

Комбинированная фитотерапия при хронических воспалительных заболеваниях предстательной железы и их осложнения у больных сахарным диабетом

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Сочетание у больных сахарным диабетом и хроническим простатитом, проявляющееся симптомами нижних мочевых путей, является актуальным медико-социальным вопросом и требует адекватных мер диагностики и медикаментозной коррекции.

Цель исследования: определить перспективы долгосрочного применения средств комбинированной фитотерапии у мужчин с симптомами нижних мочевых путей на фоне хронического простатита (ХП) и сахарного диабета (СД).

Материалы и методы. В ГУ «Институт урологии НАМН Украины» были обследованы 95 мужчин, из них 63 пациента с ХП на фоне СД 1-го и 2-го типов (средний возраст – 42,3±0,9 года). В 1-й группе больным (n=30) назначали Правенор® в форме капсул по 2 капсулы в сутки после еды в течение 4 мес с тремя 10-дневными промежутками, в период которых назначали свечи Правенор по 1 × 2 раза в сутки; во 2-й группе (n=33) пациенты принимали экстракт семян тыквы обыкновенной 500 мг 2 раза в сутки в течение 4 мес. Контрольную группу (n=32) составили практически здоровые пациенты, которые не получали лечения в течение срока исследования. Анамнез заболевания ХП составил в среднем 5,2±0,8 года, СД – 12,8±0,9 года, отношение СД 1-го / СД 2-го типов – 70:30%.

Результаты. Применение препаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории базировалось на длительном медикаментозном воздействии на воспалительный фактор в тканях ПЖ. При контрольном осмотре одним из наиболее значимых показателей являлась компенсация углеводного обмена. При осмотре пациентов 1-й группы в контрольные сроки (30 сут) было установлено, что применение фитопрепаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории обеспечивает хороший клинический эффект, улучшает состояние здоровья и качество жизни. У пациентов 1-й клинической группы, получавших непрерывную комбинированную терапию, улучшились практически все показатели по сравнению со 2-й группой. Так, показатель максимальной скорости мочеиспускания Vmax у пациентов 1-й группы улучшился на 24,8%, акта мочеиспускания по IPSS – на 20,6%, QoL – на 46,5% соответственно (p<0,05). У пациентов 2-й группы такой динамики выявлено не было.

Заключение. Применение фитопрепаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории у пациентов с ХП на фоне СД является оправданной тактикой лечения, способствующей уменьшению дизурических явлений. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование Правенор® капсулы и Правенор суппозитории для комплексного лечения пациентов с ХП на фоне СД.

Ключевые слова: хронический простатит, сахарный диабет, фитотерапия.

Сахарный диабет (СД) является серьезной проблемой современного общества и в различных регионах планеты количество больных постоянно увеличивается. Это опасное хроническое заболевание вызывает нарушение функции практически всех органов и систем, что также касается и мочевыводящих путей. Имея ряд различных осложнений, СД негативно отражается на функциях мужской половой системы, часто вызывая стойкие нарушения акта мочеиспускания, эректильной функции, а также расстройства репродуктивной функции мужчины. Описанные впервые Ш. Я. М. де Кальве (1864) урологические симптомы при СД изначально трактовались как проявление специфического поражения автономной нервной системы, что и было доказано полстолетия назад [1]. В конце 70-х годов XX века была сформирована научная парадигма преимущественного диабетического поражения нижних мочевых путей, протекающая на фоне специфического поражения в виде дисфункции органов таза [2, 3]. По аналогии со специфической ангиопатией нижних конечностей нейропатия мочевого пузыря формируется постепенно с преобладанием нарушения чувствительности, что клинически больше зависит от выраженности декомпенсации СД, а не от его длительности [4].

Согласно сформировавшейся концепции, диабетической уронейропатии («диабетическая цистопатия» по Fridodt-Moller, 1976) присущи следующие группы симптомов: уменьшение чувствительности мочевого пузыря, увеличение его емкости и нарушение сократимости детрузора с явлениями остаточной мочи после микции. По данным литературы [5], эпидемиология диабетической цистопатии (ДЦ) представлена довольно широким диапазоном – от 25% до 90% [6, 7], что требует дальнейших исследований.

Часто у мужчин встречается хронический простатит (ХП), регистрируемый у более чем 30% лиц в возрасте 20–55 лет. В основе формирования патогенетических расстройств при ХП лежит хроническое очаговое неспецифическое воспаление, чаще всего вторичного генеза, имеющее рецидивирующее течение с нарушением дренажной и трофической функции простатических адинусов и семенных пузырьков с постепенным исходом в грубую соединительную ткань.

Наиболее частыми промоторами неспецифического воспаления считают бактериальные инфекции, анатомические особенности, приводящие к рефлюксу мочи [8], нарушение местного гормонального, иммунного и метаболического гомеостаза, нарушение пуринового обмена [9], влияние образа жизни и другие факторы, на которые наслаиваются последствия хронического нарушения углеводного обмена [10].

