

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДУКТОРА СИНТЕЗА ТЕСТОСТЕРОНА «ТЕСТАГЕН» ПРИ АНДРОГЕННОМ ДЕФИЦИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Россихин В. В.^{1,2}, Хощенко Ю. А.³, Осипов П. Г.³

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования;

² Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шатова;

³ Белгородский институт усовершенствования врачей

За последнее десятилетие отмечен значительный рост заболевания уретрогенным хроническим простатитом. По данным урологов и андрологов, этой патологией страдают от 40 до 60 % мужчин [1–4]. Увеличение заболеваемости обусловлено эпидемическим подъемом распространенности инфекций, передаваемых половым путем, урбанизацией, изменением полового поведения мужчин и женщин [5, 6].

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, некоторые вопросы этиологии, патогенеза, диагностики хронического простатита остаются спорными и недостаточно ясными, требуют более глубокого изучения [7, 8]. Заболевание характеризуется хроническим, циклическим течением с периодами ремиссий и обострений, а при неадекватном лечении и поздней диагностике приводит к потере функции предстательной железы. Это ведет к бесплодию, инвалидности мужчин, напряжению внутрисемейных отношений, увеличению числа разводов [1, 2, 9, 10].

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) при хроническом простатите нередко развиваются на фоне недиагностированного возрастного андрогенодефицита. Так, А. З. Винаров [11] отмечает, что у 20 % больных хроническим простатитом отмечает-

ся снижение либидо, что частично связано с психологическими факторами и, частично, со снижением уровня андрогенов. Дефицит тестостерона может быть причиной задержки семяизвержения [7, 11, 12]. Известно, что после 30-летнего возраста уровень тестостерона снижается на 1 % ежегодно и частота гипогонадизма у стареющих мужчин с возрастом увеличивается [12, 13].

Возрастной андрогенодефицит и гипогонадизм у мужчин тесно связаны. Гипогонадизм у мужчин — это клинический синдром, являющийся результатом снижения тестостеронпродуцирующей и сперматогенной функций яичек, в основе которого лежит нарушение на одном или нескольких уровнях гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы [14]. Клинические проявления весьма разнообразны. Так, явными симптомами возрастного андрогенодефицита у мужчин являются снижение либидо и половой активности; однако и потеря волос на теле, редкое бритье, уменьшение объема и силы мышц, увеличение жировой массы, депрессия, плохое настроение и сон также могут говорить об андрогенном дефиците [7, 15].

Так как пациенты с подобными жалобами могут обратиться к любому врачу (урологу, эндокринологу, терапевту), то следует знать состояния, при которых необходи-

мо исследовать уровень тестостерона. Этими состояниями являются: патология области турецкого седла, лекарственная терапия (прием глюкокортикоидов, нейролептиков, кетоконазола, блокаторов кальциевых каналов, опиоидов), потеря веса, изменение осанки, хроническая почечная недостаточность, тяжелое ночное апноэ, бесплодие, остеопороз у молодых мужчин, сахарный диабет 2 типа [16–18].

Ориентировочно возрастной андрогенодефицит диагностируется опросом с помощью специальных опросников ADAM [8, 17]. Вместе с тем, гипогонадизм у мужчин часто остается недиагностированным [19]. К примеру, в Протоколе «EAU Guidelines 2010» компенсация нарушенного уровня тестостерона при лечении СНМП не предполагается [12]. Ввиду этого, урологи крайне редко в комплексной терапии предпринимают попытки воздействовать на возрастной андрогенодефицит, являющийся патогенетическим фоном многих заболеваний, в том числе и простатопатии.

Таким образом, проблема хронического простатита и возрастного андрогенодефицита приобретают не только медицинское, но и социальное значение [6, 20].

В последние десятилетия одно из ведущих мест в лечении хронического простатита отводится антибактериальным и нестероидным противовоспалительным препара-

там, α -адреноблокаторам, физиотерапии [3]. В ряде работ упоминается об успешном применении лекарственных средств растительного, животного происхождения, а также — андрогенов [7, 7]. При этом многие исследователи указывают на необходимость восстановления нормального уровня тестостерона сыворотки крови, что обеспечивает высокую клиническую и фармацевтическую эффективность [16, 19].

