

Ефективність використання Неопрост-форте в лікуванні хронічного простатиту та доброякісної гіперплазії передміхурової залози



О.Д. Нікітін

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) та хронічний простатит (ХП) є одними з найбільш розповсюджених захворювань у чоловіків. Частота ДГПЗ широко відома. Так, якщо в 60-річному віці це захворювання спостерігається у 50% випадків, то у 80 років воно вражає понад 80% чоловіків.

Вважається, що більшість чоловіків старших за 60 років тією чи іншою мірою відчувають симптоми, пов'язані з ДГПЗ. У США на лікування цих хворих щорічно припадає близько 1,7 млн візитів до лікаря [2, 3, 8].

Причини захворювання на сьогоднішній день до кінця не з'ясовані. Вважається, що гіперплазія передміхурової залози є одним із проявів чоловічого клімаксу. До факторів ризику відносяться тільки вік і рівень андрогенів у крові. З віком в організмі чоловіка порушується фізіологічний баланс між андрогенами і естрогенами, що веде до порушення контролю за ростом і функцією клітин передміхурової залози. Не виявлено достовірного зв'язку між виникненням ДГПЗ і статевою активністю, сексуальною орієнтацією, палінням і вживанням алкоголю, перенесеними запальними і венеричними захворюваннями статевих органів [1, 9].

Хронічний простатит – найбільш поширена хвороба передміхурової залози в осіб працездатного віку, що становить, за даними різних авторів, 40-75% усіх запальних захворювань нижніх сечових шляхів у чоловіків [5, 6]. Часте необгрунтоване призначення антибіотиків призвело до поширення нечутливих до них госпітальних штамів мікроорганізмів. У великій кількості випадків інфекційний збудник взагалі неможливо визначити, тому зростає роль профілактики загострень, призначення в лікувальних схемах небактеріостатичних засобів [2, 7].

Пацієнти з ХП скаржаться на наявність симптомів нижніх сечових шляхів переважно іритативного характеру – часте сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, виникнення непрямних відчуттів над лоном, у паху, сечовому каналі. Розлади сечовипускання характерні для 52-88% хворих на ХП [3, 10].

Вважають, що причинами дизурії при ХП є збільшення передміхурової залози, викликане набряком внаслідок венозного стазу, тиск збільшеної передміхурової залози на шийку сечового міхура, помірне стискання простатичної частини сечового каналу, вплив на α_1 -адренорецептори передміхурової залози, а також нестабільність детрузора [3, 11].

Оперативне втручання по праву вважається єдиним методом радикального лікування ДГПЗ. Однак головною перешкодою до повсюдного хірургічного лікування ДГПЗ є високий операційний ризик у хворих похилого та старечого віку, в осіб із супутніми захворюваннями (летальність до 1,5%), а також високий відсоток післяопераційних ускладнень, який, за зведеними даними, становить від 10 до 35%. Це, безумовно, позбавляє задоволеності і значно знижує якість життя хворих після операції. Проте

до кінця 80-х років минулого століття, за зведеними світовими даними, оперативному лікуванню піддавалися до 75% хворих [6, 10].

Медикаментозна терапія ДГПЗ посідає значне місце в урологічній практиці. На вибір препарату тієї чи іншої групи впливає цілий ряд факторів, а саме: характер клінічних проявів захворювання, об'єм гіперплазованої простати, виразність і особливості розладів сечовипускання та порушень функціонального стану сечового міхура. При виборі лікарського засобу повинні враховуватися його переносимість, можливість виникнення і характер побічних ефектів. Важливість обліку цих факторів зумовлена віком пацієнтів, наявністю інтеркурентної патології і необхідністю багаторічної терапії [4, 14].

