

# Эффективность фитотерапии на фоне применения экстракорпоральной ударно-волновой терапии у лиц с хроническим калькулезным простатитом

И.И. Горпинченко, В.В. Спиридоненко

ДУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности препарата Канефрон® Н у пациентов с хроническим калькулезным простатитом (ХКП) в качестве компонента комплексной терапии.

**Материалы и методы.** В отделе андрологии и сексологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было проведено исследование препарата Канефрон® Н. У 30 пациентов I группы с верифицированным ХКП в стадии нестойкой ремиссии в возрасте от 37 до 52 лет (средний возраст – 39,2±1,9 года) было проведено комплексное лечение в виде экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) в сочетании с применением Канефрона Н (90 дней). Во II группу (n=30) вошли пациенты с аналогичным состоянием (средний возраст – 37,2±1,0 года), получавшие лечение в виде ЭУВТ и монотерапии тамсулозином 0,4 мг/сут в течение 30 дней. В группу сравнения (группа III) вошли 15 пациентов с аналогичными параметрами, получавшие только ЭУВТ.

**Результаты.** В результате исследования выявлено, что применение Канефрона Н в комплексной терапии ХКП с помощью ЭУВТ создает все условия для реализации антимикробного, противовоспалительного, антилитогенного и спазмолитического эффектов, при этом с отличным комплексом на протяжении 90 сут. Наблюдается высокая комплаентность при назначении препарата в виде противорецидивных курсов терапии ХКП, с возможностью эффективной коррекции СХТБ.

**Заключение.** Комплексная терапия больных хроническим калькулезным простатитом с включением в схему растительного препарата Канефрон® Н является высокоэффективной методикой лечения. Применение Канефрона Н у лиц с калькулезным простатитом позволяет достоверно уменьшить выраженность инфекционно-воспалительной реакции и улучшить качество жизни пациента.

**Ключевые слова:** хронический калькулезный простатит, синдром хронической тазовой боли, фитотерапия.

Хронический простатит (ХП) – воспалительное заболевание предстательной железы (ПЖ), характеризующееся болью в области таза и тазовых органов, нарушениями мочеиспускания и половой функции. ХП в современном мире представляет собой целый комплекс соматических симптомов и психологических проблем. У 5–12% пациентов с бесплодием в анамнезе отмечают воспалительные урогенитальные заболевания (Dohle G., 2003), у 52% мужчин с простатитами – сексуальные расстройства (Keltikangas-Jarvinen и соавторы, 1981). Важную роль при этом играет наличие ассоциаций урогенитальных инфекций в виде двух (48,8%), трех (34,9%) и более (17,2%) микробных уроселективных патогенов. Ежегодно в мире регистрируют около 449 млн новых случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомониаза. При этом некоторые ИППП протекают без симптомов. Известным фактом является и то, что ИППП считают важной причиной бес-

плодия у мужчин и женщин. Кроме того, их наличие способно в три и более раз повышать риск приобретения гепатита С и ВИЧ-инфекции (Информационный бюллетень ВОЗ, 2012).

Формирование хронического воспалительного процесса в нижних мочевых путях у мужчин не бывает изолированным и в большинстве своем имеет связь с ИППП. Часто это приводит к осложнениям ХП в виде сексуальных расстройств, бесплодия, патологических психоэмоциональных расстройств, наличия упорных симптомов нижних мочевых путей (СНМП), возникновения калькулезного процесса [10] и развития синдрома хронической тазовой боли (СХТБ).

СХТБ – наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции. В генезе этого состояния наличие инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии не подтверждено (International Continence Society 2002), поэтому СХТБ – нераскрытая до конца проблема, нуждающаяся в дальнейшем тщательном изучении. Для СХТБ не характерны признаки воспалительной реакции, нейропатические поражения нижних мочевых путей, отсутствуют явные заболевания мочевого тракта.

Фундаментальные исследования СХТБ способствовали формированию научной концепции полиэтиологичности возникновения данного состояния.