Настоящая работа — результат нашего опыта применения при андрогенном дефиците у пациентов с хроническим абактериальным простатитом индуктора синтеза тестостерона — препарата ТЕСТАГЕН (ООО ХБО при РАН «Фирма Вита»). Биологически активная добавка к пище ТЕСТАГЕН® (пептидный комплекс АКС-С (лизин, глутаминовая кислота, аспарагиновая кислота, глицин) — представляет собой пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие поддержанию функции мужской половой системы [21, 22]. Выпускается в виде таблеток или капсул с содержанием активного вещества 0,100 мг. Результаты клинических исследований показали, что короткие пептиды, входящие в состав ТЕСТАГЕНА, положительно влияют на обменные процессы в клетках семенников и способствуют улучшению функций мужской репродуктивной системы [23].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В урологической клинике Харьковского областного клинического центра урологи и нефрологии им. В. И. Шаповала и хирургической клинике Белгородского института усовершенствования врачей в период 2010–2011 гг. обследованы 36 пациентов с компенсированным возрастным андрогенодефицитом и хроническим абактериальным простатитом (ХАП IIIA), клинически проявляющимся СНМП.

Все пациенты с ХАП IIIA с целью лечения были распределены на две группы: 1 группа (основная) — 20 больных; 2 группа (контроль) — 16 пациентов. Группы были статистически однородными ($p > 0,05$) по возрасту, баллам симптоматики по шка-

лам NIH-CPSI, опроснику AMS, шкале оценки снижения уровня андрогенов по Morley, числу лейкоцитов в секрете простаты, данным УЗИ. Возраст пациентов — 38–49 лет (в среднем 44,8 года).

Из исследования исключались пациенты, страдающие сахарным диабетом, опухолью почек и мочевого пузыря, интерстициальным циститом, аденомой простаты с внутрипузырным ростом; истинными и ложными дивертикулами мочевого пузыря, простатолитиазом, спондилозом, спондилоартрозом и спондилолистезом.

Необходимо отметить, что 13 (36%) пациентов из 36 страдали метаболическим синдромом; 32 (89%) — имели излиш-

ний вес, 35 (90 %) — страдали ночним апноє.

Большинство больных ранее неоднократно обращались за урологической помощью, а также самостоятельно принимали различные лекарственные препараты, способствующие нивелированию патологических реакций.

Пациентам контрольной группы, согласно Протокола, назначали общепринятое лечение (α_1 -адренолитик тамсулозин однократно *per os* на ночь и однократно на ночь нестероидное противовоспалительное средство — ректальные свечи «Диклоберл» 100 мг).

Больным основной группы дополнительно к общепринятым средствам назначали ТЕСТАГЕН по две капсулы во время еды 2 раза в день в течение 30 дней.

В начале и конце лечения (через 30 дней) оценивали жалобы больных, проводили анкетирование (опросник AMS, шкала оценки снижения уровня андрогенов по Morley, шкала NIH-CPSI), общеклиническое исследование крови и мочи, биохимическое изучение крови на аппарате «РЕФЛОТРОН» (Boehringer Mannheim, Германия). Прово-

дилось пальцевое ректальное исследование, трансабдоминальное УЗИ мочевого пузыря и простаты (Aloka-212-N) и стандартная урофлоуметрия.

Концентрация гормонов определялась иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы «Hoffmann La Roche» (Швейцария) на автоматическом анализаторе Cobas Core той же фирмы, а также хемолюминесцентным методом с использованием тест-систем DPC на автоматическом анализаторе Immulite (США).

Кроме этого, производили пальпаторную оценку предстательной железы и лабораторное исследование ее секрета. При наличии у всех пациентов клинических (в т. ч. и по анкетным показателям) признаков андрогенодефицита объективизацией возрастного андрогенодефицита явились уровни общего тестостерона сыворотки крови ниже 11 нмоль/л [16].

