



УДК 616.65-002-036.12:616.69-008.14-08

Симченко Н.И.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Simchenko N.

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Хронический простатит как причина эректильной дисфункции. Фенотипирование и органотропная терапия

Chronic Prostatitis as a Cause of Erectile Dysfunction.
Phenotyping and Organotropic Therapy

Резюме

Хронический простатит (ХП) и синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – самые распространенные урологические диагнозы у мужчин моложе 50 лет. Кроме болевого синдрома не менее значимыми для пациентов являются сексуальные нарушения, которые значительно снижают качество их жизни. Коррекция эректильной дисфункции (ЭД) при хроническом простатите требует продолжительного времени и, соответственно, должна быть не только эффективной, но и безопасной. Решить эту проблему помогают препараты биологического происхождения и фенотипирование пациентов для подбора терапии. Основной задачей в лечении хронического простатита является восстановление функции предстательной железы. В лечении данной группы пациентов целесообразно использовать препараты, обладающие тропностью к предстательной железе, имеющие комплексное действие и являющиеся максимально безопасными.

Безопасность и эффективность природных препаратов во многом зависят от их качества. Учитывая, что для ХП характерна многофакторность, целесообразно проводить фенотипирование пациентов по классификации UPOINT для подбора терапии. Выявлена высокая корреляция между ХП/СХТБ и ЭД (соотношение шансов 3:1). Определено статистически значимое снижение суммарного балла МИЭФ-5. Мы, как и ряд исследователей, считаем, что в связи с многофакторностью ХП/СХТБ пациентов вначале необходимо фенотипировать по классификации UPOINT, а потом подобрать мультимодальную терапию в зависимости от преобладания того или иного домена.

Ключевые слова: хронический простатит, синдром хронической тазовой боли, эректильная дисфункция, фенотипирование.

Abstract

Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome is the most common urological diagnosis in men younger than 50 years. In addition to pain, no less significant for patients are sexual disorders, which significantly reduce their quality of life. Correction of erectile dysfunction in chronic prostatitis requires a long time and, accordingly, must be not only effective, but also safe. Preparations of a biological origin and phenotyping of patients for the selection of therapy help

to solve this problem. The safety and efficacy of natural products largely depends on their quality. Given that CP is multifactorial, it is advisable to carry out phenotyping of patients according to the UPOINT classification to select therapy. A high correlation was found between CP/SCTB and ED (odds ratio 3:1). A statistically significant decrease in the total score of ICF-5 was determined. We, like a number of researchers, believe that due to the multifactorial nature of CP/SCTB, patients must first be phenotyped according to the UPOINT classification, and then multimodal therapy should be selected depending on the predominance of a particular domain.

Keywords: chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, erectile dysfunction, phenotyping.

■ ВВЕДЕНИЕ

Хронический простатит (ХП) и синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – самые распространенные урологические диагнозы у мужчин моложе 50 лет и занимают третье место по распространенности среди урологических диагнозов у мужчин старше 50 лет [2, 3, 5].

Кроме болей, превалирующих в клинической картине, не менее значимыми для пациентов являются сексуальные нарушения, которые еще больше ухудшают качество их жизни [6].

До 72% [7, 8] пациентов с СХТБ/ХП имеют сексуальную дисфункцию, включающую в себя частичное или полное нарушение эрекции (ЭД), снижение полового влечения, боль при эякуляции, во время или после коитуса, преждевременную эякуляцию (ПЭ) и снижение сексуального удовлетворения [10].

Исследования последних лет выявили ЭД в 0,6–48,3% случаев у данной категории пациентов и ПЭ в 26,2–77,3% наблюдений [2, 11].

Нередко сексуальная дисфункция неорганической этиологии расценивается как психогенная сексуальная дисфункция, возникающая вследствие психологических (стрессорных) механизмов, тогда как депрессия зачастую является эндогенным заболеванием и сексуальные нарушения, возникающие в ее рамках, относятся к психопатологическим расстройствам [9].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние фенотипирования пациентов с хроническим простатитом и эректильной дисфункцией и возможность использования органотропной терапии этой категорией больных в соответствии с полученными результатами лечения.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение группы пациентов (20 человек) в возрасте от 30 до 50 лет, страдающих хроническим простатитом в течение 5–10 лет. В группу включались пациенты с абактериальным