В настоящее время существует ряд теорий возникновения СХТБ:

- 1) теория инфицирования уропатогенами нижних мочевых путей;
- 2) аутоиммунная теория (в генезе лежит повышение активности Т-клеток в спермальной плазме, с высоким уровнем цитокинов IL-1, IL-1b, IL-6, IL-8 и TNF-α в тканях);
- 3) теория химического генеза воспаления ткани ПЖ в результате рефлюкса мочи (нервный фактор роста обуславливает повышение числа чувствительных С-волокон);
- 4) теория механического раздражения простатического эпителия солевыми матриксами;
- 5) теория патологического генеза напряжения мышц тазового дна.

Причинами СХТБ могут быть посттравматические нарушения функции тазовых органов, ущемление пудендального нерва, повреждения межпозвоночных дисков в поясничном отделе любого генеза, опухоли малого таза или спинного мозга, остит лобковых костей, функциональный соматический синдром (синдром раздраженного кишечника + синдром хронической боли + неспецифические поражения кожи), хронический стресс и различные другие нарушения психического статуса.

Клиническими проявлениями СХТБ считают: боль или дискомфорт в промежности, области малого таза с иррадиацией в нижние отделы спины, низ живота, наружные половые органы, боль при эякуляции и постэякуляторная боль (R.V. Alexander, 1996; J.C. Nickel, 1996; D.A. Shoskes, 2004). Важным моментом

являются симптомы нарушения мочеиспускания, наблюдаемые примерно у половины пациентов с СХТБ (J.C. Nickel, 1996; D.A. Shoskes, 2004), сексуальные расстройства отличаются значительной полиморфностью и затяжным течением (A. Mehik, 2001). Для СХТБ характерно стойкое снижение качества жизни пациентов (L. Keltikangas-Jarvinen, 1989; J.J. De la Rosette, 1993; A. Mehik, 2001) как ведущий симптом заболевания и цель медикаментозной коррекции.

В основе диагностики СХТБ лежит принцип обследования пациентов с помощью шкалы NIH-CPPS (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index) (M.S. Litwin, 1999; J.C. Nickel, 2001), опросников IPSS и QOL. Также обязательными являются классические методы исследования – анализ мочи, цитологический анализ секрета ПЖ, ПЦР-технологии, трансректальное ультразвуковое исследование, урофлоуметрия и т.п.

СНМП – наиболее распространенное в клинической практике состояние у мужчин с различными заболеваниями ПЖ (ХП, доброкачественная гиперплазия предстательной железы – ДГПЖ и др.). Каждый четвертый мужчина в возрасте 40 лет и старше указывает на наличие СНМП [19]. Последние являются важным фактором риска возникновения сексуальной дисфункции, независимо от возраста и сопутствующей кардиоваскулярной патологии. СНМП, как и СХТБ, тесно ассоциированы с тяжелыми формами эректильной дисфункции (ЭД) за счет широкого распространения обеих патологий среди мужчин пожилого возраста; выраженного влияния обоих состояний на качество жизни пациентов; возможной общей этиологии и патогенеза.

Клинические проявления СХТБ в виде развития возрастного частичного андрогенного дефицита связаны со снижением чувствительности рецепторов периферии к тестостерону, замещением мышечной ткани на жировую, возрастанием симпатического влияния, ростом уровня гипофизарных гормонов и эстрадиола, гиперпролиферацией тканей ПЖ (повышение активности факторов роста эпителия и фибробластов, при уменьшении трансформирующего фактора роста) и атрофией яичек.

Приведенные выше случаи сочетания хронического калькулезного простатита (ХКП), осложненного ЭД и СХТБ, заслуживают самого тщательного внимания с детализацией жалоб, анамнеза, максимальной объективизацией диагностических мер и корректым лечением.