Связь признаков вычисляли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана, сравнения средних величин в группах — с помощью критерия Манна-Уитни и критерия Стьюдента [24].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований показали, что у обследованных пациентов с ХАП/СНМП и возрастным андрогенодефицитом, как в основной, так и в контрольной группах, через месяц лечения имело место клиническое улучшение. Вместе с тем, при назначении пациентам комплексной терапии (ТЕСТАГЕН + тамсулозин + Диклоберл) число пациентов, отметивших клиническое облегчение, было более высоким. Поллакиурия (учащение мочеиспускания) полностью перестала беспокоить 75 % больных ХАП (при обычном лечении — 62 %); у 70 % пациентов исчезла потребность ночного мочеиспускания (в контрольной группе — 44 %); странгурия (затрудненное мочеиспускание) перестала беспокоить 65 % больных (в контрольной группе — 62 %); 46 % пациентов отметили заметное усиление струи мочи и облегчение акта мочеиспускания.

Характерным было изменение урофло-

уметрических показателей (табл. 1). Так, средняя скорость мочеиспускания и время достижения максимальной скорости мочеиспускания достоверно увеличились ($p < 0,05$), что указывает на уменьшение динамического компонента простатической обструкции.

Кроме того, достоверно уменьшилось число лейкоцитов в секрете простаты с 20,8 до 15,4 экз. в поле зрения, а также снизились баллы шкалы NIH-CPSI — с 16,1 до 9,8 ($p < 0,05$), что говорит об уменьшении воспалительной реакции в простате и об улучшении качества жизни (табл. 1).

Характерным было изменение концентрации в крови половых гормонов. Так, отмечалось снижение уровней лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов на фоне достоверного повышения уровня общего тестостерона сыворотки крови (табл. 2).

Таким образом, результаты проведенно-

**Эффективность комплексного лечения с включением ТЕСТАГЕНА
при хроническом абактериальном простатите с синдромом нижних мочевых путей
при возрастном андрогенодефиците**

Показатель	До лечения	После лечения общепринятыми методами	После лечения с применением ТЕСТАГЕНА
Средняя скорость мочеиспускания, мл/с	13,5 ± 1,3	15,1 ± 1,6	17,4 ± 1,4*
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с	17,2 ± 1,8	19,1 ± 1,5	21,4 ± 1,6
Время достижения максимальной скорости мочеиспускания, мл/с	6,4 ± 0,1	5,4 ± 0,2*	4,4 ± 0,4*
Баллы шкалы NIH-CPSI	16,1	11,5	9,8*
Количество лейкоцитов в секрете простаты (число экз. п/зр)	28,2	25,6	15,4*

Примечание. * — статистически значимые различия с показателем до лечения ($p < 0,05$).

**Влияние пептидного биорегулятора ТЕСТАГЕНА на гормональный уровень
при хроническом абактериальном простатите с синдромом нижних мочевых путей
при возрастном андрогенодефиците**

Показатель	До лечения	После лечения общепринятыми методами	После лечения с применением ТЕСТАГЕНА
ЛГ, нг/мл	3,71 ± 0,14	3,54 ± 0,42	3,08 ± 0,09
ФСГ, нг/мл	2,95 ± 0,18	2,67 ± 0,55	2,21 ± 0,14
Тестостерон, нмоль/л	7,1 ± 0,4	7,5 ± 0,2	9,8 ± 0,3*

Примечание. Как в табл. 1.

го исследования свидетельствуют о лечебной эффективности и целесообразности введения в стандартную схему лечения (селективный α_1 -адреноблокатор + нестероидный противовоспалительный препарат) и в схему комплексного лечения пациентов с ХАП/СНМП и возрастным андрогеноде-

фицитом препарата ТЕСТАГЕН, поскольку он достоверно повышает уровень тестостерона сыворотки крови. При этом эффективность терапии обеспечивает уменьшение выраженности ирритативных симптомов и повышение качества жизни больных.