Успіхи в пізнанні патогенезу гіперплазії передміхурової залози і досягнення фармакології привели до створення медикаментозних засобів для лікування цього захворювання, що мають патогенетичні механізми дії. Їх можна розділити на три групи:

- Альфа₁-адреноблокатори (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин). Препарати цієї групи блокують α_1 -адренорецептори гіперплазованої простати і в такий спосіб ліквідують динамічний компонент інфравезикальної обструкції. Вплив на α_1 -адренорецептори детрузора і його судин сприяє кровообігу стінки міхура, підвищує енергетичні запаси клітин і поліпшує скорочувальну здатність мускулатури сечового міхура.

- Інгібітори 5- α -редуктази (фінастерид, дутастерид). Ці лікарські засоби блокують 5- α -редуктазу клітин простати і переривають ланку метаболізму тестостерону – перетворення на дигідротестостерон. Саме цей механізм відповідальний за процеси власне клітинної проліферації.

- Препарати рослинного походження. Такі препарати мають складні патогенетичні механізми впливу при гіперплазії передміхурової залози. Основними з них є інгібування активності 5- α -редуктази, протинабрякова і протизапальна дія, блокування тканинних факторів росту [4, 15].

Велика кількість літературних даних свідчить про ефективність медикаментозної терапії, здатність її не тільки полегшувати страждання хворих, але й у ряді випадків уникнути операції або створити кращі умови для хірургічного лікування. Безумовно, у зв'язку з різними варіантами клінічного перебігу захворювання, переважанням іритативних або обструктивних симптомів необхідно диференційовано підходити до питання лікування ДГПЗ, вибираючи монотерапію α -адреноблокаторами, інгібіторами

5- α -редуктази або комбіновану фітотерапію. Варто оцінювати ефект проведеного лікування за допомогою методів клінічної та апаратної уродинаміки. Можливості фармакологічної корекції акту сечовипускання досить великі. Пошук оптимальних комбінацій препаратів і технологій застосування, безумовно, дасть свої результати [13, 15].

На жаль, медикаментозна терапія не дає можливостівилікувати хворого від гіперплазії простати. Однак найчастіше ефективність лікарської терапії дозволяє настільки суттєво підвищити якість життя пацієнта, що він і не думає про операцію. Ефект, досягнутий при консервативній терапії, необхідно підтримувати повторними курсами медикаментозного лікування [1, 8, 12].

Фітотерапія ДГПЗ набула значної популярності у світі, для лікування застосовуються фітопрепарати з плодів американої карликової пальми, кори сливи африканської, екстракту пилку рослин, екстракту квіток опунції (рослина із сімейства кактусових), екстракту коренів кропиви, олії насіння гарбуза. Також використовуються рецепти народної медицини: водний екстракт зі шкірки насіння каштана кінського, настій із трави зніту мілкоцвітного, ліщина звичайна (відвар листя, екстракт шкаралупи горіхів); цибуля ріпчаста (свіжі цибулини, настій цибулин), льнянка звичайна (настій трави), омела біла (настій листя і молодих пагонів), осика звичайна (відвар бруньок і настій кори, листя), спаржа лікарська (відвар кореневищ із корінням, настій трави і плодів), лопух великий (відвар коріння), мед тощо [3, 9].

Препарати рослинного походження мають широку популярність у багатьох країнах світу, насамперед завдяки мінімальній виразності побічних реакцій. Однак до кінця їх місце в медикаментозній терапії хворих на гіперплазію передміхурової залози не визначено. Відповідно до Рекомендацій Об'єднаного комітету ВООЗ із гіперплазії передміхурової залози необхідні подальші дослідження препаратів рослинного походження, що дозволять вивчити патогенетичний механізм дії, вірогідно оцінити ефективність і визначити їх місце серед численних медикаментозних засобів [12].

Одним із найбільш ефективних фітопрепаратів для лікування ДГПЗ та хронічного простатиту наразі є Неопрост-форте. Чому так? Тому що цей препарат створений у нашій країні з використанням натуральної сировини (EUSA, Франція) у відповідності до міжнародних стандартів ISO/НАССР.