Применение большого количества лекарственных препаратов, особенно у пациентов старше 50 лет, когда имеются различные другие патологии, часто требующие длительной терапии, является крайне нежелательным. В таких случаях на первый план могут выступать растительные фармпрепараты, обладающие многогранным действием и подходящие для длительной терапии. Несмотря на то что фитотерапия традиционно применяется тысячелетиями, до настоящего времени существуют две нерешенные проблемы: отсутствие стандартизации сырья и производства, что не позволяет получать готовые лекарственные растительные формы с постоянным содержанием ключевых биологически активных веществ (БАВ). Было установлено, что содержание БАВ может быть кардинально разным у различных экземпляров растений даже при условии произрастания на одной территории. Это обусловлено наличием большого количества подвидов и сортов, значительным видовым биохимическим полиморфизмом дикорастущих растений.

Согласно результатам исследований, проведенных в различных зарубежных центрах, было установлено, что составляющие препарата Канефрон® Н оказывают лечебное воздействие не только на мочевую систему, а и положительно влияют на рядом расположенные половые органы.

Так, согласно данным статистической выборки из Medline, известен ряд научных работ, указывающих на достаточно разностороннюю клиническую эффективность Канефрона Н при патологии мочеполовой системы как у мужчин, так и у женщин. Применение Канефрона Н у женщин имеет значительную, теоретически обоснованную, научную базу, в то время как эффекты при андрологических заболеваниях изучены меньше [13, 15–18, 20].

Стандартизированные по содержанию ключевых биологически активных веществ компоненты лекарственных растений: корня любистка, листьев розмарина, травы золототысячника, входящие в состав Канефрона Н, содержат вещества, обладающие широким антимикробным спектром действия. Антиадгезивное противомикробное действие составляющих Канефрона Н основывается на способности к снижению степени бактериальной адгезии уропатогенов типа E.coli и уменьшению процессов образования бактериальных биопленок на слизистых оболочках мочевой системы. Антимикробный эффект выражается наличием антибактериальных свойств у компонентов препарата в виде способности подавлять широкий спектр уропатогенов.

Противовоспалительный эффект Канефрона Н основан на снижении экспрессии провоспалительных факторов ЦОГ-2 и 5-липоксигеназы и уменьшении лейкоцитарной реакции в тканях. Согласно данным, представленным на 31-м Конгрессе Европейской ассоциации урологии (EAU) в Мюнхене (2016, Германия), феномен противовоспалительной эффективности Канефрона Н основан на угнетении активности простагландина E2, что выражается в повышении порога болевой чувствительности при экспериментальном цистите (после интраперитонеального введения циклофосамида) и простатите (интрапростатическое введение каррагинана) у крыс.

Антикристаллизационная способность составляющих Канефрона Н обусловлена уменьшением концентрации кристаллообразующих субстанций (оксалат, соли мочевой кислоты), повышением концентрации ингибиторов кристаллизации (ионов магния), нормализации pH мочи, мочегонным эффектом [22, 23].

Канефрон® Н способен влиять на снижение маркеров перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид) в почечной ткани, а его антиоксидантный эффект сходен с эффектами аскорбата. Как показали экспериментальные исследования, данный фармакологический препарат способен оказывать спазмолитический эффект на структуры нижних мочевых путей, что обусловлено наличием флавоноидного компонента. Указанные выше свойства Канефрона Н подтверждаются результатами научных исследований отечественных и зарубежных ученых, посвященных терапии острых и хронических инфекций мочевых путей и почек, мочекаменной болезни (МКБ), обменных нарушений почек и вторичных нефропатий [2, 3, 5, 12]. По данным исследований, применение препарата Канефрон® Н дает хорошие результаты у пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом [6,–8, 14].

Канефрон® Н эффективно регулирует pH и нормализует уровень мочевой кислоты при МКБ [11], подавляет патологическую кристаллизацию мочи [4], уменьшает частоту бактериурии [9] и лейкоцитурии [1] у пациентов с хроническим рецидивирующим циститом, увеличивая безрецидивный период в 2 раза.

Вместе с тем, в литературе существует очень мало данных об эффективности Канефрона Н в случаях воспалительных заболеваний мочеполовых органов у мужчин с ХП.