ВЫВОДЫ

1. Современная лекарственная терапия является основным методом коррекции симптомов нижних мочевых путей при простатической обструкции, обусловленной хроническим воспалением предстательной железы.
2. Комбинация препаратов (например, ТЕСТАГЕНА, α_1 -адренолитиков и нестероидных противовоспалительных средств) является более эффективной в плане купирования синдрома нижних мочевых путей, чем протоколная терапия без использования

- корректоров возрастного андрогенодефицита.
3. На сегодняшний день комбинированную терапию с использованием препаратов, корректирующих возраст-
- ной андрогенодефицит, можно считать наиболее оптимальной при лечении пациентов с хроническим абактериальным простатитом, синдромом нижних мочевых путей и возрастным андрогенодефицитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О. Б. Хронический простатит. Материалы 10 Российского съезда урологов [Текст] / О. Б. Лоран, А. С. Сегал — М., 2002. — С. 209–222.
2. Мазо Е. Б. Хронический инфекционный простатит. Материалы Пленума правления Российского общества урологов [Текст] / Е. Б. Мазо. — Саратов, 2004. — С. 267–289.
3. Простатит. Практическое руководство. Под ред. П. А. Щеплева [Текст]. — М.: ГУ МДН, 2004. — 260 с.
4. Сегал А. С. Качество жизни болеющих хроническим простатитом. Материалы Пленума правления Российского общества урологов [Текст] / А. С. Сегал, О. Б. Лоран, Д. Ю. Пушкарь. — Саратов, 2004. — С. 12–17.
5. Руководство по урологии. Под ред. Н. А. Лопаткина [Текст]. — М.: Медицина, 1998. — 768 с.
6. Юнда И. Ф. Простатиты [Текст] / Юнда И. Ф. — К.: Здоровья, 1987. — 192 с.
7. Тиктинский О. Л. Андрология [Текст] / О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко. — СПб: Медиа Пресс, 1999. — 464 с.
8. Adamopoulos D. A. J. The Aging Male [Text] / D. A. J. Adamopoulos. — New-York: SPN, 1998. — 228 p.
9. Ильин И. И. Хронический уретрогенный простатит [Текст] / И. И. Ильин. — М: Медицина, 2005. — 196 с.
10. Meares E. M. Prostatitis [Text] / E. M. Meares // Med. Clin. North. Am. — 1991. — Vol. 75, № 2. — P. 405–424.
11. Винаров А. З. Лечение препаратами тестостерона урологических заболеваний у мужчин. Эффективность [Текст] / А. З. Винаров // Достижения в лечении заболеваний верхних мочевых путей и стриктуры уретры: Пленум правления Российского общества урологов, 14–16 июня 2006 г. — Екатеринбург, 2006. — С. 44–47.
12. Коган М. И. Поздний гипогонадизм у мужчин. Точка зрения уролога [Текст] / М. И. Коган // Достижения в лечении заболеваний верхних мочевых путей и стриктуры уретры: Пленум правления Российского общества урологов, 14–16 июня 2006 г. — Екатеринбург, 2006. — С. 39–44.
13. Зилов А. В. Андрогенодефицитные состояния у мужчин [Текст] / А. В. Зилов // Достижения в лечении заболеваний верхних мочевых путей и стриктуры уретры: Пленум правления Российского общества урологов, 14–16 июня 2006 г. — Екатеринбург, 2006. — С. 23–37.
14. Тюльпаков А. Н. Андрогенодефицитные состояния у мужчин [Текст] / А. Н. Тюльпаков // Достижения в лечении заболеваний верхних мочевых путей и стриктуры уретры: Пленум правления Российского общества урологов, 14–16 июня 2006 г. — Екатеринбург, 2006. — С. 23–37.
15. Сиделковський О. Л. Неврологічні прояви андропенії [Текст] / О. Л. Сиделковський, Р. Я. Адаменко // Здоровье мужчины. — 2005. — № 1 (12). — С. 80–82.
16. Дедов И. И. Возрастной андрогенодефицит у мужчин [Текст] / И. И. Дедов, С. Ю. Калининченко — М.: Практическая медицина, 2006. — 240 с.
17. Сиделковський А. Л. Клинико-лабораторная диагностика цереброваскулярных заболеваний у мужчин с частичной андрогенной недостаточностью [Текст] / А. Л. Сиделковський // Здоровье мужчины. — 2003. — № 5 (2). — С. 21–23.
18. Gonadotropin Therapy for Infertile Men with Hypogonadotropic Hypogonadism [Text] / S. Bhasin, G. R. Cunningham [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2006. — № 3. — P. 1223–1228.
19. Сегал А. С. Аспекты безопасности предстательной железы при длительной терапии препаратами тестостерона [Текст] / А. С. Сегал // Достижения в лечении заболеваний верхних мочевых путей и стриктуры уретры: Пленум правления Российского общества урологов, 14–16 июня 2006 г. — Екатеринбург, 2006. — С. 78.
20. Арнольди Э. К. Хронический простатит: проблемы, перспективы, опыт [Текст] / Э. К. Арнольди. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. — 320 с.
21. Рыжак Г. А. Геропротекторы в профилактике возрастной патологии [Текст] / Г. А. Рыжак, С. С. Коновалов. — Прайм-Еврознак, 2004. — 160 с.
22. Шатаева Л. К. Пептидная саморегуляция живых систем (факты и гипотезы) [Текст] / Л. К. Шатаева, В. Х. Хавинсон, И. Ю. Ряднова. — М.: Наука, 2003. — 278 с.
23. Изучение белковых компонентов пептидных регуляторов природного происхождения [Текст] / Г. А. Рыжак, П. А. Некрасов, О. И. Киселев, В. Х. Хавинсон // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2003. — Том 135, № 1. — С. 62–65.
24. Гланц С. Медико-биологическая статистика [Текст] / С. Гланц. — М: Практика, 1999. — 398 с.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРА СИНТЕЗУ ТЕСТОСТЕРОНУ «ТЕСТАГЕН» ПРИ АНДРОГЕННОМУ ДЕФІЦИТІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ АБАКТЕРІАЛЬНИМ ПРОСТАТИТОМ