Таблица 1
ЭД в баллах по шкале МИЭФ

	Группа (n=20)	P
МИЭФ, баллы / IIEF, balls	18	0,3

Таблица 2
Симптомы сексуальной дисфункции

Симптом сексуальной дисфункции / Symptom of sexual dysfunction	Группа (n=20)	P
Эректильная дисфункция / Erectile dysfunction	20 (100%)	0,3
Нарушение оргазма / Violation of the orgasmic function	1 (0,5%)	0,3
Боль при эякуляции / Pain during ejaculation	2 (1%)	0,5
Снижение либидо / Decreased libido	13 (65%)	0,5
Преждевременная эякуляция / Premature Ejaculation	5 (25%)	0,5
Неудовлетворенность половым актом / Dissatisfaction with sexual intercourse	19 (95%)	0,5

простатитом или с простатитом вне обострения (согласно анализу секрета простаты и данных УЗИ). Все пациенты предъявляли жалобы, связанные с нарушением сексуальной функции (табл. 1).

Отсутствие оргазма при эякуляции (в 20% коитусов) выявлено у 0,5% (1 чел.), $p \leq 0,3$. Преждевременная эякуляция выявлена у 25% (5 человек). При этом преждевременная эякуляция являлась вторичной на фоне ХП, $p \leq 0,3$. Неудовлетворенность половым актом в целом отмечена у 95% всех пациентов (19 человек) (табл. 2).

Жалобы на боли при эякуляции предъявляли 2% (1 человек), $p \leq 0,5$. Выраженность боли при эякуляции составляла 2–3 балла из 10 по аналоговой шкале боли и по продолжительности – от 1 до 5 минут во время полового акта и 5–10 минут после полового акта.

При оценке по Шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory) у всех пациентов отмечено легкое расстройство (14–15 баллов по шкале Бека). Опросник выдавался на руки пациенту и заполнялся им самостоятельно. Основной задачей в лечении хронического простатита является восстановление функции предстательной железы. В лечении данной группы пациентов целесообразно использовать препараты, обладающие тропностью к предстательной железе, имеющие комплексное действие и являющиеся максимально безопасными.

Безопасность и эффективность природных препаратов во многом зависят от их качества. В связи с популярностью растительных препаратов в последней резолюции Всемирная ассамблея здравоохранения по традиционной медицине обратилась к Всемирной организации здравоохранения с просьбой предоставить техническую поддержку для развития методов контроля и обеспечения качества, эффективности и безопасности продукции, после чего было разработано руководство GMP [12].

Обстоятельный литературный обзор на русском языке, посвященный фитопрепаратам, использующимся при ЭД, был представлен в 2017 г. [14].

Проблемы питания и экологии приводят к нарушению образования коферментов, ферментов и прогормонов. На репродуктивную сферу также влияют гормоноподобные ксенобиотики [1]. Фитобиохимический взгляд на проблему изменений в предстательной железе с

сопутствующей ЭД дал направление к формированию новой парадигмы лечения – фармаконутритивной терапии [4,12].

В основе терапии наших пациентов мы использовали следующую схему лечения:

1. Свечи с экстрактом простаты животных (простатилен, витапрост и т. п.) ректально по 1 свече в день в течение 20 дней. Препарат содержит вытяжку из предстательной железы крупного рогатого скота. Ректальный способ введения имеет явное преимущество, поскольку в нем принимают участие те же механизмы, что и при всасывании из других отделов ЖКТ, но при ректальном применении препарат попадает в системный кровоток, минуя печень (отсутствует эффект «первого прохождения»), что повышает его биодоступность.
2. Растительный сбалансированный комплекс, применяемый в качестве биологически активной добавки к пище для мужчин, источник флавоноидов, сапонинов, дубильных веществ по 2 капсулы вечером в течение 1 месяца. В состав препарата входит корень кариссы, оказывающий тонизирующее действие на организм, стимулирующий сексуальность; Вироза секуринага – блокирует зоны мозга, ответственные за чувство страха, восстанавливает эрекцию, снижает последствия психологической сексуальной травмы; Гетероморфа – используется для пролонгирования полового акта и предупреждает преждевременное семяизвержение; Вельвичия триумфетта – улучшает кровоток в половом члене, обеспечивая эрекцию; Озороа – регулирует венозный кровоток; Мундулея – способствует восстановлению после полового акта; Элефантиориза – улучшает качество эякулята, повышает его объем и восстанавливает фертильность.