Неопрост-форте рекомендований як додаткове джерело сапонінів, фітостеролів та інших біологічно активних речовин з метою покращення

функціонального стану сечостатевої системи у чоловіків; сприяє зменшенню запальних процесів у передміхуровій залозі при простатиті, полегшує сечовиділення, поліпшує загальний стан та покращує якість життя чоловіків із ДГПЗ за рахунок нормалізації об'єму простати, що відбувається при гальмуванні розвитку гіперпроліферативних процесів.

Основним діючим компонентом Неопрост-форте є екстракт африканської сливи. Африканська слива (*Pygeum africanum*) – це вічнозелена рослина, що досягає до 50 м висоти, зустрічається в Африці повсюдно, росте на висоті 1000 м і вище. Інтерес до цієї рослини в Європі вперше виник у XVIII ст., коли мандрівники почули від аборигенів Південної Африки розповіді про можливість лікування порушень сечовипускання і «хвороб літньої людини» за допомогою екстракту кори цього дерева. З 60-х років минулого століття екстракт кори *Pygeum africanum* почали вивчати з метою широкого застосування для лікування чоловіків, які страждають на аденому передміхурової залози [5, 7]. Екстракт *Pygeum africanum* покращує роботу гладкої мускулатури сечового міхура, має протизапальну активність, знижує продукцію лейкотрієнів та інших метаболітів 5-ліпооксигенази, за рахунок пригнічення факторів росту передміхурової залози гальмує проліферацію фібробластів, позитивно впливає на продукцію надниркових андрогенів, а також відновлює активність секреторного епітелію передміхурової залози. Такий комплексний лікувальний вплив має свою обгрунтовану позитивну спрямованість, що вкрай важливо для успішної патогенетичної терапії проявів не тільки гіперплазії простати, але й ХП [4, 6].

У 2000 р. було опубліковано результати метааналізу 18 подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень (n=1562) препаратів, що містять екстракт *Pygeum africanum*. Було продемонстровано покращення параметрів сечовипускання у пацієнтів із ДГПЗ, а саме зменшення об'єму залишкової сечі та збільшення об'ємної швидкості сечовипускання [5].

Одним із факторів, що підтверджують позитивну ефективність екстракту *Pygeum africanum* у лікуванні хворих на ДГПЗ з легкою і помірною симптоматикою і високою комплаєнтністю даної терапії, є велика поширеність його застосування в країнах Європи (найбільш відомий препарат – таленан), де накопичено чимало даних, що підтверджують цінність такого виду фітотерапії ДГПЗ та ХП [14].

Неопрост-форте є унікальним фітотерапевтичним комплексом, оскільки, окрім екстракту *Pygeum africanum*, містить інші компоненти, які підсилюють та доповнюють дію першого.

Екстракт кореня кропиви має протизапальні, антипроліферативні

та імунотропності властивості. У дослідженнях екстракт кореня кропиви в поєднанні з екстрактом кори африканської сливи показали більш високу ефективність, ніж окреме застосування [16, 20, 21].

Екстракт насіння селери має протизапальні та сечогінні властивості, нормалізує нейроендокринну функцію передміхурової залози, запобігає розростанню її тканин, має антиоксидантну дію [19].

Ехінацея стимулює імунну систему, покращує витривалість чоловічого організму [23].

Календула лікарська має бактерицидну, протизапальну дію, підвищує секреторну функцію передміхурової залози [17, 18, 22].

Саме завдяки такому складу Неопрост-форте є особливо цікавим для призначення пацієнтам з ДГПЗ та ХП.

Метою власного відкритого дослідження була оцінка ефективності і переносимості Неопрост-форте при лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП.

Матеріали і методи дослідження

Згідно із критеріями відбору у дослідження увійшли пацієнти, які мали:

- легкі і помірні симптоми ДГПЗ та ХП без ускладнень;
- вік ≥ 50 років;
- діагноз ДГПЗ і симптоми нижніх сечових шляхів із сумарною оцінкою за шкалою International Prostate Symptom Score (IPSS) > 13 балів і оцінкою якості життя (QOL) > 3 бали;
- максимальну об'ємну швидкість потоку сечі 5-12 мл/с (об'єм спорожнювання > 150 мл);
- об'єм залишкової сечі (ОЗС) не більше 200 мл.

