

Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)
Виталис Бриедис (Литва)
А.И. Гризодуб (Украина)
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)
Милан Земличка (Чешская Республика)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Е.В. Матвеева (Украина)
Б.К. Махатов (Казахстан)
И.А. Наркевич (Россия)
Т.М. Нургожин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Россия)
Росс Самир Анис (США)
Сергеев В.Ю. (Россия)
Станкевичюс Э. (Литва)
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)

Координатор

Ф.Э. Сулеева

Специалист

А.Ж. Манатова

Дизайн и верстка

А.В. Беккер,
А.Б. Рахметова



Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
+7 (747) 373 16 17 (whatsApp).
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

Редакционная коллегия

Н.И. Гунько
У.М. Датхаев
М.И. Дурманова
П.Н. Дерябин
Н.А. Жуманазаров
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
А.И. Нуртаев
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева

Отпечатано в типографии

ОО «Казахское общество слепых».
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259.
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82
Дата издания: 25.12.2019 г.
Тираж: 600 экз. Заказ №143
Периодичность: 1 раз в месяц.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан, Латвия,
Литва, Пакистан, Турция

Журнал зарегистрирован Министерством
культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан.
Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж
от 19.03.2003 г.

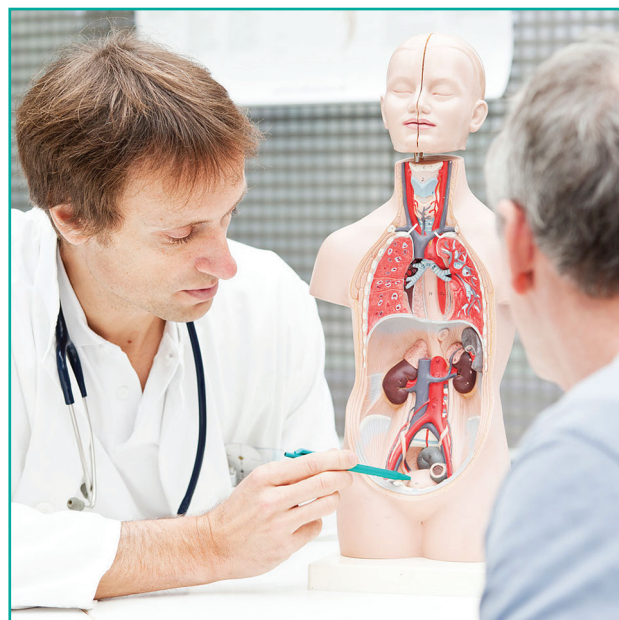
СОДЕРЖАНИЕ

РЕСМИ БӨЛІМ	4
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	10
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
ХУСАИНОВ Т.Э., СИХЫМБАЕВ М.Д., КАРАМАМУД-ОГЛЫ Д.Х. Применение лекарственного препарата «Пермиксон» в комплексной терапии пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы	15
ГОНЧАРОВА Т.Г., ВАСИЛЬЕВА Г.С., РАДЧЕНКО А.С. Модифицирующее влияние мелатонина и ютинола на эффективность химиотерапии	21
АМАНОВ А.Т., АЗИЗОВ Ш.М., БАЙМАГАМБЕТОВ Ж.К., МАКАЖАНОВ М.А., ХАХАЗОВ Я.З. Клиническая эффективность и безопасность лекарственного препарата «Синегра® LONG» для лечения преждевременной эякуляции.....	28
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ	
КАНТУРЕЕВА А.М., УСТЕНОВА Г.О. Поиск новых лекарственных растений с антиоксидантной активностью, произрастающих в Казахстане.....	34
КОЗЫКЕЕВА Р.А. Изучение микробиологической чистоты растения <i>Agrimonia asiatica Juz</i>	37
ЖАНДАБАЕВА М.А., КОЖАНОВА К.К., АМИРХАНОВА А.Ш., БОШКАЕВА А.К. Тюринген үлбірегі (<i>Lavatera thuringiaca</i> L.) дәрілік өсімдік шикізатының кейбір сынау әдістерін анықтау	40
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА	
ТЛЕУБАЕВА М.И., ЕРКАСЫМОВА А.Е., ИШМУРАТОВА М.Ю., ДАТХАЕВ У.М., АБДУЛЛАБЕКОВА Р.М. Применение в народной медицине портулака огородного	43
КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА	
СЕМБАЕВА Б.Е., ТОГУЗБАЕВА Г.О. Получение, хранение, раздача и утилизация лекарственных средств медицинскими сестрами в учреждениях здравоохранения	47

