

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

**АО «КАЗАХСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО
КОПУЛЯТИВНОЙ И ФЕРТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

(Методические рекомендации)

Алматы - 2017 г.

УДК 616.65–002–022-08

ББК 56.9

С 56

Рецензенты:

1. Избасаров А.И. - д.м.н., профессор, уролог-андролог высшей категории. Генеральный директор ММЦ «Private Clinic Almaty».
2. Гильязов А.Х. – к.м.н., доцент, профессор кафедры урологии и андрологии АО КазМУНО,

Авторы:

Шалекенов Б.У. - член-корр. АМН РК, д.м.н., профессор, заведующий кафедры урологии и андрологии АО «КазМУНО»

Хусаинов Т.Э. – д.м.н, доцент, профессор кафедры урологии и андрологии АО «КазМУНО»

Куандыков Е.А. - д.м.н, доцент кафедры урологии и андрологии АО «КазМУНО»

Современные методы лечения хронического бактериального простатита, осложненного копулятивной и фертильной дисфункцией: Методические рекомендации / Шалекенов Б.У., Хусаинов Т.Э., Куандыков Е.А. // Алматы: АО «Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования», 2017. - 34 с.

ISBN 9965-874-96-4

В методическом пособии систематизированы и обобщены современные литературные данные об нарушении эректильной и фертильной функции у больных с хроническим абактериальным простатитом и предложены современные методы лечения их фитопрепаратами. Проведен анализ эффективности и безопасность применения препаратов «Трансера» и «Трансера Актив» у данной категории больных. Полученные результаты позволяют рекомендовать к широкому применению препаратов «Трансера» и «Трансера Актив», который имеет высокую эффективность и безопасность. Методическое пособие предназначено для врачей урологов, андрологов, резидентов, врачей интернов, студентов, семейных врачей и врачей других специальностей, интересующихся проблемой эректильной дисфункции.

УДК 616.65–002–022-08

ББК 56.9

Одобрено и рекомендовано Ученым советом АО «Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования»

(протокол от « _ » __ года № ____).

© Б.У. Шалекенов, Т.Э. Хусаинов, Е.А. Куандыков, 2017г.

Содержание

Введение.....	4
Эректильная дисфункция.....	5
Описание препарата ТРАНСЕРА, ТРАНСЕРА АКТИВ.....	12
Клиническое исследование по изучению эффективности и безопасности приема препарата ТРАНСЕРА больными с хроническим простатитом, осложнённым копулятивной и фертильной дисфункцией.....	17
Опыт применения препарата ТРАНСЕРА АКТИВ у пациентов с эректильной дисфункцией психогенного генеза.....	25
Заключение.....	28
Список использованных источников.....	29
Приложение – 1 Тесты.....	30

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день общеизвестным фактом является то, что сексуальные нарушения, являются характерными признаками длительно текущего хронического абактериально простатита. По данным различных авторов, сексуальные расстройства встречаются достаточно часто, у 52% мужчин с простатитом. Считается аксиомой, что конгестия предстательной железы предрасполагает к ее воспалению. Среди причин конгестии называют половые нарушения и дизритмию половой жизни.

Анализируя работы авторов можно сделать следующие выводы:

- Причиной сексуальных расстройств при простатите, являются прежде всего психосоматические нарушения, депрессия, тревожно-мнительные личностные черты характера. Они же иногда являются причиной, либо поддерживают наличие жалоб, характерных для синдрома хронической тазовой боли.

- Часто, сама по себе редкая половая жизнь приводит к застойным явлениям и обуславливает предрасположенность к простатиту.

- Среди проявлений синдрома хронической тазовой боли могут быть преждевременная эякуляция и болезненный оргазм, которые негативно влияют на эректильную функцию.

- Развитие нарушения эректильной составляющей копулятивного цикла при хроническом простатите, происходит преимущественно по психосоматическому принципу.

- При лечении сексуальных расстройств, возникающих на фоне хронического простатита, следует помнить, что исчезновение жалоб, связанных с простатитом, приводит к снижению воздействия психотравмы на организм и создает предпосылки для коррекции эректильной дисфункции.

- Необходимо учитывать, что сексуальные нарушения и причины их возникновения могут существовать сами по себе, а хронический простатит только усугубляет состояние пациента. В этом случае, диагностику и лечение сексуального расстройства необходимо производить параллельно с терапией синдрома хронической тазовой боли.

- Ускоренная эякуляция и болезненные оргастические ощущения, часто исчезают по мере излечения хронического простатита.

Таким образом, лечение сексуальных нарушений при хроническом простатите должно носить комплексный характер. Несомненно, патогенетической его основой служит медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, улучшающая микроциркуляцию, симптоматическая и др.), методы физического воздействия и рефлексотерапия — для лечения основного заболевания. Вышеперечисленные методы лечения можно с успехом сочетать с направленной на улучшение сексуальной функции терапией, которая подразумевает три вида воздействий.

- Коррекция нарушений эрекции (современные ингибиторы фосфодиэстеразы-5, препараты сверхмалых доз, биогенные стимуляторы, препараты на натуральной основе).
- Применение психотропных средств (анксиолитики, транквилизаторы и антидепрессанты) и методов психотерапевтического воздействия.
- Коррекция гормональных нарушений (синтетические аналоги тестостерона, антиэстрогены, препараты, снижающие уровень пролактина в плазме крови).

1. ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2010) эректильная дисфункция определяется как постоянная неспособность достичь и поддерживать эрекцию, достаточную для успешного полового акта.

Импотенция (лат. impotentia - слабость) или эректильная дисфункция - это такое состояние, при котором мужчина не может достичь эрекции или этой эрекции недостаточно для совершения полового акта.

Все причины нарушения эрекции делятся на две большие группы - органические, когда есть какое-то нарушение в организме, и психологические, которые обусловлены только особенностями психики пациента.

Для **психологической импотенции** характерны:

- Внезапное начало
- Ночные спонтанные эрекции сохранены
- Проблема отношений
- Проблемы при определенных обстоятельствах

Для **органической импотенции** характерны:

- Постепенное начало
- Ночные спонтанные эрекции отсутствуют
- Нормальное либидо и эякуляция
- Проблемы при любых обстоятельствах

Психогенные факторы, например, зрительные или слуховые образы, являются мощными индукторами эрекции. В то же время, такие эмоции, как страх или воспоминание о ранее неудачном опыте, могут нарушать эректильную функцию. Причины первичных нарушений находятся в зависимости от социальной сферы и воспитания. Вторичные расстройства обычно возникают остро и зависят от конкретной ситуации или от партнера.

Все органические причины эректильной дисфункции делятся на эндокринные, медикаментозные, местные, неврологические и сосудистые.

Классификация

В соответствии с общепризнанной в настоящее время классификацией эректильной дисфункции, выделяют 7 видов импотенции по этиопатогенетическому принципу:

- **Психогенная импотенция**

Ведущим патогенетическим звеном психогенной импотенции является снижение чувствительности кавернозной ткани к воздействию нейромедиаторов эрекции в результате прямого ингибирующего влияния коры головного мозга или опосредованного воздействия коры через спинальные центры и увеличение уровня периферических катехоламинов. В основе этих явлений лежат переутомление, депрессия, сексуальные фобии и девиации, религиозные предубеждения, ассоциативные психотравмирующие факторы и др. В последние годы, с развитием методов объективной диагностики эректильной дисфункции, психогенная импотенция в чистом виде диагностируется значительно реже.

• **Нейрогенная импотенция**

Наступает в результате травм или заболеваний головного, или спинного мозга, а также периферических нервов, которые препятствуют прохождению нервных импульсов на кавернозные тела. Наиболее частой причиной нейрогенной импотенции является травма спинного мозга (до 75%). Другими ее причинами могут быть новообразования, цереброваскулярная патология, сирингомиелия, рассеянный склероз, грыжа межпозвоночного диска и т.д.

• **Артериогенная импотенция**

Возрастная и патоморфологическая динамика атеросклеротического поражения коронарных и пенальных сосудов примерно соответствует друг другу, что позволяет считать импотенцию болезнью возраста. Другими причинами артериогенной импотенции являются травма, врожденные аномалии, курение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь. При наличии ограниченного артериального притока существенно страдает внутриклеточный метаболизм кавернозной ткани и эндотелия приносящих сосудов, что формирует порочный круг и приводит к часто необратимой дисфункции кавернозной ткани.