Неопрост-форте призначали перорально після їди по 1 таблетці двічі на день протягом 3 міс.

У результаті добору в дослідження було включено 25 пацієнтів віком від 61 до 82 років (у середньому 66 ± 9 років), із тривалістю захворювання від півроку до 4 років. У всіх хворих проводили збір анамнезу, оцінювали симптоматику із використанням анкети IPSS і показник якості життя, проводили пальцеве ректальне дослідження простати.

На початку і по закінченні дослідження виконували ультразвукове дослідження простати з виміром її об'єму й ОЗС та урофлоуметрію. Оцінку впливу лікування на сексуальну функцію хворих проводили за допомогою анкетного опитування.

Дванадцятижневий курс лікування препаратом Неопрост-форте повністю завершили 22 хворих ($88 \pm 6\%$). Троє пацієнтів не пройшли контрольне дослідження після лікування з сімейних обставин. Випадків вибуття з дослідження через побічні ефекти не спостерігалось. Таким чином, оцінка ефективності препарату виконана у 22 пацієнтів, оцінка переносимості – у 25.

Результати дослідження

У більшості пацієнтів на початку дослідження відмічались симптоми почастищення сечовипускання (нічна поллакіурія – у $96 \pm 4\%$, денна – у $72 \pm 9\%$), странгурія – у $88 \pm 7\%$ та імперативні позиви – у $68 \pm 10\%$. По завершенні терапії покращання спостерігалось у $84 \pm 8\%$ осіб, середня частота нічних сечовипускань знизилась із 3,6 до 1,9 ($p < 0,05$), середня частота денних сечовипускань – із 6,2 до 4,8 ($p > 0,05$), ступінь виразності странгурії та імперативних позивів зменшився відповідно у $72 \pm 9\%$ і $84 \pm 8\%$ пацієнтів. При дослідженні секрету передміхурової

залози значна лейкоцитарна реакція виявлена у 12 (48%) хворих, помірно виражена – у 7 (37,4%), слабка – у 3 (15%).

Лікування препаратом Неопрост-форте протягом 3 міс (табл. 1) сприяло зменшенню дизурії, що проявилось в статистично вірогідному зменшенні кількості балів за шкалою IPSS з 21,9 до 12,0 бала, а також зменшенням ОЗС з 86,4 до 32,3 мл ($p < 0,05$). Слід зазначити, що в 7 пацієнтів ($30 \pm 10\%$) з вихідним обсягом простати до 100 мл і ОЗС до 200 мл у результаті лікування відбулося найбільше і вірогідне зниження даного показника в середньому до 40 ± 6 мл ($p < 0,05$). Крім цього мало місце зниження показника QOL на 10,5% ($p > 0,05$), зменшення об'єму простати на 12,8% ($p > 0,05$), підвищення

максимальної і середньої швидкості сечовипускання (на 15,7 і 15,6% відповідно; $p > 0,05$) (рис. 1, 2).

Оцінюючи показники дизурії в процесі лікування, слід зазначити, що ніктурія спостерігалась у 95,45% пацієнтів до лікування і у 59,1% – після, денна поллакіурія – відповідно у 68,2 та 63,6%, странгурія – у 77,3 і 59,1%, ургентне сечовипускання – у 81,8% до лікування і у 54,5% – після лікування (табл. 2, рис. 3).

Незважаючи на те що антибактеріальну терапію не призначали, після завершення лікування значна лейкоцитарна реакція в секреті передміхурової залози спостерігалась у восьми хворих (32%), помірна – у п'яти (20%) і слабка – у двох (8%) осіб.


Статева функція у пацієнтів під час прийому препарату істотно не змінилася; побічних ефектів лікування, що вимагали його припинення, також не виявлено.