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ПЕРМИКСОН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

НА ФОНЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Медикаментозная терапия расстройств мочеиспускания, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находит все более широкое применение, а хирургические методы лечения становятся менее популярными. Эта тенденция связана с появлением новых лекарственных препаратов и расширением показаний к медикаментозной терапии и одновременной возможностью наблюдения за больными. [14]



АННОТАЦИЯ

Терапия симптомов нижних мочевых путей (СНМП) на ежегодных конгрессах Европейской ассоциации урологов (EAU) является одной из наиболее часто обсуждаемых тем. А на 26 ежегодном Конгрессе EAU 2011 г. в Вене широко освещался вопрос терапии СНМП растительными экстрактами [2]. Комбинированная терапия хронического простатита (ХП) является ключом к успеху в контроле над СНМП. Важность адекватной терапии ХП в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений. Этиологическая взаимосвязь воспалительного процесса в ткани предстательной железы и возникновения в ней гиперплазии обуславливает особое внимание, которое уделяется профилактике рецидивов ХП. Поэтому для успешной и эффективной профилактики рецидивов простатита крайне важно правильно подбирать методы медикаментозного лечения.

Ключевые слова: хронический простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, Пермиксон, качество жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Первые попытки хирургического лечения данного заболевания были предприняты еще 100 лет назад, и в настоящее время в распоряжении урологов имеется ряд различных методик оперативной коррекции нарушения мочеиспускания при ДГПЖ. Однако, наряду с высокой эффективностью, хирургическое вмешательство подразумевает и определенный риск, заключающийся в возможности развития интра- и послеоперационных осложнений. Поэтому в последние годы медикаментозная терапия расстройств мочеиспускания, обусловленных ДГПЖ, находит все более широкое применение. С одной стороны, это связано с появлением новых лекарственных препаратов, с другой – с расширением показаний к медикаментозной терапии и одновременной возможностью наблюдения за больными. Динамическое наблюдение, подразумевающее периодические контрольные обследования и включающее в себя элементы поведенческой терапии (изменение стиля жизни, питьевого

режима, диеты и прочее) – один из популярных вариантов лечения пациентов с ДГПЖ [15].

Если сформулировать показания к трем основным лечебным тактикам при ДГПЖ, то они могут быть сгруппированы следующим образом:

- Динамическое наблюдение показано пациентам, у которых СНМП выражены не сильно и не снижают качество жизни и уровень социальной активности, а также сексуальных потребностей. Обычно такая ситуация ассоциирована с суммарным баллом по шкале International Prostate Symptom Score (IPSS), составляющим не более 7, и отсутствием остаточной мочи.

- Оперативное лечение показано пациентам с выраженной симптоматикой, вовлечением в процесс верхних мочевых путей, у которых имеются противопоказания к назначению медикаментозной терапии или основания предполагать, что медикаментозное лечение будет неэффективным. К таким факторам относят увеличение суммарного балла IPSS до 20 и более, наличие выраженной инфравезикальной обструкции – ИВО (может быть при подозрении на значительное снижение максимальной скорости потока мочи по результатам урофлоуметрии), увеличение толщины передней стенки мочевого пузыря (МП) более чем на 4 мм при наполнении его до 150 мл, значительное количество остаточной мочи, а также любые осложнения ДГПЖ (камни МП, интермиттирующая гематурия, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, острая и хроническая задержка мочеиспускания, хроническая почечная недостаточность). Относительным показанием к оперативному вмешательству является такая особенность роста ПЖ, как «средняя доля», при которой медикаментозная терапия чаще всего оказывается неэффективной.