Хроническое воспаление является одним из наиболее мощных механизмов в патогенезе заболеваний предстательной железы (ПЖ) [11, 12], характеризующееся формированием воспалительных инфильтратов [13]. На роль хрониче-

ского воспаления в нарушении баланса между процессами пролиферации и регуляции апоптоза указывают результаты генетических исследований. Таким образом, коррекция сложного течения ХП на фоне СД с высоким риском трансформации воспаления в гиперпластические и неопластические процессы требует патогенетического влияния на воспалительный процесс.

Одним из ведущих клинических симптомов является возникновение стойких и многообразных дизурических проявлений, объединенных в современный термин «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП). Дифференциация симптоматики разного генеза СНМП, как диабетического, так и на почве ХП, у пациентов с СД часто затруднительна. В ранних фазах формирования диабетической цистонейропатии, когда ее доля в симптоматике практически отсутствует, но установлен диагноз «сахарный диабет 1-го типа», классические симптомы имеющегося ХП часто принимают за диабетические проявления. Хотя это и неверно, но зачастую именно такая настороженность создает прецедент раннего профилактического лечения специфических расстройств мочеиспускания. Обратной стороной вопроса является проблема точной оценки симптомов ДЦ, учитывая высокий процент латентного течения (22–36% симптомных случаев) [14, 15] с дебютом симптомов на ранних стадиях поражения [16–18] и самое главное – при различных формах СД. Так, по данным литературы [19], симптомы ДЦ у пациентов, принимающих инсулин (СД 1-го типа), составляют в среднем 43–87%, в то время как у больных, получающих пероральную антигликемическую терапию (СД 2-го типа), – 25–30%.

Формирование резистентных к лечению СНМП пациентов с СД является основанием для углубленного нейрофизиологического обследования акта мочеиспускания и анализа эффективности коррекции хронической гликемии.

Главную роль в общем патогенезе указанных выше состояний играет нарушение метаболического гомеостаза с нарушением свободнорадикального обмена, повышением уровня перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижением системы антиоксидантной защиты разной степени компенсации. Данные нарушения являются универсальным патогенетическим фактором поражения, проявляющимся как при СД различной локализации, так и при хроническом воспалении в структурах простатовезикулярного комплекса. Результатом этого является повреждение мембран клеток свободными радикалами (так называемый оксидантный стресс). Классикой при гипергликемии (СД 1-го типа) является высокий уровень свободных радикалов в клетках различных органов и систем, реализующийся с помощью механизмов аутоокисления глюкозы, гликирования, внутриклеточной активации полиолового пути с развитием дисбаланса НАДФ/НАД⁺ [20].

Нарушение гладкомышечных сокращений также является одним из ведущих проявлений патологии свободнорадикального обмена, однако при ХП оно является результатом влияния метаболизма уропатогенов и поствоспалительных местных реакций, а при СД – результатом хронических метаболических нарушений углеводного обмена. В конечном итоге все процессы сводятся к формированию оксидантного стресса [21, 22].

Избыток продукции соединений арахидоновой кислоты, простагландинов и циклооксигеназ в результате свободнорадикального повреждения биомембран клеток на фоне ХП также активно способствует повышению клеточной пролиферации в ткани ПЖ [23], а факторами защиты выступают антиоксидантные соединения (супероксиддисмутазы, каталаза, глутатион-S-трансфераза) [24].

Не вызывает сомнений роль свободнорадикального поражения герминативного эпителия у мужчин, страдающих СД 1-го типа и возникающего на этом фоне бесплодия [25, 26], о чем свидетельствуют сложные расстройства фертильности у лиц с патоспермией на стадии образования кетодиенов [27]. Установлено, что у мужчин с СД сперматозоиды содержат поврежденные цепи ДНК [26, 28].

Сочетание СД и ХП, проявляющееся СНМП, является актуальным медико-социальным вопросом и требует адекватных мер диагностики и медикаментозной коррекции.

Применение растительных средств часто является методом выбора долгосрочной терапии у пациентов с ХП на фоне СД. За последние 50 лет были проведены фундаментальные исследования, доказывающие клинические эффекты ряда растительных субстанций (экстракты плодов пальмы сабаль, листьев крапивы, сливы африканской, тыквы, якорцев стелющихся и т.п.) и влияющие на различные звенья патогенеза ХП. С учетом идентичности некоторых патогенетических механизмов (воспаление, оксидантный стресс, метаболические нарушения в виде ацидоза и т.п.) в указанных клинических случаях эффективность растительных субстанций часто соответствует или превышает такую у препаратов, полученных химическим синтезом.

Исследования украинских ученых позволили подтвердить высокую эффективность ряда комбинированных растительных средств (в частности, Правенор® и Правенор® Форте) в случае длительного приема по поводу как ХП, так и его сочетания с доброкачественной гиперплазией ПЖ [29, 30].

