

# Современные тенденции в выборе альтернативных методов терапии пациентов с эректильной дисфункцией на фоне заболеваний предстательной железы воспалительного и дисгормонального генеза

**О.Д. Никитин**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

**Цель исследования:** проанализировать эффективность и переносимость применения препарата Правенор® Форте у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) на фоне хронического простатита и гиперплазии предстательной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 60 пациентов с ЭД, которые были разделены на две группы. У большинства больных обеих групп отмечали хронические сопутствующие заболевания. Пациенты основной группы (n=30) принимали Правенор® Форте по 2 капсулы в сутки на протяжении 30 дней. Пациентам группы сравнения (n=30) коррекцию ЭД проводили без использования препарата Правенор® Форте. Диагноз ЭД устанавливали путем изучения анамнеза, объективного клиничко-лабораторного и специализированного обследования.

**Результаты.** Назначение препарата Правенор® Форте способствовало достоверному повышению показателей МИЭФ: достижения эрекции – на 89,4%, эрекции при сексуальной стимуляции – на 68,4%, достаточности эрекции – на 66,7%. Эректильная функция возросла на 86%, удовлетворенность половым актом – на 84%, оргазм – на 79,4%, либидо – на 84,9%, общая удовлетворенность – на 50%. У пациентов группы сравнения достоверного изменения параметров МИЭФ не отмечено.

**Заключение.** Препарат Правенор® Форте эффективен, безопасен, удобен в применении, что в сочетании с доступной ценой, обуславливает целесообразность его назначения в терапии ЭД. Благодаря многокомпонентному составу Правенор® Форте устраняет не только нарушения эрекции, но и симптомы заболеваний ПЖ воспалительного и дисгормонального генеза.

**Ключевые слова:** эректильная дисфункция, хронический простатит, гиперплазия предстательной железы, Правенор® Форте.

Расстройство эрекции – наиболее часто наблюдающийся в сексологической практике феномен, частота которого увеличивается с возрастом и ассоциируется с такими состояниями, как частичный возрастной иммунодефицит, сахарный диабет, депрессия, атеросклероз, дислипидемия, эндотелиальная недостаточность и стресс.

В структуре сексуальных расстройств эректильная дисфункция (ЭД) занимает ведущее место как по частоте возникновения, так и по социальной значимости [1]. Этим широко распространенным и прогрессирующим заболеванием страдает примерно 150 млн мужчин во всем мире. По данным ВОЗ, каждый десятый мужчина старше 21 года

страдает расстройством эрекции, а каждый третий мужчина старше 60 лет вообще не способен выполнить половой акт [3].

В 1993 году согласительная комиссия Национального института здоровья по импотенции оценила количество мужчин в США, которым диагностировали ЭД той или иной степени выраженности, у 30 млн человек. Распространенность ЭД растет с увеличением возраста пациентов. В 1995 году в Европе это заболевание оценивалось у 31 млн человек, к 2025 году ожидается увеличение до 43 млн, а всего в мире, по прогнозам, количество лиц с ЭД достигнет 322 млн [3, 6].

Из основных факторов риска, влияющих на качество эректильной функции, следует выделить:

1. Психогенные факторы:
  - синдром ожидания неудачи;
  - повышенная тревожность;
  - сексуальная дисгармония;
  - депрессия.
2. Сосудистые нарушения:
  - атеросклероз;
  - сердечно-сосудистые заболевания;
  - гиперлипидемия;
  - гипертензия.
3. Нейрогенные факторы:
  - болезнь Альцгеймера;
  - рассеянный склероз;
  - травма спинного или тазового отдела позвоночника;
  - выпадение поясничного диска;
  - хирургическое вмешательство на органах таза и половых органах.
4. Эндокринные нарушения:
  - сахарный диабет;
  - гипогонадизм;
  - дефицит андрогенов;
  - гиперпролактинемия;
  - заболевания щитовидной железы.
5. Заболевания полового члена (болезнь Пейрони и т.п.).