• **Веногенная импотенция**

Причины нарушения венокклюзивной функции еще недостаточно ясны, однако уже сейчас известны следующие: эктопический дренаж кавернозных тел через большие подкожные дорзальные вены или увеличенные кавернозные или ножковые вены; кавернозно-спонгиозный шунт; недостаточность белочной оболочки в результате травматического разрыва; болезни Пейрони; первичное или вторичное истончение; функциональной недостаточности кавернозной эректильной ткани в результате недостатка нейротрансмиттеров; психогенного ингибирования; курения; ультраструктурных изменений.

• **Гормональная импотенция**

Ведущей причиной гормональной импотенции является сахарный диабет, приводящий к серьезным структурным изменениям пенальных сосудов и кавернозной ткани.

Известный факт, что нормальный уровень тестостерона в сыворотке крови абсолютно необходим для обеспечения нормальных эрекций, подвергли сомнению, т.к. визуально-стимулированная эрекция не страдает у лиц с гипогонадизмом. В связи с этим, в настоящее время считается, что большее

значение имеет степень усвояемости тестостерона, а не его уровень в сыворотке крови. Однако заместительная гормонотерапия для лечения эректильной дисфункции считается показанной у лиц с гипогонадизмом и при мужском климаксе.

- **Дисфункция кавернозной ткани (кавернозная недостаточность)**

Причины кавернозной недостаточности различны. Они приводят к интра- и экстрацеллюлярным изменениям пещеристых тел, их сосудов и нервных окончаний, которые препятствуют нормальному функционированию эректорного механизма.

- **Импотенция, вызванная возрастными изменениями, системными заболеваниями и другими причинами.**

Диагностика импотенции

Диагностика импотенции (эректильной дисфункции) - базируется на сексологическом тестировании, которое подразумевает всестороннюю оценку состояния половой функции и начинается с тщательного сбора анамнеза заболевания. В ходе доверительной беседы внимание следует уделять всем аспектам сексуальной жизни пациента (форма и условия проведения коитуса, развитие и характер расстройств эрекции, как адекватных, так и спонтанных, сохранность либидо, наличие расстройств оргазма и эякуляции). Необходимо, также, учитывать взаимоотношения в паре и отношение сексуального партнера к существующей проблеме, так как данные сведения определяют актуальность и мотивацию. При сборе анамнеза необходимо попытаться выяснить причинные факторы, наличие факторов риска, хронических заболеваний, в частности сахарного диабета, артериальной гипертензии, неврологических заболеваний, травм, оперативных вмешательств на мочевом пузыре, предстательной железе, прямой кишке.

Степень выраженности эректильных нарушений может быть определена уже на этапе анализа анамнестических данных. Выделяют компенсированные (минимальные), субкомпенсированные (умеренные) и декомпенсированные (выраженные) формы эректильной дисфункции.

При осмотре обращают внимание на конституционные особенности, развитие вторичных мужских половых признаков, состояние наружных половых органов, предстательной железы.

Лабораторная диагностика включает исследование гормонального профиля крови (уровень тестостерона, эстрадиола, пролактина, гонадотропных гормонов).

Искусственная фармакологическая эрекция (фармакологический тест) служит для оценки качества и продолжительности эрекции. Вазоактивный препарат (простагландин E1, папаверин, фентоламин, или их комбинация) вводят интракавернозно для индуцирования кровенаполнения кавернозных тел. Степень эрекции оценивается по шкале Юнема (1987):

Eg0 – отсутствие реакции на введение препарата

- Er1 – незначительная тумесценция
- Er2 – неполная тумесценция
- Er3 – полная тумесценция без ригидности
- Er4 – частичная ригидность
- Er5 – полная ригидность (эрекция) полового члена

Регистрация ночной тумесценции полового члена проводится с помощью кольца снабженного контрольными нитями, надеваемого на половой член на время сна. Обрыв контрольных нитей указывает на наличие спонтанной эрекции (тумесценции). Качественная оценка спонтанного кровенаполнения оценивается с помощью аппарата «Rigiscan», графически регистрирующего изменения напряжения полового члена посредством установленных на него тензодатчиков.

Фармакодоплерография - ультразвуковое доплер-сканирование сосудов полового члена в сочетании с интракавернозным фармакологическим тестом позволяет оценивать состояние кровотока в половом члене в различные фазы эрекции. Гемодинамические параметры, полученные при исходном исследовании и через 10 минут после интракавернозного введения вазоактивного препарата оцениваются в сравнении. Помимо объективных данных о состоянии артериального кровотока, доплерография позволяет обнаружить косвенные признаки нарушения веноокклюзивного кавернозного механизма.

Кавернозография – метод рентгенологической диагностики кавернозной веноокклюзивной дисфункции и кавернозного фиброза. Рентгеноконтрастный препарат вводится интракавернозно. На рентгенограмме регистрируют структурное состояние кавернозных тел и заполнение контрастным веществом путей венозного оттока. Через 10 минут после интракавернозного введения вазоактивного препарата исследование повторяют. Признаком веноокклюзивной дисфункции является контрастирование спонгиозных тел головки полового члена и уретры, глубокой дорсальной вены, внутренних срамных вен и простатовезикального сплетения, сохраняющееся после введения вазоактивного препарата. Локальное снижение и неоднородность контрастирования кавернозных тел может расцениваться как признак очагового (парциального) склероза кавернозной ткани.

Электромиография полового члена – метод диагностики нейрогенной эректильной дисфункции. Проводится в сочетании с интракавернозным фармакологическим тестом с использованием поверхностных или игольчатых электродов. Критериями оценки иннервации полового члена являются амплитуда, частота, форма и синхронность регистрируемых потенциалов. В норме амплитуда и частота синхронных потенциалов уменьшаются по мере нарастания тумесценции, на высоте эрекции регистрируется изоэлектрическое молчание.

Обследование больного с эректильной дисфункцией должно проводиться в содружестве со специалистами смежных специальностей – психоневролога, невропатолога, эндокринолога и, при необходимости, включать

дополнительные методы обследования (например, при дегенеративных заболеваниях позвоночника – рентгенографию и магнитно-резонансную томографию позвоночника). Анамнестические указания на травму таза и/или промежности являются показанием к проведению магнитно-резонансной томографии тазового дна и полового члена (диагностика структурных нарушений, локального фиброза).

Принципы лечения

Все принципы восстановления половой функции разделяют на консервативные - инвазивные и неинвазивные и оперативные.

К консервативным принципам относятся:

- пероральная медикаментозная терапия,
- применение вакуумно-констрикторных устройств,
- метод интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов,
- интрауретральная терапия импотенции.

Медикаментозная терапия импотенции

Поиск патогенетической обоснованной, неинвазивной, высокоэффективной терапии ЭД увенчался успехом и созданием силденафила цитрата. Силденафила цитрат не оказывает прямого расслабляющего действия на гладкомышечные клетки кавернозных тел полового члена. Он приводит к повышению уровня цГМФ в кавернозной ткани, способствуя индуцированию и поддержанию эрекции.

Показанием для приема силденафила цитрата - являются ЭД психогенного и органического генеза.

Противопоказанием для назначения силденафила цитрата - является прием больным донаторов окиси азота или нитратов в любой лекарственной форме.

Известные побочные явления, связанные с приемом препарата:

- незначительная и транзиторная головная боль,
- внезапное покраснение лица и шеи,
- диспепсия,
- гиперемия полости носа,
- изменение цветоощущения и остроты зрения.

Довольно перспективным направлением в лечении ЭД является фитотерапия. С давних времен лекарственные растения широко использовались для лечения андрологических заболеваний. Сегодня опыт народной медицины, в частности траволечение (фитотерапия), уверенно восстанавливает свои позиции. Лекарственные средства растительного происхождения и сами травы имеют ряд преимуществ перед синтетическими препаратами. Во-первых, это отсутствие осложнений и минимум побочных эффектов; во-вторых, широкий простор для комбинирования и сочетания растительных компонентов, взаимно усиливающих свое действие. Сочетание традиционных медикаментов и трав может ускорить лечебный процесс и привести к наилучшему эффекту.