Висновки

Отже, у ході проведеного нами тримісячного дослідження Неопрост-форте продемонстрував свою ефективність у лікуванні ДГПЗ I-II стадій та ХП як за суб'єктивними показниками (IPSS), так і за об'єктивними (зменшення лейкоцитарної реакції секрету передміхурової залози, об'єму простати та ОЗС).

Неопрост-форте добре переноситься хворими, не викликає побічних

Продовження на стор. 36.





НЕОПРОСТ® - ФОРТЕ

НАТУРАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС

ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПРОСТАТИТІ ТА ДГПЗ

- ЗМЕНШУЄ ЗАПАЛЕННЯ В ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ ¹
- ГАЛЬМУЄ ПРОЦЕС ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗИ ³
- ЗНИЖУЄ ЧАСТОТУ ТА ПОЛЕГШУЄ ПРОЦЕС СЕЧОВИПУСКАННЯ ³
- УСУВАЄ БОЛЬОВІ ВІДЧУТТЯ В ДІЛЯНЦІ ПРОСТАТИ ^{1,2}
- ПОПЕРЕДЖУЄ РЕЦИДИВИ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ^{1,4}

ФІТОКОМПЛЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ З РОЗЛАДАМИ СЕЧОВИПУСКАННЯ, ЩО ОБУМОВЛЕНІ ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ ТА ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗИ

Склад: 1 капсула містить активні інгредієнти:
кора африканської сливи - 100 мг, корінь кропиви - 80 мг, селера - 75 мг, ехінацея - 60 мг, календула - 50 мг;
 допоміжні речовини: діоксид кремнію аморфний (орісіл), мікрокристалічна целюлоза, кальцію стеарат, лактоза; оболонка капсули: желатин.

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ НАТУРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ НЕОПРОСТ® - ФОРТЕ

НЕОПРОСТ® - ФОРТЕ рекомендований як додаткове джерело сапонінів, фітостеролів та інших біологічно активних речовин з метою покращення функціонального стану сечостатевої системи у чоловіків; сприяє зменшенню запальних процесів у передміхуровій залозі при простатиті, полегшує сечовиділення, покращує загальний стан та якість життя чоловіків при доброякісній гіперплазії передміхурової залози за рахунок гальмування розвитку гіперпроліферативних процесів та зменшення її об'єму.

1. Гурженко Ю., Фітотерапія №4, 2010
2. T.Wilt et al. Minnesota USA, 2002, Medline (1966-2000), EMBASE, Cochrane Library
3. MT Quiles et al. Prostate 70(10) 1044-1053, 2010
4. Hartman RW et al. Phytomedicine, 1996

ВИГОТОВЛЕНО У ВІДПОВІДНОСТІ ДО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ISO/НАССР

ТОВ НУТРИМЕД ■ вул. Предславинська, 43/2 ■ 03150 Київ ■ УКРАЇНА
 Т 044 4540101 ■ INFO@NUTRIMED.UA ■ WWW.NUTRIMED.UA



О.Д. Нікітін, д. мед. н., професор кафедри урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Ефективність використання Неопрост-форте в лікуванні хронічного простатиту та доброякісної гіперплазії передміхурової залози

Продовження. Початок на стор. 34.

Таблиця 1. Динаміка змін досліджуваних параметрів у пацієнтів, які приймали Неопрост-форте

Досліджувані параметри	До лікування	Після лікування	Зміни параметра
IPSS, бали	21,9±6,3	12,0±4,2	-45,2% p<0,05
QoL, бали	3,8±1,4	3,4±0,8	-10,5% p>0,05
Максимальна швидкість сечовипускання, мл/с	12,1±2,6	14,0±2,4	+15,7% p>0,05
Об'єм простати, см ³	82,3±8,1	71,6±6,8	-12,8% p>0,05
ОЗС, мл	86,4±9,8	32,3±4,4	-62,6% p<0,05
Час сечовипускання, с	32±4	31±2	-8,8% p>0,05
Середня швидкість сечовипускання, мл/с	5,1±1,4	5,9±1,1	+15,6% p>0,05

Таблиця 2. Динаміка розладів сечовипускання у пацієнтів, які приймали Неопрост-форте, у процесі лікування

Показник	До лікування, %	Після лікування, %
Ніктурія	95,45	59,1*
Денна полакіурія	68,2	63,6
Странгурія	77,3	59,1
Ургентне сечовипускання	81,8	54,5*

Примітка: * p < 0,05.