Согласно данным Массачусетского исследования мужчин различного возраста (MMAS), общая распространенность ЭД среди мужчин в возрасте от 40 до 70 лет составила 52%. Тяжесть ЭД была оценена как минимальная примерно у 17%, как умеренная – у 25% и как полная – у 10%. Во втором эпидемиологическом исследовании в США – исследовании национального здоровья и жизни общества (NHLS) – выявлено, что 31% мужчин в возрасте от 18 до 60 лет когда-либо сталкивались с той или иной степенью ЭД [10].

Основными факторами риска развития ЭД являются:

1. Пожилой возраст.
2. Хронические заболевания, заболевания сердца, сахарный диабет, артериальная гипертензия, использование лекарственных средств (тиазиды, бета-блокаторы, антиаритмики, нейролептики, транквилизаторы и др.).

3. Образ жизни: стресс, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, нерегулярное и несбалансированное питание [8].

Особого внимания заслуживает такое психосоматическое состояние, как «хронический стресс», в котором в настоящее время пребывает большинство мужчин трудоспособного возраста [12].

Наиболее типичными стрессорами являются:

- производственные;
- стрессоры побед и поражений;
- стрессоры разобщения;
- стрессоры ограничений;
- физические стрессоры;
- информационные стрессоры;
- стрессоры, связанные с политическими событиями последнего времени, нестабильным экономическим положением, безработицей, неуверенностью в завтрашнем дне.

Следствием всех перечисленных выше стрессоров стал так называемый синдром хронической усталости: психосоматические заболевания и психические расстройства неврологического уровня, одним из самых характерных симптомов которых и является нарушение эректильной функции [5].

До 1970 года ЭД считалась общим проявлением психогенных нарушений или изменений метаболизма тестостерона. Однако в последующем было доказано, что хотя психогенные нарушения и могут обусловить развитие заболевания, ведущим в нарушении эрекции является органический фактор [9].

ЭД делится на психогенную (депрессия, проблемы в паре, психосоциальный стресс) и органическую (нейрогенная, сосудистая, травма/заболевание полового члена, гормональная, лекарственная, мультифакторная). Достаточно часто встречается ЭД смешанного генеза, при которой сочетаются психогенные и органические факторы [5].

Эрекция является сложным физиологическим процессом с участием психогенных и гормональных факторов, а также сосудисто-нервных неадренергических феноменов, связанных с реализацией особого механизма в пещеристой ткани полового члена. В настоящее время основные представления об эрекции, ее расстройствах и точке приложения различных фармакологических препаратов напрямую связаны с феноменом оксида азота (NO). Данная субстанция в организме человека выступает в роли основного вазоактивного неадренергического, нехолинергического нейромедиатора и химического медиатора эрекции полового члена.

По современным представлениям, сексуальное возбуждение является результатом активации парасимпатической нервной системы. Высвобождение медиаторов, в частности NO (NO, эндотелиального релаксирующего фактора) из эндотелия сосудов кавернозных тел, приводит к накоплению циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) в кавернозной ткани с последующим расслаблением гладкомышечных клеток стенок приносящих артерий и кавернозных тел.

Заполнение артериальной кровью кавернозных тел вызывает сдавление венул и нарушение оттока крови из полового члена (вено-окклюзивный механизм), что вызывает эрекцию. Гладкомышечные клетки метаболизируют цГМФ с помощью фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Причиной ЭД может быть недостаточная вазодилатация вследствие дефицита цГМФ или снижения чувствительности сосудов к цГМФ, снижение компрессии пенильных вен в результате разрастания соединительной ткани или суммация различных патологических факторов (снижение активности

NO-синтазы, дефицит андрогенов или снижение чувствительности к ним рецепторов, повреждение эндотелия в синусах пещеристой ткани, повышение гликолизирования белков, вязкости крови, адренергической импульсации и т.д.) [10].

Рассмотрению потенциала классических и новых растительных субстанций, оказывающих эротизирующее, стимулирующее и оптимизирующее эрекцию действие, в настоящее время уделяется значение, не меньшее, чем силденафилу. Важными свойствами таких препаратов являются высокая комплаентность, отсутствие токсичности, невысокая стоимость, большой клинический опыт применения, продолжительность действия и др. Учитывая известный фармакологический потенциал ряда признанных в мире субстанций, большая часть комбинированных стимуляторов эрекции представлена комpositами растительных экстрактов, биологически активных веществ, аминокислот, витаминов и т.д. [6].