Показанием к фитотерапии служит, в первую очередь, психогенные нарушения потенции. Особое место среди препаратов этого ряда занимает «ТРАНСЕРА»

Вакуумно-констрикторная терапия

Сущность метода состоит в создании отрицательного давления в пещеристых телах полового члена с помощью вакуумного цилиндра и насоса, что вызывает приток крови и эрекцию, удерживаемую с помощью наложения у основания члена специального сжимающего кольца, ограничивающего венозный отток. Таким образом, половой член остается в эрегированном состоянии и обеспечивает возможность совершать половой акт продолжительностью не более 30 мин. Эффективность метода доходит до 40-50%, частота осложнений (подкожные кровоизлияния, болевой синдром) не превышает 5%. При неэффективности вакуумно-констрикторную терапию можно использовать в комбинации с медикаментозной терапией, инъекциями вазоактивных препаратов, а также, для создания комплиментарной эрекции после имплантации протезов полового члена.

Метод интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов

Метод интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов в настоящее время стал самым распространенным и наиболее эффективным среди консервативных способов восстановления половой функции.

Для лечения ЭД используются папаверин, фентоламин и простагландин E1 как в виде монотерапии, так и в их различных комбинациях.

Папаверин стал первым препаратом, используемым для интракавернозных инъекций. Практическое применение показало достаточно высокую эффективность препарата для восстановления половой функции (60-80%). Монотерапия ЭД папаверином ограничена по продолжительности в связи с высоким риском развития кавернозного фиброза, приапизма и гепатотоксичностью препарата.

Более безопасным препаратом для интракавернозного применения является простагландин E1. Эффективность метода интракавернозных инъекций простагландина E1 составила 70-80%. При динамическом мониторинге больных, получающих интракавернозные инъекции в течение нескольких лет, практически у всех больных не отмечалось признаков кавернозного фиброза, системных побочных реакций. Это позволяет считать этот препарат основным для лечения ЭД в виде интракавернозных самоинъекций.

Интракавернозные инъекции фентоламина в виде монотерапии ЭД в клинической практике не применяются. Этот препарат обычно применяется в комбинации с папаверином или простагландином E1.

Интрауретральная терапия импотенции

Для интрауретральных аппликаций используется препарат алпростадил, действующим веществом которого является простагландин E1. Из уретры препарат всасывается и с кровотоком попадает в кавернозные тела, где вызывает каскад реакций, приводящих к усилению кровенаполнения кавернозной ткани и возникновению эрекции. Действие препарата, введенного интрауретрально, такое же, как при интракавернозном введении.

Интрауретральная терапия является эффективным методом восстановления эрекции (60-70%), позволяющим исключить инъекцию в половой член.

Хирургическое восстановление половой функции

Оперативное лечение венозной недостаточности полового члена выполняется в случае поражения веноокклюзивного механизма полового члена. Несмотря на столь длительную историю этого метода лечения и кажущуюся очевидность его эффективности, это направление сосудистой хирургии ЭД является наиболее противоречивым. Необходимо отметить, что эффективность веноокклюзивной хирургии составляет 50-60%, что является причиной некоторого скептицизма в отношении подобного рода операций. Однако, даже при относительно невысоких результатах венозная хирургия пениса все равно должна применяться в клинической практике. Это связано с тем, что даже если не удастся полностью восстановить половую функцию, то проведенная операция в большинстве случаев потенцирует действие медикаментозной, интракавернозной терапии или вакуумных эректоров, что позволяет добиться сексуальной реабилитации пациентов.

Оперативное лечение артериальной недостаточности полового члена показано в случае недостаточного артериального притока к кавернозной ткани. Учитывая, что эрекция является преимущественно гемодинамическим феноменом, артериальный приток к кавернозным телам является важнейшим компонентом для развития необходимой ригидности кавернозных тел. Эффективность артериального микрососудистого шунтирования очень вариабельна, по данным различных авторов, и колеблется от 20 до 80%. Столь значительные колебания эффективности зависят от диагностических критериев, принципов отбора пациентов и типа выполняемой операции. Артериальная реваскуляризация может быть эффективна только у молодых пациентов с сохранным веноокклюзивным механизмом и вторичной артериальной ЭД в результате травмы таза или промежности.

Протезирование полового члена является в настоящее время самым эффективным и наиболее часто применяемым методом восстановления ригидности полового члена. Восстановление половой функции происходит более чем в 70% случаев. Основными показаниями для имплантации является васкулогенная ЭД, кавернозный фиброз, сахарный диабет.

Имплантация протезов полового члена на современном уровне развития медицины, имея в арсенале большое количество моделей протезов, является самым эффективным методом восстановления половой функции.

Основное правило имплантационной хирургии пениса:

Имплантация протезов является завершающим этапом лечения ЭД.

Это значит, что в случае неправильного определения показаний и вследствие этого неудачного исхода операции, применение какого-либо альтернативного метода восстановления половой функции невозможно.

2. ОПИСАНИЕ ПРЕПАРАТОВ

«ТРАНСЕРА»

Состав одной таблетки препарата Трансера:

корень Тонгкат Али (эврикома длиннолистная)	10:1 - 15 мг
листья горянки стреловидной (Horny Goat Weed)	10:1 - 10 мг
корень женьшеня корейского (обыкновенного)	10:1 - 12 мг
корень маки перуанской	5:1 - 30 мг
йохимбе	5:1 - 7 мг
листья зеленого чая	10:1
катехинов	40% - 7 мг
L-Аргинина гидрохлорид	82 мг
Витамин В ₃	20 мг
оксид цинка	15 мг
селен	80 мкг
марганец	4 мг
оксид магния	133 мг
вспомогательные вещества: дикальций фосфат дигидрат, микрокристаллическая целлюлоза, стеариновая кислота, диоксид кремния, магния стеарат, покрывающий материал на основе ГПМЦ	

«ТРАНСЕРА АКТИВ»

Состав одной таблетки препарата Трансера Актив:

содержит:	
корень Тонгкат Али (эврикома длиннолистная)	10:1 - 30 мг
листья горянки стреловидной (Horny Goat Weed)	10:1 - 20 мг
корень женьшеня корейского (обыкновенного)	10:1 - 12 мг
корень маки перуанской	5:1 - 74 мг
йохимбе	5:1 - 14 мг
листья зеленого чая	10:1
катехинов	40% - 7 мг
L-Аргинина гидрохлорид	82 мг
Витамин В ₃	16 мг
оксид цинка	12,5 мг
селен	55 мкг
марганец	2 мг
оксид магния	67 мг
вспомогательные вещества: дикальций фосфат дигидрат, микрокристаллическая целлюлоза, стеариновая кислота, диоксид кремния, магния стеарат, покрывающий материал на основе ГПМЦ	

Фармакологическая группа

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

Фармакологические свойства

Тонгкат Али (эврикома длиннолистная) признан лучшим натуральным усилителем потенции и рекомендуется к применению при эректильной дисфункции, преждевременной эякуляции, ослаблении полового влечения, повышенной усталости после интимной близости. Способствует выработке тестостерона, мужского полового гормона, увеличивает количество и качество спермы, чем повышает шансы на удачное оплодотворение.

Горянка стреловидная (Horny Goat Weed) традиционно используется как возбуждающее средство при нарушениях эрекции и для улучшения спермапродуцирования. Главный действующий компонент икариин повышает чувствительность нервных окончаний, что приводит к усилению полового влечения.

Корейский Женьшень способствует созданию в организме необходимого уровня половых гормонов и применяется для улучшения качества интимной жизни и усиления сексуального желания. Компоненты женьшеня усиливают выработку оксида азота, что приводит к расслаблению гладкой мускулатуры сосудов полового члена, усилению циркуляции крови и издавна используется для профилактики эректильной дисфункции.

Мака перуанская на протяжении веков применялась как возбуждающее средство и в качестве адаптогена. Воздействуя на нервную систему, улучшает функции предстательной железы и гормональный обмен, способствуют сокращению рефрактерной паузы (времени между половыми актами). Кроме этого, как показывают исследования, систематический прием препаратов на основе экстракта корня маки значительно увеличивает число подвижных сперматозоидов.

Йохимбин используется как средство для лечения эректильной дисфункции и импотенции, вызванной проблемами с сосудистой системой, диабетом или психогенетическими факторами. Усиливает приток крови к органам малого таза и за счет растормаживания спинномозговых центров эрекции и эякуляции, увеличивает силу и продолжительности кровенаполнения половых органов, стимулирует синтез тестостерона.

L-аргинин - при его дефиците возникают функциональные расстройства половой системы. L-аргинин увеличивает продукцию оксида азота, без которого невозможно нормальное функционирование нервной системы и выработки гормонов, используется для лечения бесплодия у мужчин.