В состав препарата Правенор® капсулы входит 160 мг экстракта ягод карликовой пальмы (*Saw palmetto*), 100 мг экстракта крапивы двудомной (*Urtica dioica*), 20 мг экстракта гинкго билоба (*Ginkgo biloba*), 20 мг экстракта горца японского (*Polygonum cuspidatum*), 15 мг селен-метионина (эквивалент 90 мкг селена).

Согласно классическим и современным исследованиям, применение ректальных форм препарата создает наиболее благоприятные условия для проникновения лекарственных веществ непосредственно в ткани ПЖ с минимальной потерей их фармакологической активности, а также исключением дигесториальных расстройств.

Использование ректальных форм в урологии является одной из основных методик лечения с доказанными возможностями воздействия фармакологического продукта на органном уровне. Комбинации оральных и ректальных лекарственных веществ распространены в урологической практике, и поиск идеальных схем для лечения воспалительных заболеваний простатовезикулярного комплекса продолжается.

Применение ректальных форм терапии можно аргументировать несколькими факторами:

- а) возможностью доставки лекарственной формы в очаг воспаления;
- б) отсутствием перерыва в курсе лечения;
- в) снижением риска развития нежелательных явлений при длительном пероральном приеме.

При этом долгосрочность фитотерапии, как одно из важнейших условий лечения ХП, ее профилактическая направленность подразумевает именно рациональный подход к выбору способа введения лекарственной формы, с проведением его индивидуальных комбинаций.

В состав свечей Правенор входит 150 мг экстракта ягод карликовой пальмы (*Saw palmetto*), 50 мг экстракта корней любистка лекарственного (*Levisticum officinale*), 50 мг экстракта цветков календулы лекарственной (*Calendula officinalis*).

Из приведенных выше составляющих препарата Правенор наиболее известным простатоселективным компонентом является *экстракт ягод карликовой пальмы (Saw palmetto, син. – Serenoa repens)*. Это общепризнанный медицинский

продукт, составляющий альтернативу различным препаратам для лечения ДГПЖ и ХП (α -адреноблокаторы, НПВС, ингибиторы 5 α -редуктазы и др.). Широкое использование экстракта ягод карликовой пальмы определяется доказанной эффективностью содержащегося в нем ингибитора 5 α -редуктазы, на что указывает ряд исследований [31–34].

Были открыты противовоспалительные [35], противовоспалительные, пролактинмоделирующие и антипролиферативные [36] эффекты *Sergenoa repens* с возможностью уменьшения выраженности местных нарушений в виде универсального клеточного механизма апоптоза, протекающих с неконтролируемой пролиферацией всех элементов в ПЖ. Современные исследования установили возможность воздействия *Sergenoa repens* на молекулярные механизмы прогрессирования гиперпролиферации с дерегуляцией местных воспалительных механизмов и влиянием на ряд других патологических факторов (угнетение эпидермального и базального фактора роста) [37, 38].

Экстракт крапивы двудомной (Urtica dioica) – традиционное урологическое средство, которое в своем составе имеет целый комплекс природных стеролов (ситостерол, кампестерол, стигмастерол), жирных кислот и флавоноидов [39, 40], оказывающих противовоспалительный, антисептический и антипролиферативный эффект. В последние годы была установлена способность *Urtica dioica* к ингибированию простатического фактора роста, регуляции мембранного натрия и калия аденозинтрифосфата в ткани ПЖ с угнетением пролиферативных процессов и метаболизма секссвязывающего глобулина с тканевыми рецепторами ПЖ [41–45]. Было выявлено свойство *Urtica dioica* к снижению проявлений СНМП за счет противовоспалительного и противовоспалительного эффектов с тенденцией к уменьшению объема ПЖ на 18-м месяце [46].

Экстракт гинкго билоба (Ginkgo biloba) содержит производные терпенов (гинкголиды и билобалиды), которые улучшают обмен и микроциркуляцию при гипоксических процессах в тканях за счет повышения глюкозы и кислорода, таким образом способствуя развитию антигипоксического, антиоксидантного, нейротрофического эффектов с улучшением микроциркуляции в периферических системах (автономная нервная система мочевого пузыря), улучшению реологических свойств крови в сосудах малого таза и нижних конечностей. Также указанные механизмы вызывают опосредованное положительное влияние на синтез NO с оптимизацией нормальных кавернозных реакций у мужчин с различными формами эректильной дисфункции. Согласно данным исследования [39], экстракт гинкго билоба способен улучшать трофику нейрофиламентов в нервно-сосудистом пучке полового члена с поддержанием соответствующего уровня активности нейронной NO-синтазы в экспериментальной модели крыс-самцов.

Роль селен-метионина (естественная аминокислота с содержанием селена) как одного из важных факторов воздействия на иммунную систему и ускорения метаболизма в структурах простатовезикулярного комплекса, заключается в выраженном трофическом и протективном действиях с усилением реализации эффектов всех указанных выше фитогенов [47, 48].