Наиболее показательным процессом, способным к положительной клинической реакции на фитотерапию, является калькулезная форма ХП [10]. Учитывая низкую эффективность консервативной терапии для удаления конкрементов, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины» для элиминации конкрементов в качестве первого этапа лечения была разра-

ботана методика малоинвазивной терапии указанного процесса в виде проведения сеансов экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ). Данная методика широко применяется за рубежом, имеет хорошие отдаленные результаты и является перспективным направлением терапии данных процессов.

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности препарата Канефрон® Н у пациентов с ХКП в качестве компонента комплексной терапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделе андрологии и сексологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» было проведено исследование препарата Канефрон® Н. В I группу вошли 30 пациентов с верифицированным ХКП в стадии нестойкой ремиссии в возрасте от 37 до 52 лет (средний возраст – 39,2±1,9 года), которым проводили комплексное лечение в виде экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) с применением Канефрона Н в суточной дозе 6 таблеток (150 капель) курсом 90 дней. Во II группу вошли 30 пациентов с аналогичным состоянием (средний возраст – 37,2±1,0 года), которым проводили лечение в виде ЭУВТ с тамсулозином 0,4 мг/сут в монотерапии в течение 30 дней. В группу сравнения (группа III) вошли 15 пациентов такого же возраста и с аналогичным диагнозом, которым проводили лечение только ЭУВТ без фармакотерапии.

**Задачи исследования:** изучить влияние препарата Канефрон® Н на выраженность СНМП у пациентов (по оценке данных IPSS и QoL), определить динамику уменьшения уровня лейкоцитурии, бактериурии, лейкоцитарной реакции в секрете ПЖ и комплаенс препарата.

**Критерии включения в исследование:**

- мужчины в возрасте 32–55 лет, живущие половой жизнью и имеющие сексуального партнера;
- наличие калькулезного процесса, верифицированного ультразвуковым методом или МРТ;
- наличие болевого синдрома свыше 12 мес без эффекта от проводимой консервативной терапии в течении 6 мес;
- верифицированное хроническое инфекционно-воспалительное заболевание простатовезикулярного комплекса;
- информированность о клиническом исследовании и способность к адекватному сотрудничеству.

**Критерии исключения из исследования:**

- использование других методов лечения ХП и СНМП;
- уровень PSA выше 4,0 нг/мл;
- клинические ситуации ставящие под сомнение эффект лечения (гипоректорный нейрогенный мочевой пузырь, диабетическая нейропатия мочевого пузыря, ДГПЖ, необходимость дальнейшей диагностики состояния, декомпенсация основного заболевания);

- применение более 5 лекарственных препаратов;
- применение любых других препаратов аналогичного действия и состава и препаратов, антибактериальных препаратов.

**Критерии оценки клинической эффективности:**

- динамика показателей опросников по шкале IPSS/QoL («отличный эффект» – улучшение до нормы; «хороший эффект» – улучшение всех показателей на 30–50%; «удовлетворительный эффект» – на 10–30%; «без эффекта» – сдвиг основных показателей на ±10%; «ухудшение» – снижение показателей на 10% и более);
- оценка эффективности терапии пациентом и врачом;
- анализ динамики сока ПЖ.

Методика ЭУВТ была стандартной, ее проводили с помощью установки Richard Wolf Piezo Wave – источника ударных волн с пьезоэлектрической самофокусирующей полусферы (плотность потока энергии в зоне фокуса до 0,4 мДж/мм<sup>2</sup>, давление до 82,2 мПа, частота пульсации ударных волн 8 Гц, количество импульсов на один сеанс 2000 № 10). Количество сеансов № 8–10 через день, с индивидуальным учетом клинических особенностей.

На протяжении 3 мес пациенты I группы принимали Канефрон® Н по 2 таблетки 3 раза в сутки после еды. После 3-месячного лечения проведены контрольные тесты эффективности терапии, дана оценка безопасности препарата и уровень побочных эффектов.