Приведенные выше медицинские продукты присутствуют в составе препарата Правенор® Форте: L-аргинин – 425 мг, экстракт крапивы двудомной (*Urtica dioica*) – 100 мг, экстракт ягод карликовой пальмы (*Saw palmetto*) – 80 мг, экстракт якорцов стелющихся (*Tribulus terrestris*) – 40 мг, экстракт гинкго билоба (*Ginkgo biloba*) – 15 мг, йохимбина гидрохлорид (*Pausinystalia yohimbe*) – 2,5 мг. Комплекс из приведенных выше субстанций способствует оптимизации нейротрофических и эндокринных механизмов обеспечения нормальной работы мужских половых желез (яички, предстательная железа – ПЖ), а также улучшения функции кавернозной ткани полового члена. При этом биохимические пути их реализации и точки приложения фармакологического действия являются разными, но в сумме вызывают хороший клинический эффект.

Из всех компонентов Правенора® Форте наиболее высокая доза приходится на L-аргинин, который является субстратом NO-синтазы, основного звена в синтезе локального тканевого NO. Данный продукт имеет большие перспективы, доказанные экспериментально [7]. По данным современного экспериментального исследования [8], применение L-аргинина у самцов крыс при ЭД на фоне органических изменений в пещеристой ткани способствовало развитию достоверно положительного эффекта.

Недостаточность аргинина в организме может приводить к ряду нарушений аминокислотного, белкового и гормонального гомеостаза, с дефицитом выработки гормона роста и андрогенов, со снижением продукции тестостерона. Кроме этого, аргинин участвует в оптимизации реологических свойств крови, оказывает противовоспалительное, дезинтоксикационное, тонизирующее, антиагрегационное и вазоконстрикторное действие, нормализует приток крови к органам малого таза и половым органам. Также L-аргинин является признанным средством, стимулирующим сперматогенез и повышающим различные параметры эякулята. По данным зарубежных исследований L-аргинин является одним из наиболее часто назначаемых стимуляторов фертильности [4].

Одним из наиболее изученных, классических урологических средств в мире является экстракт крапивы двудомной (*Urtica dioica*), положительное влияние на ПЖ и семенные пузырьки (регуляция тестостерона, антипролиферативное действие) которого является доказанным как клинически, так и морфологически [11]. Возможности воздействия крапивы двудомной на эректильную функцию заключаются в стимулирующем влиянии ее биологически активных веществ (гликозиды, флавоноиды, каротиноиды, хлорофилл, витамины К, С, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, органические кислоты, макро- и микроэлементы) на трофику андрогензависимых органов и тканей мужского организма. Экстракт крапивы двудомной обладает выраженным противовоспалительным, мочегонным, антисептическим, простатотропными эффектами, что позво-

ляет широко его при менять при вторичных эректильных нарушениях, связанных с воспалительным (простатовезикулит) и дисгормональным (доброкачественная гиперплазия ПЖ) генезом ЭД [10].

Применение экстракта карликовой пальмы (*Serenoa repens*, *Saw palmetto*), традиционно используемого при воспалительных и пролиферативных заболеваниях ПЖ, тесно связанных с нарушением обмена половых гормонов и эректильной функции, более чем оправдано, учитывая способности фитостеролов вызывать трофические, противовоспалительные и вазопротекторные эффекты.

За последние 15 лет в отечественной и зарубежной научной литературе имеется большое количество сообщений о высокой эффективности экстракта якорцов стелющихся (*Tribulus terrestris*) в лечении как ЭД, так и нарушения сперматогенеза экскреторного и гормонального генеза [5]. Эротизирующий эффект, как и оптимизация процессов сперматогенеза, при использовании экстракта якорцов заключается в возможности опосредованной стимуляции клеток Лейдига фитостероловыми сапонинами. Последние, являясь растительными гормонами, способствуют усилению полового влечения, повышению уровня тестостерона в плазме крови, увеличению частоты спонтанных эреций и улучшению их качества. Экстракт якорцов с успехом применяется в случаях сложного генеза ЭД, при наличии метаболического синдрома, сахарного диабета, вторичного гипогонадизма и др.