Применение долгосрочной фитотерапии является полноценным самостоятельным методом лечения воспалительных заболеваний простатовезикулярного комплекса. Приобретение нового опыта дает возможность осуществлять более эффективное лечение. Использование простатоселективных фитопрепаратов в течение определенного времени позволяет оценить их влияние на качество жизни пациента, течение хронического воспалительного процесса и возможность подавления процессов пролиферации.

Цель исследования: определить перспективы долгосрочного применения средств комбинированной фитотерапии у мужчин с СНМП на фоне ХП и СД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГУ «Институт урологии НАМН Украины» были обследованы 95 мужчин, из них 63 пациента с ХП на фоне СД 1-го и 2-го типов (средний возраст – 42,3±0,9 года). В 1-й группе больным (n=30) назначали Правенор® в форме капсул по 2 капсулы в сутки после еды в течение 4 мес с тремя 10-дневными промежутками, в период которых назначали свечи Правенор по 1 × 2 раза в сутки; во 2-й группе (n=33) пациенты принимали экстракт семян тыквы обыкновенной 500 мг 2 раза в сутки в течение 4 мес. Контрольную группу (n=32) составили практически здоровые пациенты, которые не получали лечения в течение срока исследования. Анамнез заболевания ХП составил в среднем 5,2±0,8 года, СД – 12,8±0,9 года, отношение СД 1-го / СД 2-го типов – 70:30%.

Всем пациентам до лечения и во время терапии были проведены обследования, включающие сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр, ректальное обследование ПЖ, проведение клинико-биохимических тестов крови и мочи, оценка симптомов по Международной шкале IPSS с определением индекса качества жизни (QoL), трансректальное и трансабдоминальное ультразвуковое сканирование, определение PSA в сыворотке крови. Отдельно исследовали углеводный обмен (сахарные кривые с нагрузкой, глюкоза натощак, гликозилированный гемоглобин – HbA1c). Исследование определяло также и частоту развития нежелательных побочных явлений данной терапии.

Исследование показателей проводили в сроках до начала лечения, в конце 30-х и 90-х суток от начала терапии. Оценивали данные IPSS, QoL, уровень PSA в плазме, объем ПЖ в динамике, углеводный обмен и переносимость лечения.

Статистическую обработку результатов исследования проводили общепринятыми методами на компьютере Samsung SM 753df с пакетами «QPRO» и «Stargraf» с использованием традиционных статистических величин, критерия Стьюдента-Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Фитотерапия при ХП на фоне СД, которая назначается длительными курсами, способствует улучшению состояния здоровья пациента и качества его жизни. Применение препаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории базировалось на длительном медикаментозном воздействии на воспалительный фактор в тканях ПЖ. При контрольном осмотре пациентов одним из наиболее значимых показателей являлась компенсация углеводного обмена.

За 4 мес лечения в 1-й группе ни один пациент не был выведен из исследования, во 2-й группе из исследования было исключено 2 человека по причине усиления СНМП, в связи с чем к лечению были добавлены α -адреноблокаторы. Регуляцию профилей глюкозы проводили по стандартам ВОЗ.

При осмотре пациентов 1-й группы в контрольные сроки (30 сут) было установлено, что применение фитопрепаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории обеспечивает хороший клинический эффект, улучшает состояние здоровья и качество жизни.

У здоровых мужчин контрольной группы показатели были практически одинаковые как при первичном, так и при контрольном осмотре на 120-е сутки. До начала исследования: IPSS – 6,5±0,2 балла, QoL – 1,3±0,1 балла, V_{max} – 19,4±0,3 мл/с, U prost – 19,6±0,6 см³, глюкоза натощак –

Показатели обследования в динамике

Показатель	1-я группа, n=30	2-я группа, n=33
До лечения		
IPSS, баллы	18,7±0,4	18,2±0,4
QoL, баллы	4,3±0,1	4,1±0,2
Vmax, мл/сек	12,1±0,4	11,9±0,5
U prost, см ³	35,2±1,6	34,7±1,4
Глюкоза натощак, ммоль/л	8,1±0,4	8,2±0,3
HbA1c, %	7,1±0,2	7,1±0,3
PSA, нг/л	2,89±0,15	3,12±0,18
После лечения (120-е сутки)		
IPSS, баллы	15,4±0,5*	16,8±0,3
QoL, баллы	2,8±0,2*	3,6±0,1
Vmax, мл/сек	16,2±0,3*	12,7±0,3
U prost, см ³	29,8±1,3*	35,0±1,2
Глюкоза натощак, ммоль/л	7,8±0,5	8,0±0,2
HbA1c, %	7,1±0,3	7,3±0,2
PSA, нг/л	2,75±0,21	2,90±0,22

Примечание: * – при p<0,05.