Диагностику проводили с помощью оценки соматического и генитального статуса, проведения трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и прямой урофлоуметрии (УФМ), контроля общего анализа крови, цитологического анализа секрета ПЖ и проведения анкетирования по шкалам IPSS и QoL. Последние проводили в сроки до, спустя 1 мес и 3 мес от начала лечения.

Статистические методы заключались в вычислении показателей существенной разницы по коэффициентам достоверности Стьюдента-Фишера (при  $p < 0,05$ ) и корреляционном статистическом анализе с помощью стандартных компьютерных программ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение исследований до лечения установило наличие в мочевой системе мужчин с калькулезным простатитом воспалительного процесса. В цитологическом материале выявили признаки хронического воспаления абактериального генеза, ассоциированные с избыточным формированием солевого компонента в протоках ПЖ и структурах нижних мочевых путей (табл. 1).

Через 30 дней после завершающего сеанса ЭУВТ, пациенту проводили исследование на предмет грубых нарушений

Таблица 1

Данные исследований до ЭУВТ и медикаментозной терапии

Показатель	Данные в группах до лечения		
	I группа	II группа	III группа
Лейкоциты в моче, в поле зрения	10,9±0,7	11,0±0,4	10,4±0,8
Эритроциты в моче, в поле зрения	7,2±0,2	6,8±0,5	4,2±0,1
Бактерии в моче, в поле зрения	49,2±3,7	42,2±4,5	45,2±3,1
Лейкоциты в секрете ПЖ, в поле зрения	17,2±1,5	19,2±1,9	21,2±1,7
Лецитиновые зерна, в поле зрения	+---	+---	+---
Кристаллизация секрета ПЖ	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Титр бактериурии, КОЕ/1 мл мочи	4×10 <sup>5</sup>	3×10 <sup>5</sup>	4×10 <sup>4</sup>
Уринарный микроальбумин мочи, мг/мин	46,73±2,98	38,42±3,87	54,39±2,21

Результаты контрольных исследований на 90-е сутки

Показатель	Данные в группах после лечения		
	I группа	II группа	III группа
Лейкоциты в моче, в поле зрения	2,0±0,1*	5,4±0,2*	7,2±0,2
Эритроциты в моче, в поле зрения	1,2±0,1*	3,0±0,1	3,2±0,1
Бактерии в моче, в поле зрения	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты в секрете ПЖ, в поле зрения	7,2±0,4*	9,2±0,4*	9,2±0,3*
Лецитиновые зерна, в поле зрения	+++*	+---	++-
Кристаллизация секрета ПЖ	слабая	слабая	отсутствует
Титр бактериурии, КОЕ/1 мл мочи	2×10 <sup>2</sup> *	3×10 <sup>4</sup>	4×10 <sup>4</sup>
Уринарный микроальбумин мочи, мг/мин	15,03±0,23*	21,02±0,90*	39,21±0,81

Примечание: \* – при p<0,05 (показания по сравнению с исходными).