Медикаментозная терапия может проводиться пациентам с умеренно выраженной симптоматикой, у которых отсутствуют показания к операции либо имеются медицинские или социальные противопоказания к выполнению оперативного вмешательства. Это наиболее многочисленная группа пациентов с ДГПЖ, составляющая, примерно, 60-70% от общего количества больных.

Исходя из изложенного нами выше, можно утверждать, что в настоящее время не существует стандартного метода лечения ДГПЖ, подходящего для любого больного. В зависимости от целого ряда признаков применяются динамическое наблюдение, медикаментозное лечение в режиме моно- и комбинированной терапии, хирургическое лечение, а также разные малоинвазивные методики. Выбор метода лечения должен определяться врачом индивидуально для каждого пациента с учетом всех сопутствующих факторов (медицинских и социальных) и при активном участии самого больного. [15]

В частности, тактика, включающая в себя курсовые назначения антибактериальных препаратов, альфа-1-адреноблокаторов, сеансы массажа предстательной железы и физиотерапевтические методики, является неэффективной профилактикой обострений ХП. Это связано с тем, что указанные методы не могут применяться длительно: постоянные курсы антибактериаль-

ной терапии имеют выраженные нежелательные явления и вызывают резистентность микробов, а терапия альфа-1-адреноблокаторами носит лишь симптоматический характер и не влияет на патогенез ХП. Использование перечисленных методов также не позволяет оказать воздействие на предстательную железу в фазе ремиссии в целях максимальной пролонгации последней. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и связанная с ней симптоматика – весьма распространенное заболевание у пожилых мужчин по всему миру. Имеются противоречивые сведения о подходах к лечению симптомов, связанных с ДГПЖ. Лечебные подходы различны, так как их выбор зависит от выжидательной тактики, применяемой в отношении пациентов, желающих отсрочить активное вмешательство. Это и минимально инвазивные манипуляции типа игольной трансуретральной абляции и трансуретральной микроволновой терапии, затем проведение полномасштабных хирургических вмешательств, то есть трансуретральной простатэктомии или открытой энуклеации простаты. При этом у значительной части пациентов в связи с затруднением мочеиспускания возникает необходимость в медикаментозной терапии, в том числе в ингибиторах 5 α -редуктазы синтетического и естественного происхождения и альфа-блокаторах. Таким образом, применение вышеописанных методов в качестве профилактики рецидивов хронического простатита не обосновано. [14]

Лечение больных ДГПЖ вкупе с ХП должно помогать осуществлять следующие цели:

- 1) излечение хронического простатита;
- 2) нормализацию нарушенного мочеиспускания со снятием психоэмоциональных волнений и разного рода переживаний у больных;
- 3) восстановление сексуальной функции;
- 4) уменьшение угрозы оперативного лечения аденомы простаты;
- 5) профилактику осложнений в послеоперационный период после аденомэктомии;
- 6) максимальное повышение качества жизни больных.

Главным выбором является назначение лекарственных средств, относящихся к группе растительных экстрактов. Наиболее изученным фитотерапевтическим агентом в лечении ДГПЖ и ХП является лекарственное средство «Пермиксон» (Permixon, Pierre Fabre Medicament, Франция) – липидостероловый гексановый экстракт американской карликовой вееролистной пальмы *Serenoa repens* (*Sabalserrulata*, *Sawpalmetto*).

Пермиксон® – зарегистрированная торговая марка компании «Пьер Фабр Медикамент Продакшн» (Франция). Как уже было сказано выше, ЛС представляет собой стандартизованный липидостероловый экстракт *Serenoa repens*. Основные механизмы действия Пермиксона® до сих пор не до конца изучены. Тем не менее, известно, что Пермиксон® проявляет антиандрогенную активность вследствие неконкурентного ингибирования 5 α -редуктазы типа I и типа II, что приводит к снижению содержания дигидротестостерона в простате. Кроме того, установлено, что Пермиксон®

ингибирует *in vitro* (основной фактор роста фибробластов) и вызванную эпидермальным фактором роста пролиферацию клеток эпителия простаты, а также уменьшает концентрацию эпидермального фактора роста в ткани простаты человека. Пермиксон® обладает противовоспалительным эффектом вследствие ингибирования ферментов, отвечающих за синтез простагландинов и лейкотриенов.