3,3±0,1 ммоль/л, HbA1c – 3,1±0,1%, PSA – 0,67±0,05 нг/л. При контрольном осмотре на 120-е сутки показатели были малоизмененными: IPSS – 6,1±0,2 балла, QoL – 1,3±0,1 балла, V_{max} – 20,1±0,3 мл/с, U prost – 19,8±0,6 см³, глюкоза натощак – 3,7±0,2 ммоль/л, HbA1c – 3,1±0,1%, PSA – 0,79±0,03 нг/л.

У пациентов 1-й клинической группы, получавших непрерывную комбинированную терапию, улучшились практически все показатели по сравнению со 2-й группой. Так, показатель максимальной скорости мочеиспускания V_{max} у пациентов 1-й группы улучшился на 24,8%, акта мочеиспускания по IPSS – на 20,6%, QoL – на 46,5% соответственно (p<0,05). У пациентов 2-й группы такой динамики выявлено не было.

В течение 4 мес непрерывного лечения у пациентов 1-й группы было отмечено уменьшение средних размеров ПЖ в среднем на 15,3%. Данный показатель соответствовал и ректальной картине, сопровождавшейся уменьшением размеров ПЖ с нормализацией пальпаторных параметров: уменьшением пастозности, повышением тонуса тканей, повышением количества дренируемого содержимого ацинусов и размеров органа в целом. Это еще раз доказывает необходимость сравнения клинических данных, данных ректальной картины и УЗ-протокола, в то время как ориентировка только на последний показатель может дать неверные данные.

Цитологическая картина секрета ПЖ до и после лечения характеризовалась уменьшением воспалительной реакции, улучшением некоторых показателей трофической функции. Так, средний уровень лейкоцитов в секрете ПЖ у пациентов 1-й группы до лечения составлял 54,0±7,2 в поле зрения, а к 120-м суткам – 32,2±4,0 в поле зрения (p<0,05), что указывало на уменьшение выраженности бактериального воспаления на фоне терапии на 40,3% (p<0,05). Во 2-й группе указанная выше положительная динамика отсутствовала, а уровень лейкоцитов до лечения (48,6±5,6 в поле зрения) соответствовал таковому и в контрольные сроки (52,7±11,0 в поле зрения), что указывало на неэффективность применяемой терапии (p>0,05).

Таким образом, долгосрочная терапия комбинацией растительных препаратов Правенор® в форме капсул и Правенор суппозитории способствует улучшению акта мочеиспускания с предположительной «точкой приложения» их активных субстратов на разные провоспалительные факторы в тканях простатозезикулярного комплекса. Использование фитокомбинаций в лечении таких состояний позволяет оптимизировать не только противовоспалительный компонент терапии, а и улучшает микроциркуляцию, стимулирует отток воспалительного субстрата из структур ПЖ, уменьшая ее размеры.

ВЫВОДЫ

1. Фитотерапия при хроническом простатите (ХП) на фоне сахарного диабета (СД) способствует улучшению состояния здоровья пациента и должна назначаться длительными курсами.

2. Применение лекарственных препаратов Правенор® капсулы и Правенор суппозитории у пациентов с ХП на фоне СД является оправданной тактикой лечения, способствующей уменьшению дизурических явлений. Исследование подтвердило улучшение показателей максимальной скорости мочеиспускания (V_{max}) на 24,8% от начального показателя, IPSS – на 20,6% и QoL – на 46,5%.

3. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование Правенор® капсулы и Правенор суппозитории для комплексного лечения пациентов с ХП на фоне СД.

Комбінована фітотерапія при хронічних запальних захворюваннях передміхурової залози та її ускладнення у хворих на цукровий діабет
І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко

Поспадання у хворих на цукровий діабет і хронічний простатит, що проявляється симптомами нижніх сечових шляхів, є актуальним медико-соціальним питанням і вимагає адекватних заходів діагностики та медикаментозної корекції.

Мета дослідження: визначити перспективи довгострокового застосування засобів комбінованої фітотерапії у чоловіків із симптомами нижніх сечових шляхів на тлі хронічного простатиту (ХП) і цукрового діабету (ЦД).

Матеріали та методи. У ДУ «Інститут урології НАМН України» були обстежені 63 пацієнта з ХП на тлі ЦД 1-го та 2-го типів (середній вік – 42,3±0,9 року). У 1-й групі (n=30) призначали Правенор по 2 капсули на добу після їжі протягом 4 міс з трьома 10-денними інтервалами; у 2-й групі (n=33), пацієнти отримували екстракт насіння гарбуза звичайного 500 мг 2 рази на добу протягом 4 міс. Контрольну групу (n=32) склали практично здорові пацієнти, які не отримували лікування протягом дослідження. Анамнез захворювання на ХП становив у середньому 5,2±0,8 року, СД – 12,8±0,9 року, співвідношення ЦД 1-го/ ЦД 2-го типів – 70:30%.