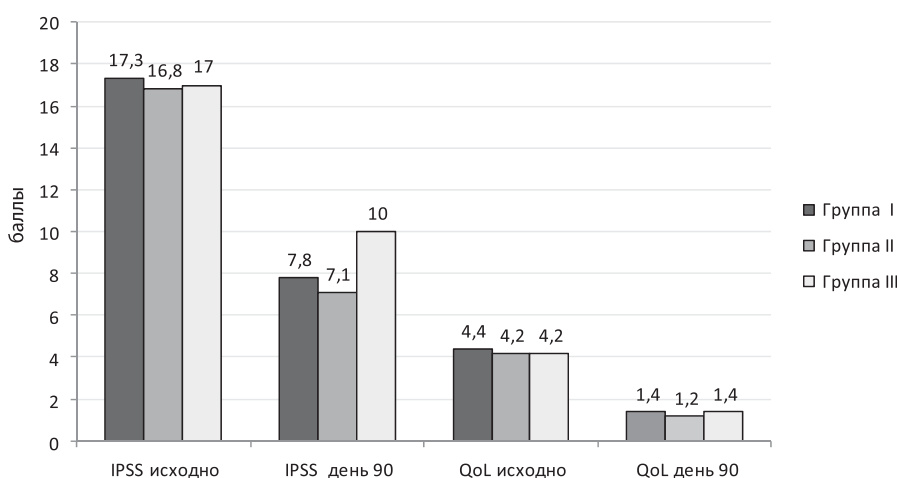


Рис. Динамика показателей функции нижних мочевых путей

в системе гомеостаза (анализ крови общий, анализ мочи, осмотр ПЖ и цитологический анализ секрета ПЖ), которое не выявило грубых отклонений в статусе.

Комплаентность монотерапии Канефроном Н пациентов I группы была высокой, каких-либо нежелательных клинических эффектов выявлено не было. У пациентов II группы уровень побочных действий составлял 6,6% (n=2), что не требовало отмены препарата (случаи ретроградной эякуляции).

При контрольном исследовании спустя 90 дней от начала лечения было установлено, что эффективность ЭУВТ была высокой у пациентов всех клинических групп.

При рассмотрении результативности терапии Канефроном Н было установлено, что данный препарат способствовал улучшению показателей мочевой системы, снижению воспалительной реакции (уменьшение лейкоцитурии и исчезновение эритроцитурии) в моче, снижению воспалительной реакции в секрете ПЖ (уменьшение лейкоцитов, повышение уровня лецитиновых зерен, при слабой динамике восстановление феномена кристаллизации) (табл. 2).

Признаки нормализации функции нижних мочевых путей в виде снижения выраженности СНМП (рисунок) были наиболее достоверными у пациентов I и II групп, где тест QoL улучшался до нормы. В то же время, показатель обшей бактериальной нагрузки и данные динамики воспалительного процесса тесно с ним ассоциированные, были лучше у пациентов I группы (p<0,05) (рис.).

При простатической обструкции легкой степени эффективность Канефрона Н в отношении коррекции СНМП по результатам долгосрочного наблюдения в большинстве слу-

чаев может быть сопоставима с эффективностью альфа-адреноблокаторов (тамсулозином).

Таким образом, применение Канефрона Н в андрологической практике, в частности, в комплексной терапии ХКП с помощью ЭУВТ, создает все условия для реализации антимикробного, противовоспалительного, антилитогенного и спазмолитического эффектов.

Важным положительным моментом такого вида лечения было отсутствие какого-либо отрицательного эффекта при назначении Канефрона Н на протяжении 90 сут. Высокая комплаентность данного препарата позволяет рекомендовать его в качестве противорецидивных курсов терапии ХКП с возможностью эффективной коррекции СХТБ.

### ВЫВОДЫ

1. Комплексная терапия больных хроническим калькулезным простатитом в виде сочетания экстракорпоральной ударно-волновой терапии и препарата Канефрон® Н является высокоэффективной методикой лечения указанных состояний.
2. Применение Канефрона Н у пациентов с калькулезным простатитом в виде 90-дневного курса позволяет достоверно уменьшить выраженность клинических проявлений и улучшить качество жизни пациента в сопоставимой степени с тамсулозином.
3. Применение препарата Канефрон® Н у данной категории пациентов позволяет добиться существенной нормализации клинико-лабораторных проявлений воспалительных изменений в нижних мочевых путях.

**Ефективність фітотерапії на тлі застосування екстракорпоральної ударно-хвильової терапії в осіб з хронічним калькульозним простатитом**  
**I.I. Горпинченко, В.В. Спиридоненко**

**The effectiveness of phytotherapy against the background of the use of extracorporeal shock wave therapy in persons with chronic calculous prostatitis**  
**I.I. Gorpynchenko, V.V. Spiridonenko**

**Мета дослідження:** оцінювання клінічної ефективності препарату Канефрон® Н у пацієнтів з хронічним калькульозним простатитом (ХКП) як компоненту комплексної терапії.