Экстракт гинкго билоба (*Ginkgo biloba*) содержит производные терпенов (гинкголиды и билобалиды), которые улучшают тканевый обмен и микроциркуляцию при гипоксических процессах в высокоспецифичных тканях за счет повышения уровня глюкозы и кислорода. Это способствует развитию антигипоксического, антиоксидантного, нейротрофического эффектов с улучшением микроциркуляции и показателей реологии крови, реализуясь в сосудах малого таза и нижних конечностей. Данные механизмы оказывают опосредованное положительное влияние на синтез NO, с формированием нормальных кавернозных реакций у лиц с различными формами ЭД, в том числе и после оперативного лечения (радикальная простатэктомия). Согласно новейшим данным, экстракт гинкго билоба способен улучшать трофику нейрофиламентов в нервно-сосудистом пучке полового члена, с поддержанием должного уровня активности нейронной NO-синтазы в экспериментальной модели крыс-самцов.

Компонент йохимбина гидрохлорид (*Pausinystalia yohimbe*) является традиционным средством лечения различных форм ЭД. Механизм действия данного растительного вещества обусловлен наличием эффекта неселективной блокады  $\alpha_2$ -адренорецепторов в половых органах, что приводит к уменьшению симпатического влияния, снижая тонус в рецепторах кавернозной ткани. Йохимбину присущи эффекты стимуляции либидо с достоверной активацией психосоматической (выраженный эффект при психогенной ЭД) и, скорее всего, сосудистой составляющей. Йохимбин выступает в роли адаптогена, оказывая стимулирующее действие на ЦНС, а также анксиолитический и антистрессовый эффекты [13].

Таким образом, сочетание указанных выше компонентов, собранное впервые в комбинации Правенора® Форте, должно оказывать выраженный эротизирующий и эректильный протективный эффект в случаях ЭД гормонального и психогенного, а также смешанного генеза.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность и переносимость применения препарата Правенор® Форте у пациентов с эректильной дисфункцией на фоне хронического простатита и гиперплазии ПЖ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 60 пациентов с ЭД. Больные были разделены на две группы: Пациенты основной группы (n=30) принимали Правенор® Форте по 2 капсулы в сутки на протяжении 30 дней. Пациентам группы сравнения (n=30) коррекцию ЭД проводили без использования препарата Правенор® Форте. Пациенты двух групп исследования были сопоставимы по демографическим характеристикам.

Диагноз эректильной дисфункции устанавливали путем изучения анамнеза, объективного клинико-лабораторного и специализированного обследования.

Для оценивания половой функции использовали анкету Международного индекса эректильной функции (IIEF – International Index of Erectile Function), которая состояла из 15 вопросов [5]. Заполненная анкета давала возможность оценить как эректильную функцию, так и либидо, оргазм, чувство удовлетворения от полового акта и общую удовлетворенность.

Кроме того, участники исследования заполняли анкету EDITS (Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction) – Вопросник удовлетворенности от лечения эректильной дисфункции [3].

При каждом контрольном обследовании регистрировали (при наличии) побочные эффекты.

Для статистической обработки материалов использовали параметрический критерий Стьюдента.

### Критерии включения:

- наличие признаков ЭД;
- согласие больного на участие в исследовании.

### Критерии исключения:

- повышенная чувствительность к препарату;
- заболевания внутренних органов в состоянии декомпенсации;
- отсутствие сексуального партнера;
- употребление пациентом препаратов, содержащих нитраты или донаторы NO;
- наличие эндокринных заболеваний, приведших к ЭД.

Всем включенным в исследование больным проводили клинико-лабораторное обследование, включавшее сбор анамнеза, осмотр, выявление сопутствующих заболеваний, необходимое лабораторное тестирование крови и мочи. Основным методом оценивания ЭД являлась динамика показателей вопросника МИЭФ (международный индекс эректильной функции): эректильная функция, удовлетворенность половым актом, оргазм, половое влечение, общая удовлетворенность.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных основной группы составил  $56 \pm 7$  лет, контрольной –  $59 \pm 5$  лет. У большинства больных обеих групп отмечали хронические сопутствующие заболевания (93,3% – в основной группе, 83,3% – в контрольной группе). Те или иные проявления ЭД до лечения отмечали 46,6% больных основной и 56,6% пациентов группы сравнения (табл. 1).