Результати. Застосування препаратів Правенор® капсули і Правенор суппозиторії базувалося на тривалому медикаментозному впливі на запальний фактор у тканинах передміхурової залози. Під час огляду пацієнтів 1-ї групи у контрольні терміни (30 діб) було встановлено, що застосування фітопрепаратів Правенор® капсули і Правенор суппозиторії забезпечує хороший клінічний ефект, покращує стан здоров'я і якість життя. У пацієнтів 1-ї клінічної групи, які отримували безперервну комбіновану терапію, покращилися практично всі показники. Так, показник максимальної швидкості сечовипускання V_{max} у пацієнтів 1-ї групи покращився на 24,8%, акту сечовипускання за IPSS – на 20,6%, QoL – на 46,5% відповідно (p<0,05). У пацієнтів 2-ї групи такої динаміки виявлено не було.

Заключення. Застосування лікарських фітопрепаратів Правенор® капсули і Правенор суппозиторії у пацієнтів з ХП на тлі ЦД є виправданою тактикою лікування, що сприяє зменшенню дизуричних явищ. Отримані результати дозволяють рекомендувати використання Правенор® капсули і Правенор суппозиторії для комплексного лікування пацієнтів з ХП на тлі ЦД.

Ключові слова: хронічний простатит, цукровий діабет, фітотерапія.

Phytoterapy combined with prostate chronic inflammatory diseases and their complications in persons with diabetes mellitus

I.I. Gorpynchenko, Yu.M. Gurzhenko, V.V. Spirydonenko

The combination in patients with diabetes and chronic prostatitis, demonstrated lower urinary tract symptoms is urgent health and social issue and requires adequate diagnostic measures and medication adjustment.

The aim of the study: to determine the long-term application of a combination of phytotherapy in men with lower urinary tract symptoms chronic prostatitis (CP) and diabetes mellitus (DM).

Materials and methods. In the "Institute of urology of NAMS of Ukraine" were examined 63 patients with CP on the background of diabetes of 1-St and 2-nd type (mean age of 42.3±0.9 years). In the 1st group patients (n=30) were administered Praveron 2 capsules per day after meals for 4 months with three 10-day intervals; in the 2nd group (n=33) patients taking the extract of pumpkin seeds ordinary 500 mg 2 times a day for 4 months. Control group (n=32) included almost healthy patients who did not receive treatment during the investigation period. The history of the disease CP amounted to an average of 5.2±0.8 years, SD of 12.8±0.9 years, the ratio of DM 1st / DM 2nd type 70:30%.

Results. The use of drugs Praveron® capsules and suppositories Praveron was based on long-term medical effects on the inflammatory factor in the tissues of the pancreas. At the control examination one of the most significant indicators was the compensation of carbohydrate metabolism. During the inspection of patients of the 1st group in the control time (30 day) it was found that the use of herbal remedies Praveron® capsules and suppositories Praveron® provides a good clinical effect, improve the health and quality of life. Patients 1st clinical group receiving continuous combined therapy and improved almost all the indicators in comparison with the 2nd group. Thus, the maximum flow rate Vmax in patients of the 1st group improved by 24.8%, of urination for IPSS – by 20.6%, QoL – 46.5%, respectively (p<0.05). Patients of the 2nd group of such dynamics have been identified.

Conclusion. The use of medicinal herbal remedies Praveron® capsules and Praveron suppositories in patients with CP with concomitant DM is a reasonable treatment strategy, contributing to the reduction of dysuric phenomena. The obtained results allow to recommend the use of Praveron® capsules and suppositories Praveron for the integrated treatment of patients with chronic pancreatitis on the background of diabetes.