**Матеріали та методи.** У відділі андрології та сексології ДУ «Інститут урології НАМН України» було проведено дослідження препарату Канефрон® Н. У 30 пацієнтів I групи з верифікованим ХКП у стадії нестійкої ремісії віком від 37 до 52 років (середній вік – 39,2±1,9 року) проведено комплексне лікування у вигляді екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) у поєднанні із застосуванням Канефрону Н (90 днів). У II групу (n=30) увійшли пацієнти з аналогічним станом (середній вік – 37,2±1,0 року), які одержували лікування у вигляді ЕУВТ і монотерапії тамсулозином 0,4 мг/добу протягом 30 днів. У групу порівняння (група III) увійшли 15 пацієнтів з аналогічними параметрами, які одержували тільки ЕУВТ.

**Результати.** У результаті дослідження виявлено, що застосування Канефрону Н у комплексній терапії ХКП за допомогою ЕУВТ створює всі умови для реалізації антимікробного, протизапального, антилітогенного і спазмолітичного ефектів, при цьому з відмінним комплексом протягом 90 діб. Спостерігають високу комплаєнтність під час призначення у вигляді протирецидивних курсів терапії ХКП з можливістю ефективної корекції СХТБ.

**Заключення.** Комплексна терапія хворих на хронічний калькульозний простатит з включенням у схему рослинного препарату Канефрон® Н є високоєфективною методикою лікування. Застосування Канефрону Н в осіб з калькульозним простатитом дозволяє достовірно зменшити вираженість інфекційно-запальної реакції і поліпшити якість життя пацієнта.

**Ключові слова:** хронічний калькульозний простатит, синдром хронічного тазового болю, фітотерапія.

**The objective:** establish the clinical effectiveness of Canephron® N in individuals with chronic calculous prostatitis, as a component of complex therapy.

**Patients and methods.** In the department of andrology and sexology, the Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, a study of the drug Canephron® N. was conducted in 30 patients (group I) with verified chronic calculous prostatitis (HCP), in the stage of unstable remission, aged 37 to 52 years 39.2±1.9 years), a complex treatment was performed in the form of extracorporeal shock wave therapy (ESWL), in combination with a daily dose of Canephron® N (90 days). Group II (n=30) consisted of patients with a similar condition (mean age 37.2±1.0 years) who received treatment in the form of ESWT and monotherapy with tamsulosin 0.4 mg/day for 30 days. The comparison group (group III) consisted of 15 patients with similar parameters, receiving only ESWT.

**Results.** The use of Canephron® N in complex HCV therapy with ESWT creates all the conditions for the implementation of antimicrobial, anti-inflammatory, antilithogenic and antispasmodic effects, with excellent compliance for 90 days. Its high compliance with the appointment in the form of anti-relapse courses of HCV therapy, with the possibility of effective correction of CPPS.

**Conclusion.** Complex therapy of patients with chronic calculous prostatitis, with the inclusion of Canephron® N in the herbal preparation, is a highly effective method of treatment. The use of Canephron® N in individuals with calculous prostatitis can reliably reduce the severity of the infectious-inflammatory reaction and improve the patient's quality of life.

**Key words:** chronic calculous prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, phytotherapy.

**Сведения об авторах**

**Горпинченко Игорь Иванович** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.  
 E-mail: [sexology@sexology.kiev.ua](mailto:sexology@sexology.kiev.ua)

**Спиридоненко Владимирovich** – ГУ «Інститут урології НАМН України», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: [bro-vladimir@yandex.ru](mailto:bro-vladimir@yandex.ru)