Витамин В₃ участвует в производстве тестостерона, а также влияет на расширение мелких кровеносных сосудов и улучшение микроциркуляции.

Селен - катализатор выработки тестостерона в организме, так как является ключевым компонентом в составе этого гормона. Обладает эффектом активации клеточного и гуморального иммунитета, антиоксидантной защиты

клеточных мембран. Антиоксидант, защищает мембраны сперматозоидов от атак свободных радикалов, приводящих к агглютинации сперматозоидов. Уменьшает частоту обострения хронического простатита на 30%. Повышает работоспособность. Снижает риск заболеваний сердечно - сосудистой системы.

Зеленый чай способствуют блокированию оттока крови из сосудов полового члена и тем самым поддерживают стойкую эрекцию.

Марганец оказывает влияние на нормальное функционирование половых желез и повышает подвижность сперматозоидов.

Цинк — кофактор, усиливающий процессы регенерации и репарации.

Стимулирует андрогенез. Цинк оказывает модулирующее воздействие на систему регуляции гипоталамус – гипофиз – гонады у мужчин. Центральное действие препаратов цинка заключается в угнетении синтеза пролактина и относительном повышении уровня гонадотропных гормонов – фолликулостимулирующего и лютеинизирующего. Периферическое действие цинка на тестикулярный стероидогенез реализуется путем повышения чувствительности рецепторов клеток Лейдига к гонадотропным гормонам. Таким образом цинк обладает способностью стимулировать синтез эндогенного тестостерона. Это свойство позволяет использовать цинк в лечении задержки полового развития у подростков, при некоторых формах приобретенного гипогонадизма, в комплексной терапии хронического простатита, пагубно влияющего на эндокринный профиль мужчин. Цинк хорошо устраняет проявления импотенции, связанной с пониженной продукцией тестостерона. Ежедневный прием 45 – 90 мг цинка усиливает либидо, восстанавливает полноту сексуальных ощущений, способствует достижению полноценных эрекций.

Стимулирует сперматогенез. Цинк входит в состав более 70 внутриядерных ферментов, участвующих в ключевых этапах репликации и транскрипции ДНК и РНК. Это обуславливает важную роль цинка для сперматогенеза. Кроме того, как было указано ранее цинк повышает уровень тестостерона и ФСГ – гормонов, регулирующих сперматогенез. Цинк является важной составляющей сока предстательной железы. Он повышает двигательную активность сперматозоидов после эякуляции. Препараты цинка широко используются в лечении идиопатического мужского бесплодия. Пероральное введение 45 – 90 мг/сут. чистого цинка увеличивает количество сперматозоидов в эякуляте, улучшает их подвижность, повышает процент зрелых форм.

Является ингибитором 5- α -редуктазы. Цинк регулирует уровень метаболита тестостерона - дигидротестостерона, избыток которого обуславливает гиперплазию простаты.

Показания к применению «ТРАНСЕРА»

• для усиления сексуального возбуждения, придания яркости оргазму и повышения выносливости во время полового акта:

- ✓ у здоровых мужчин, которые хотят улучшить качество интимной жизни;
- ✓ у мужчин в возрасте с ослабленной сексуальной активностью, при затруднении достижения оргазма, преждевременном семяизвержении и усталости после интимной близости;
 - для стимуляции сперматогенеза, поддержания нормального уровня тестостерона и репродуктивной функции:
 - ✓ мужчинам, планирующим зачатие естественным способом
 - ✓ мужчинам при подготовке к применению репродуктивных технологий в комплексном лечении бесплодия
 - в комплексной терапии, при лечении хронических заболеваний предстательной железы

Способ применения и дозы

Одной таблетки в сутки, после приема пищи, достаточно для поддержания длительной половой потенции и повышения репродуктивной функции у мужчин. Можно принимать от 1 до 6 месяцев.

Побочные действия

При использовании по указанным показаниям побочного действия не выявлено.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту, который входит в состав продукта. Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, нарушения сердечной деятельности, выраженный атеросклероз.

Взаимодействия с другими лекарственными препаратами

Случаи несовместимости с другими лекарственными средствами не зарегистрированы.

Форма выпуска

14 или 28 таблеток в упаковке.

Показания к применению «ТРАНСЕРА АКТИВ»

Для мужчин, страдающих эректильной дисфункцией.

- оказывает сильное стимулирующее действие на мужскую потенцию
- обеспечивает мощную эрекцию
- передает яркость оргазму
- усиливает половое влечение и сексуальные ощущения

Способ применения и дозы

Вызывает сильное стимулирующее действие на мужскую потенцию, длящегося не менее 2 часов, следует применять две таблетки за 30 минут до полового акта.

Побочные действия

При использовании по указанным показаниям побочного действия не выявлено.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту, который входит в состав продукта. Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, нарушения сердечной деятельности, выраженный атеросклероз

Взаимодействия с другими лекарственными препаратами

Случаи несовместимости с другими лекарственными средствами не зарегистрированы.

Форма выпуска

4 таблетки в упаковке.

Условия хранения

Хранить в сухом, защищенном от солнца месте при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте.

Срок хранения: 3 года. Не применять после окончания срока годности.

Условия отпуска из аптеки

Отпуск без рецепта врача.

Производитель

Liferplan Products Ltd, Великобритания (Elizabethan Way, Lutterworth, Leicestershire LE17 4ND, UK) для «Seltfar SA», Швейцария, (hn Reutet B, 1868 Coliombey, Switzerland). Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии по качеству продукции: Представительство «Settfar SA». г. Алматы, пр. Аль-Фара-би 5, Нурлы Тау 1а, оф.3С1. Тел\факс: +7 (727) 311 16 28.

3. КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА ТРАНСЕРА БОЛЬНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ КОПУЛЯТИВНОЙ И ФЕРТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Целью нашего исследования явилось оценить влияние препарата ТРАНСЕРА на эффективность и безопасность комплексного лечения больных с хроническим абактериальным простатитом, осложнённым копулятивной и фертильной дисфункцией.

Задачами исследования являлось:

- проведение анализа эффективности использования препарата ТРАНСЕРА, в дополнение к традиционной терапии, у пациентов с хроническим абактериальным простатитом, осложнённым копулятивной и фертильной дисфункцией, в сравнении с клинико-лабораторными показателями у пациентов, получавших только традиционную терапию;

- оценка безопасности длительного использования препарата ТРАНСЕРА, в дополнение к традиционной терапии, у пациентов с хроническим абактериальным простатитом, осложнённым копулятивной и фертильной дисфункцией.

В данной работе проанализированы результаты терапии 120 больных с хроническим абактериальным простатитом (категория IIIA, классификация НИИ, 1995), лечившихся в 2016-2017 гг. Возраст пациентов – от 35 до 60 лет.

Из исследования исключались пациенты с:

- острыми воспалительными заболеваниями и/или с органическими изменениями уrogenитального тракта,

- вторичным возрастным гипогонадизмом,

- онкологическими заболеваниями любой локализации.

Срок наблюдения составил шесть месяцев. Для оценки эффективности лечения хронического простатита использовали шкалу суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС ХП), шкалу оценки мужской копулятивной функции (МИЭФ). Выполняли пальпацию простаты, УЗИ, урофлоуметрию, микроскопическое и бактериологическое исследования секрета простаты, исследование мочи по Нечипоренко в 3 порциях, ПСА, уретроскопию, анализы мочи, крови, а также, тестировали функциональное состояние печени и почек.

От всех пациентов было получено информированное добровольное согласие на включение в исследование. Исследование проводилось по предварительно составленному протоколу, как для пациента, так и для врача-исследователя до лечения, через 1, 3 и 6 месяцев, после проведенного лечения.

Пациентам был назначен препарат ТРАНСЕРА в стандартной дозировке (1 раз в сутки) в течение 6 месяцев. Безопасность лечения оценивали по частоте и выраженности нежелательных явлений, показателям жизненных функций (артериальное давление, частота сердечных сокращений) и лабораторным

показателям.

Пациенты были разделены на 2 группы:

I группа – 60 пациентов с хроническим абактериальным простатитом. После основного курса, пациенты основной группы получали поддерживающее лечение препаратом ТРАНСЕРА, в целях профилактики обострений хронического простатита еще в течение шести месяцев.

II группа (контрольная) – 60 пациентов с хроническим абактериальным простатитом, которым была назначена стандартная противовоспалительная терапия без применения препарата в течение шести месяцев.