Липидостероловый экстракт *Serenoa repens* обладает противовоспалительными, антиандрогенными и антипролиферативными свойствами, которые действуют при наличии доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ПЕРМИКСОНА

Создание лекарственного средства «Пермиксон» началось в 70-х годах 20 века, но его официальная регистрация во Франции состоялась в 1982 году. В настоящее время в литературных источниках довольно много публикаций, содержащих множество выводов и данных экспериментальных и клинических исследований и посвященных обоснованию применения лекарственного препарата для лечения аденомы (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы (ДГПЖ) и хронического простатита (ХП). В настоящей статье мы попытались оценить и проанализировать имеющиеся данные о Пермиксоне с точки зрения доказательной медицины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ НА ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ *IN VITRO*

Механизм местного антиандрогенного действия липидостеролового экстракта *Serenoa repens* обусловлен неконкурентным ингибированием синтеза тестостерона в его активный метаболит дигидротестостерон за счет угнетения фермента 5-альфаредуктазы I и II типов. Антиандрогенное действие также усиливается за счет снижения пролактин зависимого проникновения тестостерона в клетку, ингибирования эстроген зависимого образования андрогенных рецепторов и ингибирования дигидротестостерона за счет связывания с его рецепторами.

Механизм местного противовоспалительного действия обусловлен тем, что липидостероловый экстракт *Serenoa repens* ингибирует синтез арахидоновой кислоты (фосфолипазы A2), простагландинов (циклооксигеназы) и лейкотриенов (липооксигеназы), являющихся медиаторами воспаления.

Антипролиферативный эффект препарата достигается снижением активности факторов роста, влияющих на пролиферацию железистого эпителия клеток предстательной железы человека.

В результате ингибируется синтез белка в клетках предстательной железы, простимулированный комбинацией тестостерона и пролактина, последний из которых регулирует объем предстательной железы. [13]

Лекарственный препарат считается приемлемым с точки зрения доказательной медицины, если он отвечает следующим основным требованиям:

- имеет известный и проверенный состав с доказанным активным компонентом;
- обладает достаточно изученным механизмом действия, не противоречащим данным о патогенезе заболевания;
- его эффективность и безопасность подтверждены в ходе плацебо-контролируемых рандомизированных мультицентровых исследований;
- накоплен опыт длительного применения препарата;
- эффективность и безопасность лекарственного средства изучена в ходе сравнительных исследований с основными конкурирующими препаратами;
- действенность лечения удостоверена объективными методами;
- эффективность и безопасность препарата подтверждена результатами ряда мета-анализов.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинической эффективности лекарственного препарата «Пермиксон» у пациентов, страдающих сочетанием ДГПЖ и СНМП. Оценка показаний и оптимальных схем его применения при лечении больных с вышеозначенной патологией, переносимости и побочных эффектов Пермиксона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГКБ на ПХВ «Центральная городская клиническая больница» была сформирована группа из 20 пациентов в возрасте 54-75 лет. Отбор производился по жалобам. Наиболее характерные следующие: эпизодически затрудненное и учащенное мочеиспускание, ночные позывы от двух и более раз, данные пальцевого ректального исследования УЗИ ПЖ, параметры урофлоуметрии, уровня PSA.

Лекарственный препарат «Пермиксон» назначали по 1 капсуле 2 раза в сутки (суточная доза – 320 мг) в течение 3 месяцев. Для оценки достоверности полученных результатов была набрана контрольная группа из 20 пациентов. Исходные данные обеих групп не имели статистических различий, что обеспечило репрезентативность сравниваемых групп пациентов (таблица 1).

Контроль эффективности лечения осуществлялся нами на основании оценки с использованием следующих параметров: IPSS, NIH-CPSI, QoL, МИЭФ, Qmax, объемом предстательной железы, объемом остаточной мочи и уровнем PSA.

Критерии формирования групп пациентов были определены следующим образом:

1. Первая (основная) группа состояла из 20 пациентов с СНМП при ДГПЖ. Больным назначался Пермиксон: по 1 капсуле 2 раза в сутки в сочетании со стандартной противовоспалительной терапией в течение 3 месяцев. После рекомендованного приема лекарственного препарата пациенты основной группы принимали Пермиксон в целях профилактики обострений хронического простатита еще в течение трех месяцев.