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В. с соавт. Применение растительного препарата Канефрон Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью // Урология. – 2005. – № 4. – С. 29–33.
2. Вошула В.И. Метафилактика мочекаменной болезни // Здоровья Украины. – 2015. – 1 (52): 108–112.
3. Гресь А.А., Вошула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективности Канефрона // Медицинские новости. – 2004;8:89–93.
4. Гресь А.А. с соавт. Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность Канефрона Н // Медицинские новости. – 2004. – № 8. – С. 89–93.
5. Давидов М.И., Игошев А.М. (2015) Влияние растительного препарата Канефрон® Н на результаты дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Эксперимент. клин. урол., 3: 82–86.
6. Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Кушниренко С.В., с соавт. Терапевтические возможности препарата Канефрон Н при инфекциях мочевых путей у пациентов с сахарным диабетом типа 2 и метаболическим синдромом // Качество жизни. Медицина, № 3, 2006. Инфекции мочевых путей у детей та дорослих: Київ–Дніпропетровськ, Метод. рек. ком., 2004. – 19 с.
7. Лапчинская И.И. В центре внимания нефрологов диабетическая нефропатия // Здоровья Украины. – 2004. – № 6 (91). – 32 с.
8. Медведь В.И., Быкова Л.М., Данылкив О.Е., Шкабаровская Е.Н. Пиелонефрит у беременных с сахарным диабетом: особенности течения и лечения // Здоровья Украины. – 2003. – № 6 (67). – С. 22–23.
9. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей // Врачебное сословие. – 2005. – № 4–5. – С. 1–4.
10. Спиридоненко В.В. Хронічний калькульозний простатит: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування // Здоровья Украины. – 2017. – № 3. – С. 7–8.
11. Черненко В.В., Савчук В.Й., Желтовская Н.И., Штильвасер Л.М. Особенности коррекции рН мочи и гиперкристаллурии у больных уратами мочекаменной болезни // Здоровья Украины. – 2003. – № 4 (7). – С. 65–68.

12. Черненко В.В., Штильвасер Л.М., Желтовская Н.И. (2007) Современные подходы к про- и метафилактике мочекаменной болезни // Врач. сословие, 3: 20–23.
13. Ceban E. Efficacy of a fixed combination of Centaurii herba, Levistici radix and Rosmarini folium in. Zeitschrift fur Phytotherapie 2012; 33; 19–23.
14. Fahim F.A., Esmat A.X., Fadel H.M. et al. Allied studies on the effect of Rosmarinus officinalis L. on experimental hepatotoxicity and mutagenesis // Int. J. Food Sci. Nutr. – 1999. – V. 50. – P. 413–427.
15. Gaybullae factors of idiopathic calcium urolithiasis in an open study // Z. Phytotherapy 2013; 34: 16–20.
16. Ivanov et al. An open label, non-controlled, multicentre, interventional trial to investigate the safety and efficacy of Canephron® N in the management of uncomplicated urinary tract infections (uUTIs). Clinical Phytoscience, 1:7 2015.
17. Martynuk L., Ruzhitska O, Effect of the Herbal Combination Canephron N on Diabetic Nephropathy in Patients with Diabetes Mellitus: Results of a Comparative Cohort Study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2014; 20(6): 472–8.
18. Medved V. Safety of Canephron® N for the treatment of urinary tract infections in the first trimester of pregnancy Clinical Phytoscience 1:11, 2015.
19. Milsom I., Abrams P., Cardozo L., Roberts R.G., Thuroff J., Wein A.J. // BJU Int. 2001;87:760–766.
20. Naber K.G. Efficacy and safety of the phytotherapeutic drug Canephron N in prevention and treatment of urogenital and gestational disease: review of clinical experience in Eastern Europe and Central Asia // Res. Rep. Urol. 2013; 5: 39–46.
21. Sterner W., Heisler E., Popp H.O. et al. Studies on the effectiveness of Canephron in renal diseases – Pharmacological and practical experiences. Phys Med Rehab 1973;14:239–258.
22. Yokoo T., Kitamura M. Unexpected protection of glomerular mesangial cells from oxidant-triggered apoptosis by bioflavonoid quercetin // Am. J. Physiol. – 1997. – V. 273. – P. F206-F212.
23. Yokozawa T., Dong E., Kawai Y., Gemba M. Protective effect of some flavonoids on the renal cellular membrane // Exp. Toxic. Pathol. – 1999. – V. 51. – P. 9–14.

Статья поступила в редакцию 23.06.17