Продолжительность клинического исследования – 6 месяцев. Исходные данные обеих групп не имели статистических различий, что обеспечило репрезентативность сравниваемых групп пациентов (Таблица 1).

Таблица - 1 Исходные данные основных показателей у пациентов основной и контрольной групп.

Показатели	Группы исследования	
	1 (основная) n=60	2 (контрольная) n=60
Возраст, лет	42,9±15,1	39,9±15,1
IPSS, балл	11,9±2,1	12,9±3,1
QoL, балл	4,5±1,6	3,9±1,5
NIH-CPSI, балл	14,5±4,4	15,6±2,6
MIEF – 5, балл	14,8±3,8	14,6±3,6
Qmax, мл/сек	13,5±2,5	12,8±2,2
Объем предстательной железы, см ³	33,2±3,3	33,9±4,2
Объем остаточной мочи, мл	29,6±3,5	29,9±4,2
ПСА, нг/мл	0,9±0,3	1,2±0,3

Критерии оценки результатов лечения были следующими:

- «отличный» - при исчезновении всех симптомов заболевания (клинический индекс хронического простатита – КИ ХП – близок к 0 баллов) и нормализации данных объективных, лабораторных и медикотехнических исследований;

- «хороший» – выраженная регрессия симптоматики (КИ ХП незначительный, т.е. от 0 до 10 баллов) и положительная динамика объективных данных;

- «удовлетворительный» – некоторая регрессия симптоматики (КИ ХП умеренный, т.е. 11–25 баллов), незначительная положительная динамика данных объективных, лабораторных и медико-технических исследований.

Комплексное обследование пациентов производили до начала лечения, спустя 1, 3 и 6 месяцев от начала лечения. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

В таблице 2 представлены результаты динамического обследования пациентов, принимавших препарат ТРАНСЕРА в течение 6 месяцев.

Таблица - 2 Результаты обследования пациентов с ХП, принимавших препарат ТРАНСЕРА

Показатель	Через 1 месяц наблюдения n=60	Через 3 месяца наблюдения n=60	Через 6 месяцев наблюдения n=60
IPSS, балл	10,9±4,1	9,8±2,9	8,8±1,6*
QoL, балл	4,3±1,6	3,8±1,1	3,3±0,9
NIH - CPSI, балл	12,5±4,5	11,6±3,2	9,4±1,3*
МИЭФ – 5, балл	13,8±3,8	19,2±2,8	23,2±2,2
Qmax, мл/сек	13,5±2,4	14,7±3,1*	17,1±2,8*
Объем простаты, см ³	32,3±3,3	31,7±3,4	28,3±4,2
Объем остаточной мочи, мл	25,5±3,5	20,6±4,3*	15,9±3,9**

Примечание: * p<0,05, ** p<0,001 по сравнению с показателями до лечения.

Через 3 месяца приема препаратов отмечалась тенденция к снижению интенсивности ирритативных и обструктивных симптомов ХП, что выражалось в снижении баллов по шкале IPSS и NIH-CPSI. У 38 (76%) пациентов отметили значительное улучшение мочеиспускания. 2 пациентов (4%) не отмечали никакой положительной динамики, однако, не отказались от дальнейшего приема препарата. Максимальная скорость мочеиспускания достоверно увеличилась до 14,7 мл/сек, а объем остаточной мочи уменьшился до 20,6 мл (p<0,05).

Через 6 месяцев средний балл IPSS и NIH-CPSI достоверно снизился до 8,8 и 9,6 баллов соответственно (p<0,05). Также прослеживалось достоверное увеличение среднего значения максимальной скорости потока мочи до 17,1 мл/сек (p<0,05) и снижение объема остаточной мочи до 15,9 мл (p<0,001).

При измерении объема предстательной железы, наблюдалась тенденция к снижению среднего показателя, у 46 пациентов (92%) объем простаты уменьшился более чем на 13% от первоначального объема. Это объясняется противоотечным и антипролиферативным действием препарата ТРАНСЕРА. У 1 пациента отмечалось незначительное увеличение объема простаты в динамике, а у 3 пациентов (6%) изменения отсутствовали. Следует отметить, что у пациентов старше 55 лет включенных в исследование имелась доброкачественная гиперплазия предстательной железы начальной стадии, что повлияла на то, что показатели средней массы предстательной железы колебались 32,3±3,3 - 34,9±4,2 см³.

В таблице 3 представлены результаты обследования пациентов контрольной группы, которые находились под нашим наблюдением.

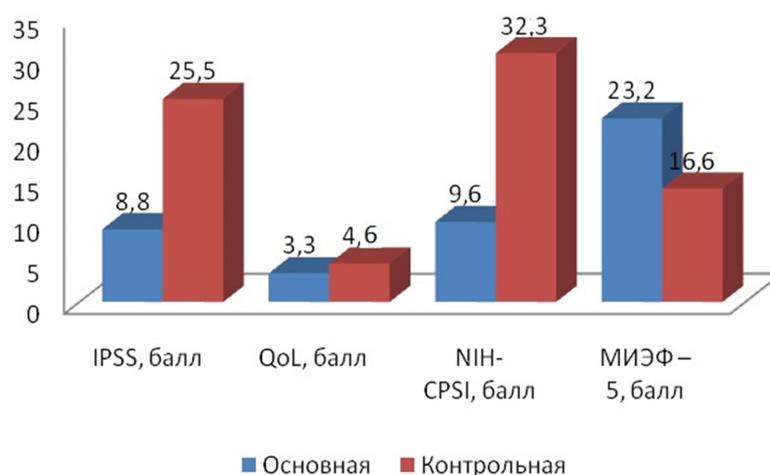
Таблица - 3 Результаты обследования пациентов контрольной группы

Показатель	Через 1 месяц наблюдения n=60	Через 3 месяца наблюдения n=60	Через 6 месяцев наблюдения n=60
IPSS, балл	13,9±3,1	19,9±2,9	25,5±3,9*
QoL, балл	3,9±1,5	3,8±1,4	4,6±1,9*
NIH- CPSI, балл	16,6±2,6	17,0±3,5	32,3±4,8*
МИЭФ – 5, балл	14,9±3,6	15,5±5,3	16,5±4,9
Qmax, мл/сек	10,8±2,2	11,9±1,8	10,9±2,2
Объем простаты, см ³	34,9±4,2	36,9±2,5	38,9±3,8*
Объем остаточной мочи, мл	29,9±3,3	31,5±2,9	36,6±3,1

Примечание: * - p<0,05 по сравнению с исходными данными

Анализируя полученные данные, мы сделали заключение, что при отсутствии лечения через 6 месяцев симптоматика значительно ухудшается за счет достоверного увеличения объема предстательной железы.

Мы привели сравнительные данные, полученные у пациентов обеих групп через 6 месяцев наблюдения при заполнении опросников (Рисунок 1).



Примечание: *- p<0.05, ** - p<0.001

Рисунок - 1 Изменения показателей субъективной оценки качества жизни, мочеиспускания и сексуальной функции у исследуемых пациентов в сравнительном аспекте через 6 месяцев исследования

Как видно, при приеме препарата ТРАНСЕРА наблюдалось достоверное улучшение мочеиспускания и снижение СНМП. Также отмечалось повышение оценки эректильной функции, что по-видимому, связано с повышением сексуальной активности пациентов после исчезновения дизурических явлений,

а также, с действием составляющих (йохимбе, тонгкат али, корень корейского женьшеня, мака перуанская, горянка) самого препарата.

Улучшение мочеиспускания было подтверждено достоверной разницей среднего показателя Qmax, который в основной группе через 6 месяцев составил 16,9 мл/сек, тогда как в контрольной группе 11,9 (p<0,001).

Эффективность комбинированного фитопрепарата ТРАНСЕРА по ряду основных параметров ХП у пациентов представлена в таблице 4.

Таблица - 4 Влияние ТРАНСЕРА на симптоматику хронического абактериального простатита

Баллы по шкале СОС ХП (средние показатели)				
До лечения				
Группа больных	Боли и парестезии	Дизурия	ИС ХП	КИ ХП
Основная группа (n=60)	12±2,2	11±1,6	28±2,1	32±2,8
Контрольная группа (n = 60)	11±1,6	12±2,1	20±1.8	31±3,2
После лечения				
Основная группа (n=60)	6±0.4	6± 0,3	18±2,1	14±0,8
Контрольная группа (n = 60)	9± 0,2	10±1,4	16±2,1	23±2,2

Примечание.

