направленным на устранение инфекционного агента, нормализацию иммунного статуса, регрессию воспалительных изменений и восстановление функциональной активности ПЖ.

В настоящее время не существует единственного, оптимального метода лечения аденомы ПЖ. Если у пациента впервые диагностирована аденома ПЖ и отсутствуют абсолютные показания к операции, рекомендуется назначение медикаментозной терапии на определенный период. В течение всего периода медикаментозной терапии пациент наблюдается урологом с целью оценки ее эффективности и возможной коррекции. В случае положительной динамики в состоянии пациента медикаментозное лечение продолжают, пока оно является эффективным, в противном случае пациенту рекомендуют один из видов хирургического лечения. Метод хирургического лечения зависит от ряда факторов и подбирается индивидуально для каждого пациента. После того как диагноз аденомы ПЖ установлен, пациенту рассказывают обо всех возможных методах лечения и предлагают наиболее целесообразный для конкретного случая метод.

Медикаментозная терапия является важной составляющей в общей структуре лечения ДГПЖ. Определенное место в ней занимают фитопрепараты. По современным данным, действие препаратов этой группы обусловлено наличием в них фитостеролов. Эти препараты оказывают комплексное фармакологическое воздействие на ПЖ.

Фитолечение

Несмотря на актуальность проблемы хронического простатита и аденомы ПЖ, результативность лечения в настоящее время все же остается низкой. Так, в лечении простатита уменьшение болевого синдрома и снижение дизурии в процессе лечения происходят достаточно быстро, а вот восстановление эрекции, эякуляции и фертильности происходит значительно медленнее, а нередко и вообще не достигается. Частые обострения и рецидивы хронического простатита свидетельствуют о важности проведения реабилитационной терапии простатотропными препаратами для закрепления полученных в конце комплексного лечения результатов.

Все большее значение приобретают фитопрепараты, лечение лекарственными растениями, что связано с ростом осложнений при назначении синтетических препаратов и изменением фармакологического эффекта при совместном их применении, особенно при лечении лиц пожилого и старческого возраста. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают

нежелательного побочного действия, их можно применять длительное время (при необходимости терапия продолжается в течение 1 года – 2 лет).

Наиболее часто используют растительные экстракты из *Sabal serulata* (*Serenoa repens*), *Nyctoxis rooperi*, *Pygenum africanum*, *Cucuibita pepo*, *Echinacea purpurea*, *Populus tremula* и другие. Лечебное воздействие фитопрепаратов обусловлено антиандрогенным и антиэстрогенным действием, подавлением 5 α -редуктазы, ароматазы и факторов роста, ингибированием синтеза простагландинов, метаболитов 5-оксигеназы и арахидоновой кислоты. Также исследователи уделяют внимание содержанию в указанных средствах фитостеролов, механизм действия которых до конца не изучен. Не стоит забывать и об «эффекте плацебо». Фитопрепараты улучшают примерно у 60% больных субъективную оценку качества мочеиспускания и объективные параметры, такие как скорость мочевого потока и количество остаточной мочи после опорожнения. Об эффективности терапии судят не ранее чем через 2–3 мес после ее начала. Они хорошо переносятся подавляющим большинством больных (88–96%), в том числе лицами пожилого возраста.

Исходя из этого, весьма актуальными представляются разработка и внедрение средств (особенно растительного происхождения) для профилактики и лечения сексуальных расстройств у мужчин с хроническим простатитом и аденомой ПЖ. К их числу могут быть отнесены такие препараты на основе растительных компонентов, как Спеман, Спеман форте*, Тентекс форте и Химколин (компания The Himalaya Drug). В этом ряду наиболее выраженным простатотропным эффектом обладает Спеман, который по составу отличается от препарата Спеман форте*.

Благодаря входящим в состав препарата растительным компонентам, обладающим противовоспалительным, противоотечным, противозастойным и диуретическим действием, Спеман эффективен при терапии острых и хрониче-

ческих простатитов, аденомы ПЖ, мужского бесплодия. Установлено, что препарат стимулирует сперматогенез, уменьшает застойные процессы в ПЖ, повышает функциональную активность и подвижность сперматозоидов. На ранних стадиях ДГПЖ применение Спемана способствует уменьшению размеров ПЖ и улучшению оттока мочи, в результате чего исчезает обструктивная и ирритативная симптоматика.

Спеман активно изучали на кафедре клинической андрологии ФПК МР РУДН (Москва) у пациентов с хроническим простатитом. До исследования пациенты предъявляли жалобы на боль внизу живота и в проекции половых органов, дизурию, эректильную дисфункцию, нарушение эякуляции, инфертильность, однако уже через месяц после окончания терапии отмечалось значительное улучшение. При этом Спеман хорошо переносился пациентами, за время его применения не отмечалось развития побочных явлений. На фоне терапии Спеманом отмечены уменьшение выраженности симптомов хронического простатита, улучшение функции половых желез, стимуляция сперматогенеза, уменьшение объема ПЖ по данным УЗИ, а также улучшение качества жизни больных, выражающееся в уменьшении выраженности симптомов по классификации IPSS, уменьшение выраженности признаков эректильной дисфункции, подтвержденное с помощью Международного индекса эректильной функции (МИЭФ). Полученные результаты свидетельствуют, что препарат Спеман благоприятно влияет на функции ПЖ, семенных пузырьков и сексуальную функцию в целом. Применение Спемана по 4 таблетки 3 раза в сутки обеспечивает значительно более выраженный терапевтический эффект, чем прием этого препарата по 2 таблетки 3 раза. В связи с этим Спеман может быть рекомендован для терапии сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом, а также для проведения реабилитационной терапии после завершения основного лечения этого заболевания.

* На рынке Украины препарат зарегистрирован под торговой маркой Конфидо.