Данные, представленные в табл. 1, свидетельствуют, что у 18 (60,0%) больных основной группы и у 17 (56,7%) пациентов группы сравнения была диагностирована гиперплазия ПЖ, что подтверждалось соответствующей клинической картиной и данными обследований. У 12 (40,0%) пациентов основной группы и у 13 (43,3%) больных группы сравнения был выявлен хронический простатит, подтвержденный субъективными и объективными данными.

**Характеристика пациентов обеих групп**

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Число больных	30	30
Возраст	56±7	59±5
Наличие гиперплазии ПЖ	18 (60,0%)	17 (56,7%)
Наличие хронического простатита	12 (40,0%)	13 (43,3%)
Наличие сопутствующих заболеваний:		
- ИБС	28 (93,3%)	25 (83,3%)
- ГБ	9 (30,0%)	11 (36,6%)
- Сахарный диабет	2 (6,7%)	3 (10%)

Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца, ГБ – гипертоническая болезнь.

Таблица 2

**Динамика показателей МИЭФ на фоне применения препарата Правенор® Форте**

Показатель	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=30	
	До лечения	После лечения	Первичное исследование	Завершающее исследование
Достижение эрекции (МИЭФ 1)	1,7±0,3	3,2±0,2 p<0,05	1,6±0,2	1,8±0,3 p>0,05
Эрекция при сексуальной стимуляции (МИЭФ 2)	1,9±0,2	3,2±0,2 p<0,05	2,1±0,3	1,9±0,2 p>0,05
Достаточность эрекции (МИЭФ 3)	1,8±0,3	3,0±0,3 p<0,05	1,8±0,2	2,1±0,3 p>0,05
Сохранение эрекции (МИЭФ 4)	2,0±0,3	3,6±0,3 p<0,05	2,1±0,3	2,2±0,2 p>0,05
Эрекция до завершения полового акта (МИЭФ 5)	1,4±0,3	2,9±0,1 p<0,05	1,3±0,1	1,5±0,2 p>0,05
Число попыток совершить половой акт (МИЭФ 6)	2,0±0,2	2,9±0,3 p<0,05	2,2±0,3	2,1±0,2 p>0,05
Удовлетворенность половым актом (МИЭФ 7)	2,2±0,2	3,8±0,4 p<0,05	2,1±0,3	2,5±0,4 p>0,05
Удовольствие от полового акта (МИЭФ 8)	1,9±0,2	2,8±0,3 p<0,05	1,7±0,2	1,8±0,3 p>0,05
Частота эякуляций (МИЭФ 9)	1,3±0,2	2,7±0,3 p<0,05	1,4±0,1	1,6±0,2 p>0,05
Частота оргазмов (МИЭФ 10)	1,2±0,1	2,6±0,2 p<0,05	1,0±0,2	1,4±0,3 p>0,05
Сексуальное желание (частота) (МИЭФ 11)	1,9±0,3	3,0±0,4 p<0,05	1,7±0,2	1,4±0,1 p>0,05
Сексуальное желание (степень) (МИЭФ 12)	2,4±0,2	3,0±0,1 p<0,05	2,3±0,2	2,6±0,3 p>0,05
Удовлетворенность сексуальной жизнью в целом (МИЭФ 13)	1,6±0,3	3,1±0,3 p<0,05	1,4±0,1	1,3±0,2 p>0,05
Удовлетворенность сексуальными отношениями с партнершей (МИЭФ 14)	1,8±0,2	2,9±0,1 p<0,05	1,9±0,2	2,3±0,3 p>0,05
Уверенность в достижении и поддержании эрекции (МИЭФ 15)	1,4±0,1	3,2±0,2 p<0,05	1,3±0,1	1,2±0,3 p>0,05
Интегративные показатели				
Эректильная функция	12,45±0,74	23,16±0,64 p<0,05	13,21±0,60	14,08±0,39 p>0,05
Удовлетворенность половым актом	6,76±0,34	12,44±0,21 p<0,05	6,32±0,31	5,06±0,29 p>0,05
Оргазм	4,08±0,22	7,32±0,34 p<0,05	5,0±0,34	5,4±0,41 p>0,05
Либидо	3,32±0,15	6,14±0,22 p<0,05	4,01±0,21	3,84±0,18 p>0,05
Общая удовлетворенность	3,92±0,46	5,88±0,32 p<0,05	3,61±0,38	4,02±0,41 p>0,05