СОС ХП – шкала суммарной оценки симптомов при хроническом простатите;

ИС ХП – индекс симптоматики хронического простатита;

КИ ХП – клинический индекс хронического простатита.

Полученные данные свидетельствуют о том, что под влиянием препарата при абактериальном простатите как в латентной фазе, так и в фазе ремиссии становятся менее интенсивными или исчезают боли и парестезии, уменьшается дизурия, улучшаются показатели мочеиспускания.

Показатели в контрольной группе были достоверно хуже. После курса терапии препаратом ТРАНСЕРА у пациентов средние показатели (баллы), характеризующие боли и парестезии, уменьшились на 6 пунктов (с 12 до 6), дизурия – на 5 (с 11 до 6), простаторея – на 1 (с 2 до 1), качество жизни – на 4 (с 9 до 5), индекс симптоматики (ИС) – на 10 (с 28 до 18), клинический индекс (КИ) – на 18 (с 32 до 14). В контрольной группе уменьшение показателей (баллов) составило: боли и парестезии – 2 (с 11 до 9), дизурия – 2 (с 12 до 10), простаторея – 0 (2 – 2), качество жизни – 2 (с 8 до 6), ИС – 4 (с 22 до 18), КИ – 5 (с 31 до 26).

Регрессия клинических проявлений сопровождалась нормализацией лабораторных показателей воспалительного процесса, уменьшением пальпаторных и УЗИ-признаков простатита. Указанные положительные сдвиги были значительно более выражены у пациентов, лечившихся комплексным

препаратом ТРАНСЕРА, чем у больных в контрольной группе (разница статистически достоверна).

Содержание лейкоцитов в секрете простаты (млн/мл) больных составило:

- группа I до лечения $-1,7 \pm 0,5$, после лечения $- 0,9 \pm 0,7$;
- контрольная группа до лечения $-1,56 \pm 0,7$, после лечения $- 1,38 \pm 0,5$.

Эффективность лечения хронического абактериального простатита с использованием препарата ТРАНСЕРА в целом составила 92,5%, а в контрольной группе $-58,3\%$ (Таблица 5).

Таблица - 5 Эффективность лечения хронического абактериального простатита препаратом ТРАНСЕРА

Группа больных	Общая эффективность, %	Отлично, %	Хорошо, %	Удовлетворительно, %	Отсутствии эффекта, %
Основная группа (n=60)	92,5	-	70,1	22,2	7,5
Контрольная группа (n = 60)	58,3	-	32,1	35,5	31,5

Как показал анализ полученных и приведенных ниже данных, лечение, проводимое с применением препарата ТРАНСЕРА, оказывает также влияние на все основные показатели спермограммы (Таблица 6).

Таблица - 6. Эффективность лечения хронического абактериального простатита препаратом ТРАНСЕРА. Изменения показателей спермограммы

Показатель спермограммы	Период лечения, группы больных			
	До лечения		Через 6 месяцев после лечения	
	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=60)	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=60)
Общее количество эякулята (мл)	$2,1 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,4$	$3,8 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,2$
Время разжижения (мин)	19 ± 4	19 ± 5	13 ± 3	19 ± 4
Общее количество сперматозоидов (млн в 1 мл)	39 ± 7	39 ± 8	61 ± 9	52 ± 8
Активно подвижные сперматозоиды %	52 ± 5	51 ± 6	68 ± 4	59 ± 6

В таблице 6 приведены данные, полученные у больных с олигозооспермией I степени. Как следует из представленных результатов, позитивные изменения спермограммы пациентов заключались в улучшении всех показателей: количества эякулята, абсолютного числа сперматозоидов, достоверном приросте относительного числа активно подвижных клеток.

Оценивалась соматическое состояние по приведенным в таблице 7 показателям. Отмечено, что при применении препарата ТРАНСЕРА отмечается более выраженная положительная динамика.

Таблица - 7 Динамика изменения симптомов, оценивающих соматическое состояние больных с хроническим абактериальным простатитом

Симптомы	Начало исследования Абс. (% пациентов)		Через 3 месяца Абс. (% пациентов)		Через 6 месяцев Абс. (% пациентов)	
	основная (n=60)	конт- рольная (n=60)	основна я (n=60)	конт- рольная (n=60)	основна я (n=60)	Конт- рольная (n=60)
Снижение настроения	60 (100%)	60 (100%)	6 (10%)	60 (100%)	10 (17%)	60 (100%)
Снижение работоспособности	60 (100%)	60 (100%)	3 (5%)	60 (100%)	6 (10%)	60 (100%)
Вялость, усталость	54 (90%)	54 (95%)	6 (10%)	60 (100%)	14 (23%)	60 (100%)
Расстройство памяти	30 (50%)	32 (53%)	18 (30%)	30 (50%)	12 (20%)	30 (50%)
Снижение активности мышления	21 (35%)	24 (40%)	15 (25%)	24 (40%)	10 (17%)	24 (40%)
Раздражительность	57 (95%)	58 (97%)	6 (10%)	54 (90%)	6 (10%)	54 (90%)
Депрессия	51 (85%)	54 (90%)	15 (25%)	51 (85%)	15 (25%)	51 (85%)
Нарушение сна	45 (75%)	42 (70%)	24 (40%)	42 (70%)	24 (40%)	42 (70%)
Сниженная физическая активность	54 (90%)	51 (85%)	33 (55%)	51 (85%)	33 (55%)	51 (85%)
Снижение социальной адаптации	33 (55%)	39 (65%)	15 (25%)	39 (65%)	15 (25%)	39 (65%)
Удовлетворенность соматическим состоянием	39 (65%)	33 (55%)	51 (85%)	33 (55%)	51 (85%)	33 (55%)

В исследуемой группе пациентов были отмечены стабильно низкие показатели уровня тестостерона - 7.9 ± 0.52 нмоль/л - (N- 8,5-27,0 нмоль/л) до лечения, определяемого трехкратно с интервалами 10 дней в утреннее время (пиковая концентрация /5/), при отсутствии клинически значимых изменений со стороны других гормонов. От предлагаемой гормонозаместительной терапии пациенты отказывались. Контрольное исследование гормонального статуса пациентам производилось после 1-го, 3-го и 6-го месяца терапии. (Таблица 8).

Таблица - 8 Показатели уровня гормонов на фоне терапии препаратом ТРАНСЕРА у больных с хроническим абактериальным простатитом

Гормоны	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Пролактин, мЕд\л	210,0±52,1	212,0±32,1	212,0±29,1	213,0±31,2
ФСГ, мМЕ/мл	12,51±1,1	9,85±0,5	9,51±1,01	8,51±1,1
ЛГ, мЕд\л	6,60±0,32	7,85±0,35	7,60±0,3	7,50±0,31
Эстрадиол, пг/мл	32,0±1,8	34,0±0,81	33,1 ±0,72	33,2±0,88
Тестостерон, нмоль/л	7,9±0,52	8,9±0,45	9,0±0,5	12,2±0,62

Как видно из таблицы 8, в ходе исследования гормонального статуса на фоне терапии препаратом ТРАНСЕРА нами не отмечено значительного повышения уровня эндогенного тестостерона, хотя имеет место нормализация уровня до нижней границы нормы к концу 6 месяца приема препарата. Не отмечены существенные колебания и по другим гормонам.

При контрольных лабораторных и клинических исследованиях функции почек и печени на исходном уровне, на 3 месяце и в конце исследования существенные изменения выявлены не были.

У двух больных на 3 день приема препарата ТРАНСЕРА, отмечались серьезные побочные эффекты в виде аллергической реакции: отек Квинке, бронхоспазм. В анамнезе у больных имелся поллиноз.

Полученные результаты показали достоверное преимущество поддерживающего лечения препаратом ТРАНСЕРА для пациентов с ХП по сравнению со стандартной противовоспалительной терапией. Данные показатели были стойкими при контрольном обследовании через 3 и 6 месяцев после завершения терапии. В качестве выраженного дополнительного эффекта приема, у многих пациентов отмечалось улучшение сексуальной функции, главным образом либидо и эрекции. Полагаем, что этот феномен преимущественно связан с регрессией симптоматики и улучшением психического статуса пациентов в целом, а также с нормализацией уровня тестостерона в крови до нижней границы нормы. Назначение препарата ТРАНСЕРА проводилось нами не только с лечебной, но и с профилактической целью. Достигнутая регрессия воспалительных изменений, в том числе за счет приема комбинированного фитопрепарата, привела к достоверной положительной динамике показателей эякулята.