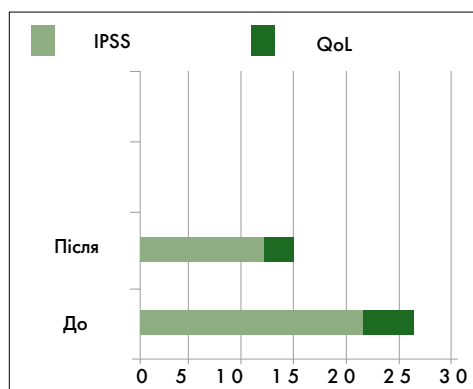


Рис. 1. Динаміка показників IPSS та QoL у пацієнтів із ДГПЗ у процесі лікування

ефектив, що вимагають припинення лікування, не порушує статеву функцію хворих на ДГПЗ та ХП.

Найвищу ефективність препарат виявив у пацієнтів з обсягом простати до 100 мл і вихідним обсягом залишкової сечі до 200 мл. Подальше дослідження динаміки об'єктивних показників у цієї категорії хворих, можливо, дозволить скоригувати

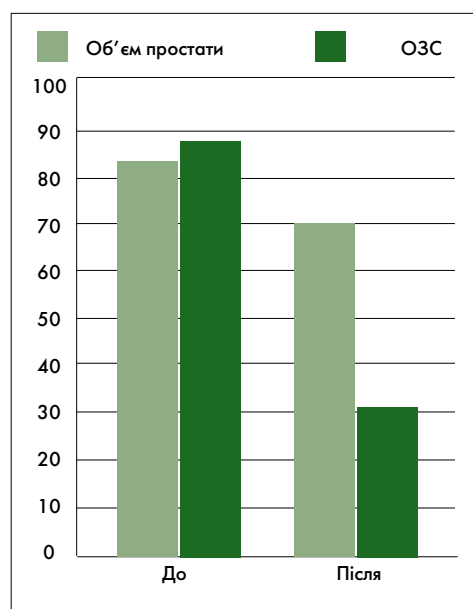


Рис. 2. Динаміка показників об'єму простати та ОЗС у хворих на ДГПЗ в процесі лікування

критерії відбору осіб для успішного лікування препаратом Неопрост-форте.

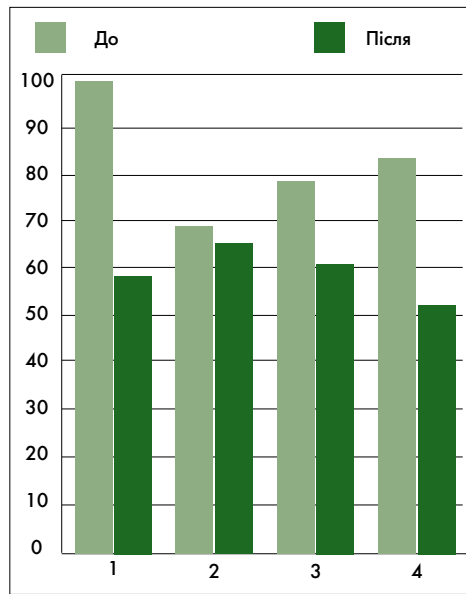


Рис. 3. Динаміка показників ніктурії (1), денної полакіурії (2), странгурії (3) та ургентного сечовипускання (4) у хворих у процесі лікування препаратом Неопрост-форте (% хворих)

У рекомендаціях Міжнародного наукового комітету 4-ї Міжнародної наради з ДГПЗ наголошується: щоб той або інший вид лікування був розцінений як прийнятний, він «...повинен переслідувати прийнятні одну з нижчеперелічених цілей: рятування пацієнта від симптомів захворювання, зменшення обструкції або запобігання пізнім ускладненням...» [11]. Виходячи з цього положення, аналіз результатів як раніше опублікованих, так і власних досліджень дозволяє вважати застосування Неопрост-форте цілком прийнятним, патогенетично обґрунтованим видом лікування ДГПЗ та ХП.