Key words: chronic prostatitis, diabetes, herbal medicine.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спирidonenko Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии» НАМН Украины, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Marchal de Calvi Ch.-J. Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale de diabète. Asselin und Labé. 1864. – 658 p.
2. Ellenberg M., Weber H. Bladder decompensation correlates with diabetic neuropathy. JAMA. 1966; 197(7): 39.
3. Ellenberg M., Weber H. The incipient asymptomatic diabetic bladder. Diabetes 1967; 16(5): 331–335.
4. Дедов И.И., Курбатов Д.Г. и соавт. Урологические и андрологические заболевания при сахарном диабете // Урология. – 2009. – № 4. – С. 74–79.
5. Кузьмин И.В., Шабудина Н.О. Эпидемиология и факторы риска развития нарушений мочеиспускания у больных сахарным диабетом // Урология, 2014. – № 6. – С. 114–118.
6. Hampel C., Gillitzer R., Pahernik S. et al. Diabetes mellitus and bladder function. What should be considered? Urol. 2003; 42 (12): P. 1556–1563.
7. Brown J.S. Diabetic cystopathy – what does it mean? Urol. 2009; 181(1): P. 13–14.
8. Ficarra V., Rossanese M., Zazzara M. et al. The role of inflammation in lower urinary tract symptoms (LUTS) due to benign prostatic hyperplasia (BPH) and its potential impact on medical therapy // Curr Urol Rep. 2014. Dec;15(12): P. 463.
9. Naber K., Weidner W. Chronic prostatitis: an infectious disease? // J Antimicrob. Chemother. – 2000. – V. 46. – P. 157–161.
10. De Marzo A.M. Pathological and molecular mechanisms of prostate carcinogenesis: implications for diagnosis, prevention and treatment // J Cell Biochem. – 2004. – V. 91. – P. 459–477.
11. Karakiewicz P.I., Benayoun S., Begin L.R. et al. Chronic inflammation is negatively associated with prostate cancer and high grade prostatic intraepithelial neoplasia on needle biopsy // Int J Clin Pract. – 2007. – V. 71. – P. 425–430.
12. Kramer G., Mitteregger D., Marberger M. Is benign prostatic hyperplasia (BPH) an immune inflammatory disease? // Eur Urol. – 2007. – V. 51. – P. 1202–1216.
13. Elkahwaji J.E., Zhong W., Bushman W. Chronic bacterial infection and inflammation incite reactive hyperplasia in a mouse model of chronic prostatitis // Prostate. – 2007. – V. 67. – P. 14–21.
14. Ueda T., Yoshimura N., Yoshida O. Diabetic cystopathy: relationship to autonomic neuropathy detected by sympathetic skin response. J Urol. (Baltimore). 1997; 157(2): 580–584.
15. Yu H.J., Lee W.C., Liu S.P. et al. Unrecognized voiding difficulty in female type 2 diabetic patients in the diabetes clinic: a prospective case-control study. Diabetes Care. 2004; 27: 988–989.
16. Fridmot-Moller C. Diabetic cystopathy. I: A clinical study of the frequency of bladder dysfunction in diabetics. Dan. Med. Bull. 1976; 23: 267–278.
17. Liao Y., Li C., Chang L. et al. The time since the diagnosis of diabetes might be linked to lower urinary tract symptoms. NeuroUrol Urodyn. 2013; 32 (6): 700–701.
18. Sasaki K., Yoshimura N., Chancellor M.B. Implications of diabetes mellitus in urology. Urol. Clin. North. Am. 2003; 30: 1–12.
19. Fridmot-Moller C. Diabetic cystopathy: epidemiology and related disorders. Ann. Intern. Med. 1980; 92: 318–321.
20. Kolesnikova L.I., Darenskaya M.A., Grebenkina L.A. et al. Lipid peroxidation and protection in patients with diabetes mellitus type I during reproductive system development. Journal of Diabetes & Metabolism. 2013;4 (6):37.
21. Nelson W.G., De Marzo A.M., Isaacs W.B. Prostate cancer // N. Engl. J. Med. – 2003. – V. 349. – P. 366–381.
22. Tomas D., Kruslin B., Rogatsch H., et al. Different types of atrophy in the prostate with and without adenocarcinoma // Eur. Urol. – 2007. – V. 51. – P. 98–104.
23. Naber K., Weidner W. Chronic prostatitis: an infectious disease? // J Antimicrob. Chemother. – 2000. – V. 46. – P. 157–161.
24. De Marzo A.M., Platz E.A., Sutcliffe S. et al. Inflammation in prostate carcinogenesis // Nat Rev. – 2007. – V. 7. – P. 256–269.
25. Ko E.Y., Sabanegh E.S.Jr., Agarwal A. Male infertility testing: reactive oxygen species and antioxidant capacity. Fertil. Steril. 2014; 102:1518–1527.
26. Joffe M. What has happened to human fertility. Hum. Reproduction. 2010; 25:295–307.
27. Колесникова Л.И., Курашова Н.А., Долгих М.И. и соавт. Применение интегрального показателя для оценки окислительного стресса у мужчин с патологией и сахарным диабетом 1-го типа // Урология. – 2015. – № 4. – С. 71–74.
28. Загарских Е.Ю., Лабыгина А.В., Курашова Н.А. Опыт лечения нормогонадотропного бесплодия. Урология. 2014;5:87–89.
29. Горпинченко И.И., Романюк М.Г., Аксенов П.В., Корниенко А.М. Свечи Правенор – новое слово в фитопрофилактике заболеваний предстательной железы // Здоровье мужчины, 2015. – № 3 (54). – С. 65–70.