Следует отметить, что у всех пациентов ЭД ассоциировалась с психоэмоциональным дистрессом и дисгармонией семейных отношений.

В процессе наблюдения за пациентами обеих групп не отмечено патологических изменений показателей общего анализа крови и мочи, биохимических параметров крови. Статистически достоверных изменений в показателях тестостерона, эстрадиола, пролактина, ЛГ и ФСГ у пациентов до и после 30 дней применения Правенора® Форте также не отмечено.

### Клиническая эффективность

Согласно данным, указанным в табл. 2, выявлено достоверное изменение параметров МИЭФ в основной группе: достижение эрекции (МИЭФ-1) – с  $1,7 \pm 0,3$  до  $3,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), эрекция при сексуальной стимуляции (МИЭФ-2) – с  $1,9 \pm 0,2$  до  $3,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), достаточность эрекции (МИЭФ-3) – с  $1,8 \pm 0,3$  до  $3,0 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), сохранение эрекции (МИЭФ-4) – с  $2,0 \pm 0,3$  до  $3,6 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), эрекция до завершения полового акта (МИЭФ-5) – с  $1,4 \pm 0,3$  до  $2,9 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ), число попыток совершить половой акт (МИЭФ-6) – с  $2,0 \pm 0,2$  до  $2,9 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), удовлетворенность половым актом (МИЭФ-7) – с  $2,2 \pm 0,2$  до  $3,8 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ), удовольствие от полового акта (МИЭФ-8) – от  $1,9 \pm 0,2$  до  $2,8 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), частота эякуляций (МИЭФ-9) – от  $1,3 \pm 0,2$  до  $2,7 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), частота оргазмов (МИЭФ-10) – от  $1,2 \pm 0,1$  до  $2,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), сексуальное желание – частота (МИЭФ-11) – с  $1,9 \pm 0,3$  до  $3,0 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ), сексуальное желание-степень (МИЭФ-12) – с  $2,4 \pm 0,2$  до  $3,0 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ), удовлетворенность сексуальной жизнью в целом (МИЭФ-13) – с  $1,6 \pm 0,3$  до  $3,1 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), уверенность в достижении и поддержании эрекции (МИЭФ-15) – с  $1,4 \pm 0,1$  до  $3,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

Изменения интегративных показателей были следующими: эректильная функция – с  $12,45 \pm 0,74$  до  $23,16 \pm 0,64$  ( $p < 0,05$ ), удовлетворенность половым актом – с  $6,76 \pm 0,34$  до  $12,44 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ), оргазм – с  $4,08 \pm 0,22$  до  $7,32 \pm 0,34$  ( $p < 0,05$ ), либидо – с  $3,32 \pm 0,15$  до  $6,14 \pm 0,22$  ( $p < 0,05$ ), общая удовлетворенность – с  $3,92 \pm 0,46$  до  $5,88 \pm 0,32$  ( $p < 0,05$ ).

Назначение препарата Правенор® Форте способствовало достоверному повышению показателей МИЭФ: достижения эрекции – на 89,4%, эрекции при сексуальной стимуляции – на 68,4%, достаточности эрекции – на 66,7%.

Эректильная функция возросла на 86%, удовлетворенность половым актом – на 84%, оргазм – на 79,4%, либидо – на 84,9%, общая удовлетворенность – на 50%.

У пациентов группы сравнения достоверного изменения параметров МИЭФ не отмечено.

Все пациенты основной группы отметили хорошую переносимость препарата Правенор® Форте. Возникающие по-

бочные эффекты имели слабо выраженный и преходящий характер.