Література

1. Горпинченко И.И., Исаков В.Л. Новые методы и аппараты для лечения хронического простатита и эректильной дисфункции // Здоровье мужчины. — 2004. — № 3 (10). — С. 190-192.

2. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В. Лечение простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Здоровье мужчины. — 2006. — № 2. — С. 96-98.
3. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. Рациональная фармакотерапия в урологии. — М.; 2006. — 818 с.
4. Bales G.T., Christiano A.P., Kirsh E.J., Gerber G.S. Phytotherapeutic agents in the treatment of lower urinary tract symptoms: a demographic analysis of awareness and use at the University of Chicago. Urology. 1999; 54: 86-89.
5. Wilt T.J., MacDonald R., Ishani A. Beta-sitosterol for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a systematic review. BJU International. 2000; 83: 976-983.
6. Paubert-Braquet M., Cave A., Hocquemill R. et al. Effect of Pygeum africanum extract on A23187-stimulated production of lipoxygenase metabolite from human polymorphonuclear cells. J Lipid Mediators. 1994; 9: 285-290.
7. Yablonsky F., Nicolas V., Riffaud J.P., Bellamy F. Anti-proliferative effect of Pygeum africanum extract on rat prostatic fibroblasts. J Urol. 1997; 157: 2381-2387.
8. Lukacs B. et al. History of 7093 Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Related to Benign Prostatic Hyperplasia Treated with Alfuzosin in General Practice up to 3 Years. Eur. Urol. 2000. Vol. 37. P. 183-190.
9. Berry S.J. et al. The development of human prostatic hyperplasia with age. J. Urol. 2014. Vol. 132. P. 474-479.
10. Chappee C.R. et al. A three-month double-blind study of doxazosin as treatment for benign prostatic obstruction. Br.J. Urol. 2014. Vol. 74. P. 50-56.
11. McConnell et al. The effects of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. N. Engl. J. Med. 2008. Vol. 338. P. 557-563.
12. Gormley G.J. et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. N. Engl. J. Med. 2002. Vol. 327. P. 1185-1191.
13. Boyle P.C. Prostate volume predicts outcomes of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomized clinical trials. Urology. 2016. Vol. 48. P. 398-405.
14. Lepor H. For the Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group. The impact of medical therapy on bother due to symptoms, quality of life and global outcome, and factors predicting response. J. Urol. 1998. Vol. 160. P. 1358-1367.
15. The 4th International Consultation on BPH. Proceedings/Ed. A. Cockett [et al.] // S.C.I. — Paris, 2007. — P. 13-24.
16. Alternative Medicine Review Volume 12, Number 32007 Urtica dioica; Urtica urens (Nettle).
17. The Center for Holistic Pediatric Education and Research Calendula (Calendula officinalis) Kathi J. Kemper, MD, MPH.
18. Muley B., Khadabadi S., Banarase N. Phytochemical Constituents and Pharmacological Activities of Calendula officinalis Linn (Asteraceae): A Review. Tropical Journal of Pharmaceutical Research [Internet]. African Journals Online (AJOL); 2009 Nov 24; 8 (5).
19. Wesam K., Ali-Akbari S. et al. A review on medicinal plant of Apium graveolens. Advanced Herbal Medicine, 2014; 1 (1): 48-59.
20. Hartmann R.W., Mark M., Soldati F. Inhibition of 5 α-reductase and aromatase by PHL-00801 (Prostatonin®), a combination of PY102 (Pygeum africanum) and UR102 (Urtica dioica) extracts. Phytomedicine. 1996 Sep; 3 (2): 121-128.
21. Chrubasik J.E., Roufogalis B.D., Wagner H., Chrubasik S. A comprehensive review on the stinging nettle effect and efficacy profiles. Part II: urticae radix.
22. Jimenez-Medina E., Garcia-Lora A., Paco L., Algarra I., Collado A., Garrido F. A new extract of the plant Calendula officinalis produces a dual in vitro effect: cytotoxic anti-tumor activity and lymphocyte activation. BMC Cancer. 2006;6:119.
23. Assessment report on Echinacea purpurea (L.) Moench, radix, 2016.