Россіхін В. В.^{1,2}, Хощенко Ю. О.³, Осіпов П. Г.³

¹Харківська медична академія післядипломної освіти;

²Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала;

³Белгородський інститут удосконалення лікарів

36 хворих на хронічний абактеріальний простатит (ША), що проявляється симптомами нижніх сечових шляхів, одержували консервативну терапію (протокольну: α_1 -адренолітик + ректальні свічі з нестероїдним протизапальним засобом) і комплексне лікування, у схему якого додатково було введено індуктор синтезу тестостерону «ТЕСТАГЕН». Через місяць лікування відзначено достовірне поліпшення урофлоуметричних показників, зниження рівня запалення в простаті, підвищення рівня загального тестостерону в сироватці крові.

К л ю ч о в і с л о в а: хронічний простатит, комплексне лікування, ТЕСТАГЕН.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДУКТОРА СИНТЕЗА ТЕСТОСТЕРОНА «ТЕСТАГЕН» ПРИ АНДРОГЕННОМ ДЕФИЦИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Россихин В. В.^{1,2}, Хощенко Ю. А.³, Осипов П. Г.³

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования;

²Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала;

³Белгородский институт усовершенствования врачей

36 больных с хроническим абактериальным простатитом (ША), проявляющимся симптомами нижних мочевых путей, получали лекарственную терапию (протокольную: α_1 -адренолитик + ректальные свечи с нестероидным противовоспалительным средством) и комплексное лечение, в схему которого дополнительно был введен индуктор синтеза тестостерона «ТЕСТАГЕН». Через месяц лечения отмечено достоверное улучшение урофлоуметрических показателей, снижение уровня воспаления в простате, повышение уровня с общего тестостерона в сыворотке крови.

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический простатит, комплексное лечение, ТЕСТАГЕН.