Следует отметить, что Правенор® Форте является уникальным препаратом, поскольку объединяет в себе три важных компонента: противовоспалительный, антипролиферативный и стимулирующий синтез NO. В частности, один из основных компонентов Правенора® Форте – экстракт крапивы двудомной (*Urtica dioica*) обладает стимулирующим, антипролиферативным, противовоспалительным, мочегонным и антисептическим эффектами. Применение экстракта карликовой пальмы (*Saw palmetto*), традиционно используемого при воспалительных и пролиферативных заболеваниях ПЖ, более чем оправдано, учитывая способности фитостеролов вызывать трофические, противовоспалительные и вазопротекторные эффекты. Это обстоятельство является очень важным для больных хроническим простатитом. С точки зрения коррекции эректильной дисфункции совершенно незаменимыми являются такие компоненты Правенора® Форте, как экстракт гинкго билоба, йохимбина гидрохлорид и L-аргинин, которые оказывают выраженный эротизирующий и эректильный протективный эффект в случаях ЭД гормонального и психогенного, а также смешанного генеза.

Для получения наилучшего результата терапии препарат назначают на длительное время, что способствует достижению максимального эффекта и не сопряжено с побочными действиями. Благодаря многокомпонентному составу препарат Правенор® Форте можно назначать в режиме монотерапии у пациентов с эректильной дисфункцией на фоне заболеваний ПЖ, связанных с воспалительным и дисгормональным генезом, что является экономически оправданным.

### ВЫВОДЫ

1. Применение препарата Правенор® Форте у больных с ЭД приводит к достоверному возрастанию параметров, характеризующих сексуальную активность пациентов: эректильной функции, удовлетворенности половым актом, оргазма и либидо.
2. Применение Правенора® Форте способствовало достоверному повышению интегративных показателей, характеризующих удовлетворенность половым актом и общую удовлетворенность.
3. Правенор® Форте эффективен, безопасен, удобен в применении, что в сочетании с доступной ценой обуславливает целесообразность его назначения в терапии эректильной дисфункции.
4. Благодаря многокомпонентному составу Правенор® Форте устраняет не только нарушения эрекции, но и симптомы заболеваний предстательной железы воспалительного и дисгормонального генеза.

встановлювали шляхом вивчення анамнезу, об'єктивного клініко-лабораторного та спеціалізованого обстеження.

**Результати.** Призначення препарату Правенор® Форте зумовило достовірне покращення показників МІЕФ: досягнення ерекції – на 89,4%, ерекції при сексуальній стимуляції – на 68,4%, достатності ерекції – на 66,7%. Еректильна функція збільшилася на 86%, задоволеність статевим актом – на 84%, оргазм – на 79,4%, лібідо – на 84,9%, загальна задоволеність – на 50%. У пацієнтів групи порівняння достовірної зміни параметрів МІЕФ не виявлено.

**Заключення.** Препарат Правенор® Форте ефективний, безпечний, зручний у застосуванні, що у поєднанні з доступною ціною, зумовлює доцільність його призначення в терапії ЕД. Завдяки багатокомпонентному складу Правенор® Форте усуває не тільки порушення ерекції, але і симптоми захворювань ПЗ запального і дисгормонального генезу.

**Ключові слова:** еректильна дисфункція, хронічний простатит, гіперплазія передміхурової залози, Правенор® Форте.

### Сучасні тенденції у виборі альтернативних методів терапії пацієнтів з еректильною дисфункцією на фоні захворювань передміхурової залози запального і дисгормонального генезу О.Д. Нікітін

**Мета дослідження:** проаналізувати ефективність і переносимість застосування препарату Правенор® Форте у пацієнтів з еректильною дисфункцією (ЕД) на тлі хронічного простатиту і гіперплазії передміхурової залози (ПЗ).