2. Вторая (контрольная) группа также состояла из 20 пациентов с СНМП при ДГПЖ, которым была назначена стандартная противовоспалительная терапия без применения Пермиксона в течение трех месяцев.

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

Показатели	Группы, сформированные для исследований	
	Первая (основная) n=20	Вторая (контрольная) n=20
Возраст, лет	65±11,1	65±10,1
IPSS, в баллах	15,0±3,1	13,1±2,1
QoL, в баллах	5,1±1,5	4,8±1,4
NIH-CPSI, в баллах	20,0±4,6	20,6±3,5
MIEF-5, в баллах	19,0±4,8	18,9±5,3
Qmax, мл/сек	9±2,2	5,4±2,1
Объем предстательной железы, см ³	50,0±4,2	60,7±5,2
Объем остаточной мочи, мл	100±4,6	90,6±5,5
PSA, нг/мл	3,7±0,5	4,8±0,5

Результаты оценивались через 3 и 6 месяцев по следующим показателям:

- оценка симптомов заболевания в баллах по шкале IPSS;
- оценка симптомов заболевания по шкале NIH-CPSI;
- оценка качества эректильной функции по шкале MIEF-5;
- оценка качества жизни по шкале QoL;
- динамика изменения уродинамических показателей, а именно Qmax;
- ультразвуковое исследование с определением объема предстательной железы и остаточной мочи.

Общая продолжительность клинического исследования составила 6 месяцев.

Комплексное обследование пациентов производили до начала лечения, затем через 3 и 6 месяцев от начала лечения. Полученные данные были статистически обработаны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 2 представлены результаты динамического обследования пациентов, принимавших лекарственный препарат «Пермиксон» в течение 6 месяцев.

Через 3 месяца после начала приема лекарственного препарата «Пермиксон» отмечалось снижение интенсивности ирритативных и обструктивных симптомов ДГПЖ, что выразилось в снижении баллов по шкале IPSS и NIH-CPSI.

Статистической достоверности в различиях обнаружено не было, однако 15 (75%) пациентов отметили

значительное улучшение мочеиспускания. 1 пациент (5%) не отмечал никакой положительной динамики, однако не отказался от дальнейшего приема Пермиксона. Максимальная скорость мочеиспускания достоверно увеличилась до 11,2 мл/сек, а объем остаточной мочи уменьшился до 70,5 мл (p<0,05).

Через 6 месяцев средний балл IPSS и NIH-CPSI достоверно снизился до 8,0 и 15,1 балла соответственно (p<0,05). Так же прослеживалось достоверное увеличение среднего значения максимальной скорости потока мочи – до 15,3 мл/сек (p<0,05) и снижение объема остаточной мочи – до 25,2 мл (p<0,001). При измерении объема предстательной железы наблюдалась тенденция к снижению среднего показателя, однако статистически достоверность различий не была подтверждена. Однако, несмотря на это обстоятельство, необходимо отметить, что у 17 пациентов (85%) объем простаты уменьшился более чем на 28,2% относительно первоначального объема. Такого рода изменения объясняются противовоспалительным, противовоспалительным и антипролиферативным действиями Пермиксона. У одного пациента отмечалось незначительное увеличение объема простаты в динамике, а у двоих испытуемых (15%) изменений не было.

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

На диаграмме (рисунок 1) представлены сравнительные данные, полученные у пациентов обеих групп

Таблица 2 – Результаты обследования пациентов с СНМП при ДГПЖ, принимавших Пермиксон

Показатели	До начала лечения	После 3 месяцев наблюдения	После 6 месяцев наблюдения
	n=20	n=20	n=20
IPSS, в баллах	15,0±3,1	12,9±3,0	8,0±1,8*
QoL, в баллах	5,1±1,5	3,5±0,9	3,0±1,1
NIH-CPSI, в баллах	20,0±4,6	18,1±4,3	15,1±1,4*
МИЭФ-5, в баллах	19,0 ±4,8	18,0±3,8	15,0±3,5
Qmax, мл/сек	9±2,2	11,2±2,2*	15,3±3,1*
Объем простаты, см ³	50,0±4,2	43,0±4,1	35,9±5,1
Объем остаточной мочи, мл	100±4,6	70,5±5,3*	25,2±4,9**