Следует отметить, что у больных с поллинозом следует назначать препарат ТРАНСЕРА с осторожностью.

4. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТРАНСЕРА АКТИВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПСИХОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Стояла цель изучить клиническую и практическую эффективность препарата ТРАНСЕРА АКТИВ при психогенной эректильной дисфункции

В исследуемую группу были включены 60 пациентов с эректильной дисфункцией психогенного генеза (ЭДПГ), с сохраненной спонтанной ночной и утренней эрекцией, с нормальным содержанием половых и гипофизарных гормонов в крови. Возраст пациентов составил 28-58 лет (средний возраст – 43 года). В основном это были лица молодого возраста с наличием психологической травмы, сексуального или бытового характера.

Диагностика проводилась на основе клинико-лабораторных исследований, исследования секрета простаты, ИФА и ПЦР диагностик на инфекцию, передающуюся половым путем, исследования состояния тестикул, ректального обследования простаты, УЗИ органов мошонки и предстательной железы, гормонального статуса. Выраженность копулятивных нарушений производилась на основании опросника шкалы МИЭФ (Международного Индекса Эректильной Функции), включающего в себя 5 позиций: качества эрекции, половой активности, полового акта, сексуальной стимуляции, семяизвержение.

В исследование не включались пациенты с признаками воспалительного процесса в предстательной железе, тестикулах, придатках яичек, васкулогенной эректильной дисфункцией (диагностированной ультразвуковой доплерографией с фармакологической стимуляцией эрекции), эндокринологической патологией.

Основные требования: соблюдение протокола этического согласия; соблюдение условий исследования (отказ от употребления алкоголя, информирование о любых побочных действиях препарата, прием препарата согласно назначенной схеме).

Эректильная дисфункция психогенного происхождения характеризовалась минимальными доплерографическими изменениями (Таблица 9).

Таблица - 9 Допплерографические показатели артериального кровотока у пациентов с эректильной дисфункцией психогенного генеза (n=60)

ЭДПГ	V max (см/с)	V min (см/с)	Vmed (см/с)	RI	PI
Фаза покоя	11,75±1,99	0,38±2,09	3,50±1,31	0,96±0,18	3,06±1,16
Фаза тумесценции	21,99±3,92	6,64±1,51	10,19±2,80	0,70±0,06	1,61±0,37
Фаза эрекции	44,50±6,63	4,40±1,90	5,64±1,88	1,09±0,04	10,16±3,85

Средний показатель V_{max} :

- в фазе покоя был в пределах $11.75 \pm 1,99$ см/с.,
- в фазе тумесценции - $21.99 \pm 3,92$ см/с.,
- в фазе эрекции - 44.5 ± 6.63 см/с.

Средний показатель V_{min} :

- в фазе покоя колебался в пределах 0.38 ± 2.09 см/с.,
- в фазе тумесценции - 6.64 ± 1.51 см/с.,
- в фазе эрекции - 4.40 ± 1.90 см/с.

Индекс резистентности (ДО) и пульсативный индекс (PI) также находились в пределах нормы.

Средний показатель RI:

- в фазе покоя - 0.96 ± 0.18 ,
- в фазе тумесценции - $0,70 \pm 0.06$.,
- в фазе эрекции - $1,09 \pm 0,04$.

Средний показатель PI:

- в фазе покоя - $3.06 \pm 1,16$.,
- в фазе тумесценции - 1.61 ± 0.37 .,
- в фазе эрекции - 10.16 ± 3.85 .

Поскольку у этих пациентов доплерографические данные соответствовали данным средних статистических показателей здоровых мужчин, они использовались в качестве сравнительной группы.

Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с жалобами на нарушение копулятивного цикла в виде сниженного либидо, нарушения эрекции. Данные жалобы больные отмечали около 1 года с постепенным нарастанием выраженности этих симптомов.

Нами проведена монотерапия препаратом ТРАНСЕРА АКТИВ. Препарат принимался по 2 капсулы за 30 минут до полового акта, в течение 6 месяцев с обязательным исключением приема каких-либо других препаратов, таких как биостимуляторы, адаптогены, поливитаминовые препараты.

Пациентами субъективно отмечена нормализация эректильной функции через 30 мин. после приема препарата и значительное повышение либидо, работоспособности, после месячного приема препарата, что позитивно отразилось на повседневной жизни исследуемой группы (Таблица 10).

Таблица -10 Показатели МИЭФ на фоне монотерапии препаратом ТРАНСЕРА АКТИВ

Показатели МИЭФ	До лечения	1-ый месяц	3-ий месяц	6-ой месяц
Эректильная функция	$3,2 \pm 0,1$	$4,6 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,1$
Половая активность	$4,1 \pm 0,3$	$4,5 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,1$
Половой акт	$4,3 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,1$	$4,90 \pm 1$
Сексуальная стимуляция	$4,1 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,2$
Общее	$4,1 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,2$	$4,90 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,1$

удовлетворение				
Интегрированный показатель	19,8±0,1	23,4±0,2	24,2±0,2	24,2±0,2

Данная динамика в дальнейшем прослеживалась и на втором, и третьем месяце приема препарата.

В ходе проведения исследования отмечена хорошая переносимость препарата. У 2 пациентов исследуемой группы отмечена диспепсия в виде метеоризма на день применения препарата ТРАНСЕРА АКТИВ, которая прошла самостоятельно. В целом переносимость препарата ТРАНСЕРА АКТИВ в указанных выше дозировках, была хорошей.

Таким образом, применение в монотерапии препарата ТРАНСЕРА АКТИВ у пациентов с психогенной эректильной дисфункцией показало, что данный препарат имеет положительное влияние на фазы копулятивного цикла. В ходе исследования отмечена хорошая переносимость препарата ТРАНСЕРА АКТИВ, препарат показал свою целесообразность применения в повседневной практике.

Кроме того, препарат ТРАНСЕРА АКТИВ улучшает иммунитет, повышает устойчивость клеточных мембран, которые сохраняют целостность даже при воздействии сильных повреждающих факторов (например, свободных радикалов). Также стероидные сапонины в составе препарата ТРАНСЕРА АКТИВ улучшают фертильность (способность к зачатию) и нормализуют обмен холестерина. Препарат ТРАНСЕРА АКТИВ оказывает общеукрепляющее и тонизирующее действие на половую систему мужчин. Это влияние достигается за счет активизации центральных механизмов регуляции, расположенных в структурах головного мозга. Поэтому препарат улучшает функционирование половых органов.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

✓ Препарат «ТРАНСЕРА» является высокоэффективным препаратом для комбинированного лечения больных с простатитом, осложнённых копулятивной и фертильной дисфункцией (по 1 таблетке один раз в день в течение 3-6 месяцев). Также препарат можно применять у больных с сопутствующей гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) 1 стадии.

* Клиническая эффективность составила:

- увеличение скорости потока мочи от 13 мл/сек до 17 мл/сек - 90%,
- изменение показателей IPSS и QoL – 89%,
- увеличение количество эякулята – 100%,
- нормализация половой функции – 82%.

* Препарат отличается хорошей переносимостью, однако у больных имеющих непереносимость компонентов, входящих в состав препарата, необходимо назначать с осторожностью.

✓ Препарат «ТРАНСЕРА АКТИВ» является высокоэффективным препаратом для лечения психогенной эректильной дисфункции (1 или 2 таблетки за 30 минут до полового акта).