Таблица 3
Фенотипирование пациентов с ХП и ЭД по классификации UPOINT и подбор вариантов терапии

Домен UPOINT	Терапия
U – urinary учащенное мочеиспускание, затрудненное мочеиспускание, позывы	Свечи с экстрактом простаты животных
P – psychosocial депрессия, беспокойство, ослабление механизмов адаптации	Лечение психотерапевтом, растительный комплекс, источник флавоноидов, сапонинов, дубильных веществ для улучшения потенции и снятия стресса
O – organ specific пальпация простаты усиливает проявления болезни	Свечи с экстрактом простаты животных
I – infection эпизоды инфекции мочевых путей	Свечи с экстрактом простаты животных
N – neurologic/systemic нейропатическая тазовая боль и связанный с нею синдром раздраженного кишечника, миалгии	Растительный комплекс, источник флавоноидов, сапонинов, дубильных веществ для улучшения потенции и снятия стресса
T – tenderness of muscles болезненность и спазм промежности или мышц тазового дна	Физиотерапия, массаж



Таблица 4

Значения международного индекса эректильной функции у пациентов с хроническим простатитом до и после лечения

Степень тяжести эректильной дисфункции	Число пациентов, абс. (%)	Индекс ($M \pm m$), баллы		
		до лечения n=20	после лечения n=20	p
Легкая	9 (45)	17,1 $\pm$ 2,2	24,7 $\pm$ 1,1	<0,05
Средняя	8 (40)	13,2 $\pm$ 1,5	20,4 $\pm$ 2,1	<0,05
Значительная	3 (15)	7,1 $\pm$ 1,6	15,6 $\pm$ 1,5	<0,05

Таким образом, сочетание этих двух препаратов делает возможным выполнение основных задач по лечению данной группы пациентов: восстановление функции предстательной железы и коррекция ЭД.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая, что для ХП характерна многофакторность, для подбора терапии целесообразно проводить фенотипирование пациентов по классификации UPOINT (U (Urinary) – у 16%; P (Psychosocial) – у 75%; O (Organ specific) – у 75–80%, I (Infection) – у 5%, N (Neurologic/Systemic) – у 45%, T (Tenderness) – у 75%). По анкете CPSI (индекс симптомов хронического простатита), в среднем, домен боли был 4,1 балла, домен дизурии – 2,3 балла, домен эректильной функции – 9,1 балла, домен удовлетворенности половым актом 9,5 балла, домен качества жизни – 9,6 балла и общий балл – 34,6. Подбор вариантов лечения в зависимости от результатов фенотипирования представлен в табл. 3.

После проведенного курса лечения мы оценили значение международного индекса эректильной функции.

После лечения у пациентов отмечено снижение выраженности общей симптоматики на 10 баллов, со снижением оценки психологического и сексологического компонентов шкалы (табл. 4). Изменения в сексуальной сфере подтверждены при использовании опросника МИЭФ-5. Выявлена высокая корреляция между ХП/СХТБ и ЭД (соотношение шансов 3:1). Определяется статистически значимое снижение суммарного балла МИЭФ-5:

- 21–25 баллов – эректильная дисфункция отсутствует;
- 16–20 баллов – эректильная дисфункция легкой степени;
- 11–15 баллов – эректильная дисфункция умеренной степени;
- 0–10 баллов – выраженная эректильная дисфункция.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический простатит способствует нарушению сексуальной функции у пациентов репродуктивного возраста и снижает качество их жизни. Коррекция сексуальных нарушений требует длительного времени и многовекторного подхода. Многие пациенты стесняются обращаться с этими проблемами к психотерапевтам и сексологам, и далеко не всегда эта помощь доступна. Таким образом, решение этих проблем

нередко остается за врачами-урологами. Включение в комплексное лечение данной группы пациентов эффективных и безопасных препаратов биологического происхождения, патогенетический подход к терапии улучшают результаты лечения и качество жизни пациентов. Мы, как и ряд исследователей, считаем, что в связи с многофакторностью ХП/СХТБ вначале необходимо фенотипировать пациентов по классификации UPOINT, а потом подобрать мультимодальную терапию в зависимости от преобладания того или иного домена.