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів з ЕД, які були розділені на дві групи. У більшості хворих обох груп виявляли хронічні супутні захворювання. Пацієнти основної групи (n=30) вживали Правенор® Форте по 2 капсули на добу протягом 30 днів. Пацієнтам групи порівняння (n=30) корекцію ЕД проводили без призначення препарату Правенор® Форте. Діагноз ЕД

**Current trends in the choice of alternative methods of therapy of patients with erectile dysfunction on the background of prostate diseases of inflammatory and dyshormonal genesis.**  
**O.D. Nikitin**

**Objective:** to analyze the efficacy and tolerability of the use of the drug Praveron® Forte in patients with erectile dysfunction (ED) on the background of chronic prostatitis and prostatic hyperplasia (PH).

**Materials and methods.** The study involved 60 patients with ED who were divided into two groups. The majority of patients in both groups had chronic diseases. Patients of the main group (n = 30) received Praveron® Forte 2 capsules per day for 30 days. Patients of the comparison group (n = 30) had ED correction without using the drug Praveron® Forte. The diagnosis of ED was established by study-

ing the anamnesis, objective clinical and laboratory and specialized examination.

**Results.** Prescription of the drug Praveron® Forte significantly increased the indices of ICEF: erection achievement - by 89.4%, erection with sexual stimulation - 68.4%, and erection adequacy - by 66.7%. Erectile function increased by 86%, satisfaction with sexual intercourse by 84%, orgasm by 79.4%, libido by 84.9%, overall satisfaction by 50%. The patients of the comparison group had no significant change in ICEF parameters.

**Conclusion.** The drug Praveron® Forte is effective, safe, convenient to use, which, combined with an affordable price, makes it advisable to prescribe it in ED therapy. Thanks to the multicomponent composition, Praveron® Forte eliminates not only erectile dysfunction, but also symptoms of the inflammatory and dyshormonal genital diseases.

**Key words:** *erectile dysfunction, chronic prostatitis, prostatic hyperplasia, Praveron® Forte.*

**Сведения об авторе**

**Никитин Олег Дмитриевич** – Кафедра урологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Т. Шевченко, 13; тел.: (093) 703-03-72. E-mail: [nikitin@bigmir.net](mailto:nikitin@bigmir.net)

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Здоровье мужчины. – 2002. – № 1. – С. 9–11.
2. Горпинченко И.И. Лечение эректильной дисфункции. – К.: Професионал, 2008. – 198 с.
3. Althof S.E., Corty E.W., Lewine S.B., et al. EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology* 1999; 53,4:793–799.
4. Calabrt RS, Gervasi G, Bramanti P. LArginine and vascular diseases: lights and pitfalls! *Acta Biomed.* 2014 Dec 17;85(3):222–8.
5. Cui T, Kovell RC, Brooks DC, Terlecki RP. A Urologist's Guide to Ingredients Found in TopSelling Nutraceuticals for Men's Sexual Health. *J Sex Med.* 2015 Nov;12(11):2105–17.
6. Geppi-Attee S., Sultana S., Hodgson G. et al. Duration of action of sildenafil citrate among men with erectile dysfunction of no organic cause. 9th World Meeting on Impotence, Perth, Western Australia, 2000. *Int J Impot Res* 2000; (suppl. 23): S21.
7. Lacchini R, Muniz JJ, Nobre YT. et al. Relationship between Arginase 1 and Arginase 2 levels and genetic polymorphisms with erectile dysfunction. *Nitric Oxide.* 2015 Dec 1;51:36–42.
8. Melman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol.* 1999 Jan;161(1):5–11.
9. Perez-Martinez C. Therapy with sildenafil for ED, why to wait one hour? 15th World Congress of Sexology 24 June, 2001 Abstract Book:182.
10. Rosen R.C., Riley A., Wagner G. et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction // *Urology.* – 1997. – V. 49. – P. 822–830.
11. Sachs B.D. Rats have «psychogenic» erections: a review of stimulus and neural control // *J. of Impotence research.* – 1996. – V. 8, № 3. – P. 136–136.
12. Roose S.P. Depression: links with ischemic heart disease and erectile dysfunction // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003;64 Suppl. 10:26–30.
13. Safarinejad MR, Hosseini SY. Erectile dysfunction: clinical guidelines (2). *Urol J.* 2004 Fall;1(4):227–39.

Статья поступила в редакцию 27.03.17