30. Горпинченко И.И. Гурженко Ю.М., Спирidonenko В.В. Теоретичне обґрунтування ефективності фітотерапії у чоловіків із запальними захворюваннями передміхурової залози // Здоровье мужчины, 2015. – № 4 (55). – С. 45–49.
31. Chua T., Eise N.T., Simpson J.S., Ventura S. Pharmacological characterization and chemical fractionation of a liposterolic extract of saw palmetto (Serenoa repens): effects on rat prostate contractility // J Ethnopharmacol. 2014 Mar 14; V. 152 (2): P. 283–91.
32. Forray C., Bard J.A., Wetzel J.M. et al. The 61-adrenergic receptor that mediates smooth muscle contraction in human prostate has the pharmacological properties of the cloned human 61c subtype. Mol. Pharmacol. 1994; 45 (4): 703–708.
33. Goldstraw M.A., Fitzpatrick J.M., Kirby R.S. What is the role of inflammation in the pathogenesis of prostate cancer? // BJU Int. – 2007. – V. 15. – P. 1–2.
34. Martinon F., Petrilli V., Mayor A., Tardivel A., Tschopp J. Gout-associated uric acid crystals activate the NALP3 inflammasome // Nature. – 2006. – V. 440. – P. 237–241.
35. Di Silverio F., Gentile V., De Matteis A. et al. Distribution of inflammation, pre-malignant lesions, incidental carcinoma in histologically confirmed benign prostatic hyperplasia: a retrospective analysis // Eur Urol. – 2003. – V. 43. – P. 164–175.
36. Bostanci Y., Kazzazi A., Momtahan S., Laze J., Djavan B. Correlation between benign prostatic hyperplasia and inflammation // BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. 2013 – Vol. 23 (1). – P. 5–10.
37. Di Silverio F., Bosman C., Salvatori M. et al. Combination therapy with rofecoxib and finasteride in the treatment of men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyperplasia (BPH) // Eur. Urol. – 2005. – V. 47. – P. 72–79.
38. De Marzo A.M. Pathological and molecular mechanisms of prostate carcinogenesis: implications for diagnosis, prevention and treatment // J Cell Biochem. – 2004. – V. 91. – P. 459–477.
39. Wu YN, Liao CH, Chen KC, Liu SP, Chiang HS. Effect of Ginkgo biloba Extract (EGB-761) on Recovery of Erectile Dysfunction in Bilateral Cavernous Nerve Injury Rat Model. Urology. 2015 May; 85 (5): 1214.7–15.
40. Urtica. Therapeutic and nutritional aspects of stinging nettles. Edited by Gulsel M. Kavalali. Series: "Medicinal and Aromatic Plants – Industrial Profiles. 2003.
41. Dreikorn K., Richter R. Conservative nonhormonal treatment of patients with benign prostatic hyperplasia, in Ackerman R., and Schroeder F.H. (Eds): New Developments in Biosciences 5, Prostatic Hyperplasia. Brin, New York, Walter de Gruyter & CO., 1989, pp. 109–131.
42. Marwick C. Growing use of medicinal botanicals forces assessment by drug regulators. JAMA 1995; 273: 607–9.
43. Dreikorn K., Borkowski A., Braeckman J., et al. Other Medical Therapies. Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Paris, Scientific Communication International Limited, 1997.
44. Lowe F.C., Ku J.C. Phytotherapy in treatment of benign prostatic hyperplasia: A critical review // Urology, 1996; 48: 12.
45. Ahmed H.H., Fayed M., Diab A., El-Badry A.A. Effect of beta-sitosterol alone and in combination with naltrexone or L-dopa on serum prolactin, luteinizing hormone and follicle stimulating hormone of female ovariectomized rat // J. Egypt Vet. Med. Ass. 1987; 47: 453–60.
46. Safarinejad M.R. Urtica dioica for treatment of benign prostatic hyperplasia: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study // J Herb Pharmacother. 2005;5(4):1–11.
47. Zeng H., Wu M., Botnen J.H. Methylselenol, a selenium metabolite, induces cell cycle arrest in G1 phase and apoptosis via the extracellular-regulated kinase 1/2 pathway and other cancer signaling genes // Journal of Nutrition, 2009, 139 (9), 1613–1618.
48. Zeng H., Briske-Anderson M., Wu M., Moyer M.P. Methylselenol, a selenium metabolite, plays common and different roles in cancerous colon HCT116 cell and noncancerous NCM460 colon cell proliferation // Nutrition and Cancer, 2012. 64, 128–135.
49. Чопик В.И., Дудченко Л.Г., Краснова А.Н. Дикорастущие полезные растения Украины. Справочник. – К.: Наукова думка, 1983. – 400 с.
50. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Семейства Hederalesaeae – Haloragaceae. – Л., 1987.
51. Пеленин В.Р., Спирidonenko В.В., Пеленин С.В. Возможности экстракта якорцев стелющихся в терапии хронического простатита и его осложнений // Здоровье мужчины. – 2009. – № 3. – С. 57–59.
52. Горпинченко И.И., Имшинецкая Л.П., Гурженко Ю.Н. Исследование эффективности препарата Трибестан С.В. Возможности экстракта якорцев стелющихся в терапии хронического простатита и его осложнений // Здоровье мужчины, 2011. – № 3 (38). – С. 1–3.
53. Chhatre S., Nesari T., Somani G. et al. Phytopharmacological overview of Tribulus terrestris // Pharmacog Rev. 2014. Jan-Jun; 8(15): 45–51.

Статья поступила в редакцию 13.06.2016