■ ВЫВОДЫ

1. У пациентов с хроническим простатитом вне обострения, хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли в сочетании с эректильной дисфункцией целесообразно проводить патогенетическую терапию препаратами биологического происхождения, имеющими высокий уровень эффективности и безопасности.
2. Препараты биологического происхождения (свечи с экстрактом простаты животных, растительный комплекс, источник флавоноидов, сапонинов, дубильных веществ для улучшения потенции и снятия стресса) могут быть назначены как самостоятельно, так и в составе комплексной терапии.
3. Целесообразно до начала терапии фенотипировать пациентов с ХП/СХТБ/ЭД по классификации UPOINT для подбора мультимодальной терапии.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Bat'ko A.B., Tagirov T.N., Idrisov SH.N. (2016) Vozmozhnosti primeneniya rastitel'nih preparatov v steroidogeneze u muzhchin s gipogonadizmom [Possibilities of using herbal preparations in steroidogenesis in men with hypogonadism]. *Andrologiya i genital'naya hirurgiya*, vol. 17(2), pp. 112–8.
2. Pushkar' D.Yu., Kamalov A.A., Al'-Shukri S.H. (2012) Analiz rezul'tatov epidemiologicheskogo issledovaniya rasprostranennosti erektil'noi disfunktsii v Rossiiskoi Federatsii [Analysis of the results of an epidemiological study of the prevalence of erectile dysfunction in the Russian Federation]. *Urologiya*, vol. 6, pp. 5–9.
3. Rasner P.I., Pushkar' D.Yu. (2014) Erekt'il'naya disfunktsiya – raznie resheniya odnoi problemi ili razmishleniya na zadannuyu temu [Erectile dysfunction - different solutions to one problem or reflection on a given topic]. *Meditsinskii sovet*, vol. 19, pp. 64–71. doi: 10.21518/2079-701X-2014-19-64-71
4. Hadzhieva B.R. (2017) Klinicheskaya otsenka vliyaniya osnovnih fitopreparatov na erektil'nyu funktsiyu s pozitsii dokazatel'noi meditsini [Clinical assessment of the influence of basic herbal remedies on erectile function from the perspective of evidence-based medicine]. *Consilium Medicum*, vol. 19(7), pp. 86–8.
5. Zhang R., Sutcliffe S., Giovannucci E., Willett W.C., Platz E.A., Rosner B.A., Dimitrakoff J.D., Wu K. (2015) Lifestyle and Risk of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in a Cohort of United States Male Health Professionals. *J. Urol.*, vol. 194(5), pp. 1295–300. doi: 10.1016/j.juro.2015.05.100
6. Zhang R., Chomistek A.K., Dimitrakoff J.D., Giovannucci E.L., Willett W.C., Rosner B.A., Wu K. (2015) Physical activity and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Med Sci Sports Exerc.*, vol. 47(4), pp. 757–64. doi: 10.1249/MSS.0000000000000472



7. Zhao Y.Y., Xu D.L., Zhao F.J., Han B.M., Shao Y., Zhao W., Xia S.J. (2014) Redundant prepuce increases the odds of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Asian J. Androl.*, vol. 16(5), pp. 774–7. doi: 10.4103/1008-682X.131706
8. Bresler M.L., Motrich R.D., Sanchez L.R., Rivero V.E. (2017) Chronic Pelvic Pain Development and Prostate Inflammation in Strains of Mice With Different Susceptibility to Experimental Autoimmune Prostatitis. *Prostate.*, vol. 77(1), pp. 94–104. doi: 10.1002/pros.23252
9. Lee J.H., Lee S.W. (2016) Testosterone and Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Propensity Score Matched Analysis. *J. Sex Med.*, vol. 13(7), pp. 1047–55. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.04.070
10. Shoskes D.A., Altemus J., Polackwich A.S., Tucky B., Wang H., Eng C. (2016) The Urinary Microbiome Differs Significantly Between Patients With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Controls as Well as Between Patients With Different Clinical Phenotypes. *Urology.*, vol. 92, pp. 26–32. doi: 10.1016/j.urology.2016.02.043
11. Chen C.Q., Yi Q.T., Chen C.H., Gong M. (2016) Effect of Interventions for Premature Ejaculation in the Treatment of Chronic Prostatitis with Secondary Premature Ejaculation. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.*, vol. 38(4), pp. 393–8. doi: 10.3881/j.issn.1000-503X.2016.04.005
12. (2006) *World Health Organization monographs. Updated supplementary guidelines for the manufacture of herbal medicine*. Geneva: WHO, 357 p.

Поступила/Received: 09.08.2019

Контакты/Contacts: natali_sim@mail.ru