ДАЙДЖЕСТ

Результаты РКИ: применение тестостерона не эффективно у мужчин без патологического гипогонадизма

Симптомы возрастного дефицита андрогенов у мужчин неспецифичны и включают такие распространенные состояния, как ожирение, депрессия и снижение физической активности. Одной из самых частых причин применения тестостерона не по назначению является ожирение, которое ведет к снижению синтеза глобулина, связывающего половые гормоны, и, как следствие, к снижению уровня общего тестостерона. Однако до сих пор не было проведено качественных исследований, которые позволили бы выяснить, насколько эффективна тестостероновая терапия у таких пациентов. При этом что неоправданное лечение может приводить к развитию эритроцитоза, повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний простаты, а также к ятрогенному гипогонадизму после отмены препарата

(вследствие подавления выработки эндогенного тестостерона).

Все это привело к тому, что в 2014 г. Министерство здравоохранения Канады выпустило предупреждение о том, что применение тестостерона связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. А Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) заявило, что низкий уровень циркулирующего тестостерона, не связанный с гипогонадизмом, не является патологией и не требует специального лечения. Таким образом, эксперты пришли к выводу, что наличие андрогенодефицитоподобных симптомов в сочетании с низким уровнем тестостерона еще не доказывает наличие подлинного возрастного андрогенного дефицита у пациента, несмотря на то что в некоторых клинических руководствах утверждается обратное.

Группа американских, австралийских и сингапурских специалистов провели рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, чтобы

выяснить, насколько вообще эффективна терапия тестостероном у мужчин с андрогенодефицитоподобной сексуальной дисфункцией и/или энергетической недостаточностью, не имеющих патологического гипогонадизма. Участие в нем приняли 45 мужчин в возрасте старше 40 лет.

В первой фазе исследования участники были разделены на две группы, одна из которых ежедневно в течение 6 нед применяла гель А, вторая — гель В. Один из гелей содержал тестостерон, другой — плацебо. После терапии следовал 3-недельный перерыв. Во второй (перекрестной) фазе испытуемых поменяли местами: те, кто ранее применял гель А, теперь в течение 6 нед получали гель В, а применявших гель В перевели на гель А. После завершения терапии и 3-недельного перерыва была проведена третья фаза, в которой участники должны были сами определить, какой препарат они хотят получить: А или В. Первичной конечной точкой исследования были сексуальная функция и симптомы снижения

энергии, оцениваемые по визуальной-аналоговой шкале (Lead Symptom Score, LSS).

Результаты показали, что применение тестостерона и увеличение уровня гормона в крови до нормального уровня не принесло пациентам большей пользы в сравнении с плацебо. Было выявлено ковариантное влияние возраста, индекса массы тела и базового уровня тестостерона на качество жизни. Только 1 из 22 показателей в 7 категориях шкалы, предназначенной для оценки качества жизни, значительно улучшался при лечении тестостероном. В последней фазе испытания участники не отдавали явного предпочтения тестостерону в сравнении с плацебо.

Исследователи заключили, что тестостерон не улучшает состояние пациентов с сексуальной дисфункцией и/или симптомами снижения уровня энергии при отсутствии у них патологического гипогонадизма.

По материалам <https://www.uroweb.ru>. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019 Aug 19. pii: glz195. doi: 10.1093/gerona/glz195