✓ Полученные результаты позволяют рекомендовать совместное применение препаратов «ТРАНСЕРА» в течение 1-3 месяцев и «ТРАНСЕРА АКТИВ» перед половым актом в целях получения быстрого сильного стимулирующего действия на эректильную функцию у больных с абактериальным простатитом в сочетании с ДГПЖ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Юнда И. Ф. Состояние и перспективы изучения половых расстройств урогенитального генезиса//Проблемы сексопатологии и бесплодия. Здоровье. 1973. С. 3-16.
2. Тиктинский О. Л., Михайличенко В. В. Андрология. СПб.: МедиаПресс, 1999. С. 109-223.
3. Либих С. С. Руководство по сексологии. СПб.: "Питер", 2001.
4. Крупин В. Н., Шутов В. В. Значение вегетативной иннервации тазовых органов в клинике хронического простатита: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М.: Информполиграф, 2002. С. 287-288.
5. Лоран О. Б., Сегал А. С. Хронический простатит: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М.: Информполиграф, 2002. С. 209-222.
6. Blacklock N. J. Anatomical factors in prostatitis// Br. J Urol. 1974; 46: 47.
7. Junk-Overbeck M. et al. Emprische Untersuchungen zur Psychosomatik der chronischen Prostatitis//Partnerschaft, Sexualitat und Fruchtbarkeit / Eds. E. Brahler, A. Meyer. Sprenger, Berlin, Heidelberg, New York, 1988; 217-234.
8. Deinhart M. Krankheitsverlauf bei der chronischen Prostatitis. - Eine 5-Jahres Katamnese. 1993. Dissertation, Gieben.
9. Lue T. F. Erectile dysfunction: problems and challenges//J Urol. 1993. 149: 1256-1257.
10. Feldman H. A., Goldstein I., Hatzichristou D. G., Krane R. J., McKjnlay J. B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study// J Urol. 1994. 151: 54-61.
11. Шустер П. И. Половые расстройства и бесплодие при хроническом простатите: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М.: Информполиграф, 2002. С. 341-342.
12. Горилловский Л. М., Зингеренко М. Б. Хронический простатит//Лечащий Врач. 2003. № 7.
13. Камалов А. А., Дорофеев С. Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита//РМЖ. 2003. № 11. С. 4.
14. Аляев Ю. Г., Винаров А. З., Ахвледиани Н. Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения//Врачебное сословие. 2004. № 5-6. С. 6-8.
15. Nickel J. C. Clinical Evaluation of the Patient Presenting with Prostatitis // Eur Urol Suppl. 2003; 11-14.
16. Richard G., Batstone D., Doble A. Chronic prostatitis//Curr. Opin. Urol. 2003; 13: 23-29.

Тесты для врачей

1. Дизурия – это

- А) частое мочеиспускание
- Б) частое, болезненное мочеиспускание
- В) затрудненное мочеиспускание
- Г) болезненное мочеиспускание
- Д) **правильно Б) и В)**

2. Никтурия – это

- А) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
- Б) **учащение ночного мочеиспускания**
- В) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
- Г) дневная олигурия
- Д) правильно А) и Г)

3. Задержка мочеиспускания – это

- А) отсутствие выделения мочи почками
- Б) **невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря**
- В) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- Г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- Д) парадоксальная ишурия

4. Недержание мочи - это

- А) непроизвольное выделение мочи
- Б) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию
- В) отсутствие позывов к мочеиспусканию
- Г) **непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию**
- Д) правильно А) и Г)

5. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют

- А) ниже-пузырные артерии
- Б) средне-прямокишечные артерии
- В) запиральные артерии
- Г) ниже-ягодичные артерии
- Д) **правильно а) и б)**

6. В пузырно-простатической борозде расположены

- А) **вена**
- Б) артерия
- В) лимфатический сосуд
- Г) все перечисленное
- Д) только а) и в)

7. К основанию предстательной железы прилежит
- А) дно мочевого пузыря
 - Б) семенные пузырьки
 - В) ампулы семявыносящих протоков
 - Г) все перечисленное**
 - Д) правильно а) и б)
8. Мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму
- А) простатической частью
 - Б) перепончатой частью**
 - В) пещеристой частью
 - Г) ни одной из вышеназванных
 - Д) простатической и перепончатой частями
9. При остром паренхиматозном простатите боли
- А) постоянные ноющие
 - Б) приступообразные
 - В) интенсивные, вплоть до пульсирующих**
 - Г) тупые
 - Д) острые
10. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются
- А) над лоном
 - Б) в поясничной области
 - В) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
 - Г) в промежности и крестце**
 - Д) в промежности
11. В секрете предстательной железы в норме содержатся
- А) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
 - Б) макрофаги и амилоидные тельца
 - В) лецитиновые зерна
 - Г) эпителиальные и гигантские клетки**
 - Д) правильно а) и в)
12. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде
- А) эхонегативного образования
 - Б) эхопозитивного образования**
 - В) не определяется
 - Г) правильно А) и В)
 - Д) правильно А) и Б)

13. Этиологическими факторами в возникновении простатита являются
- А) бактерии и вирусы
 - Б) микоплазмы и хламидии
 - В) трихомонады
 - Г) микобактерии туберкулеза
 - Д) **все перечисленное**
14. К этиологическим факторам в возникновении простатитов не относятся
- А) химические агенты
 - Б) лучевое воздействие
 - В) алиментарно-дистрофические факторы
 - Г) нейрогенные факторы
 - Д) **все перечисленные**
15. Инфицирование предстательной железы возникает
- А) гематогенным путем
 - Б) лимфогенным путем
 - В) восходящим путем
 - Г) **всеми перечисленными путями**
 - Д) только А) и Б)
16. Для острого простатита характерно
- А) равномерное увеличение предстательной железы
 - Б) каменистая консистенция предстательной железы
 - В) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
 - Г) атрофия предстательной железы
 - Д) **правильно А) и В)**
17. Возможны все перечисленные формы простатита, кроме
- А) катаральной
 - Б) конгестивной
 - В) гнойной
 - Г) **эмфизематозной**
 - Д) ксантогранулематозной
18. Осложнениями острого простатита могут быть
- А) острый холецистит
 - Б) уретрит
 - В) артрит
 - Г) абсцесс предстательной железы
 - Д) **правильно Б) и Г)**

19. Признаками абсцесса предстательной железы являются
- А) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
 - Б) уменьшение размеров предстательной железы
 - В) наличие очагов размягчения и флюктуации
 - Г) симптомы раздражения брюшины
 - Д) **правильно А) и В)**
20. При абсцедировании предстательной железы со стороны периферической крови наблюдаются
- А) лимфопения
 - Б) полицитемия
 - В) лейкоцитоз
 - Г) сдвиг лейкоцитарной формулы влево
 - Д) **правильно В) и Г)**
21. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме
- А) интенсивной антибактериальной терапии
 - Б) **установления постоянного катетера**
 - В) цистостомии при задержке мочи
 - Г) дренировании полости абсцесса
 - Д) дезинтоксикационной терапии
22. Хронический простатит может быть диагностирован
- А) при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита
 - Б) при альбуминурии и цилиндрурии
 - В) при наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств
 - Г) при гипотрофии яичек
 - Д) **правильно А) и В)**
23. Ультразвуковое сканирование при хроническом простатите выявляет
- А) увеличение размеров предстательной железы
 - Б) диффузные изменения структуры предстательной железы
 - В) признаки кистозного перерождения
 - Г) уменьшение предстательной железы в размерах
 - Д) **правильно А), Б) и Г)**
24. Клиническими признаками гранулематозного простатита являются все перечисленные, кроме
- А) подострого течения
 - Б) **болей в эпигастрии**
 - В) умеренного лейкоцитоза и эозинофилии
 - Г) признаков склероза предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования

25. Причинами возникновения конгестивного простатита являются
- А) нейроциркулярные расстройства
 - Б) некротические процессы в предстательной железе
 - В) эндоуретральные инструментальные исследования
 - Г) нарушения венозного оттока**
 - Д) нерегулярная половая жизнь
26. При везикулите
- А) семенные пузырьки не прощупываются при пальцевом ректальном исследовании
 - Б) возникают полипозные изменения слизистой оболочки прямой кишки
 - В) наблюдается атония сфинктера прямой кишки
 - Г) семенные пузырьки при пальцевом ректальном исследовании определяются в виде веретенообразных болезненных образований**
 - Д) правильно В) и Г)
27. Наиболее информативным для диагностики везикулита является
- А) анализ спермы
 - Б) анализ секрета предстательной железы
 - В) везикулография
 - Г) ультразвуковое исследование семенных пузырьков**
 - Д) уретроцистография
28. Развитию ДГПЖ способствуют
- А) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
 - Б) гормональные нарушения в организме**
 - В) наследственность
 - Г) вирусная инфекция
 - Д) половые излишества
29. Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов
- А) субвезикальный
 - Б) интравезикальный
 - В) диффузный
 - Г) субтригональный**
 - Д) смешанный
30. Острая задержка мочеиспускания при ДГПЖ наблюдается
- А) только в I стадии
 - Б) только во II стадии
 - В) только в III стадии
 - Г) в I и II стадиях
 - Д) во всех стадиях**