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

Таблица 3 – Результаты обследования пациентов контрольной группы

Показатель	До лечения	Через 3 месяца от начала наблюдения	Через 6 месяцев от начала наблюдения
	n=20	n=20	n=20
IPSS, в баллах	13,1±2,1	12,9±3,0	8,0±1,8*
QoL, в баллах	4,8±1,4	4,5±0,9	3,0±1,1
NIH-CPSI, в баллах	20,6±3,5	15,1±4,3	9,1±1,4*
МИЭФ-5, в баллах	18,9±5,3	19,0±3,8	21,9±3,5
Qmax, мл/сек	5,4±2,1	13,2±2,2*	17,3±3,1*
Объем простаты, см ³	60,7±5,2	53,0±4,1	39,9±5,1
Объем остаточной мочи, мл	90,6±5,5	28,5±5,3*	17,2±4,9**

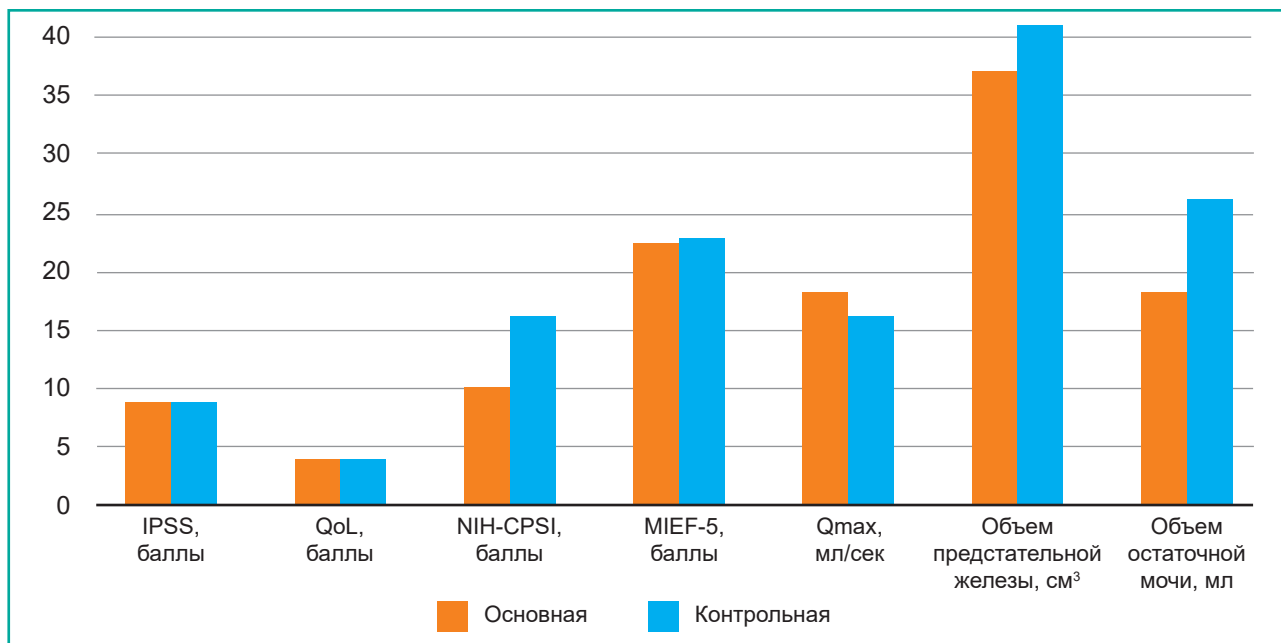


Рисунок 1 – Показатели оценки качества жизни, мочеиспускания и сексуальной функции

через 6 месяцев наблюдения, на основе заполненного ими опросника.

Как видно из данных диаграммы (рисунок 1), при приеме Пермиксона прослеживается достоверное улучшение мочеиспускания и снижение СНМП. Также отмечено повышение оценки эректильной функции, что, по-видимому, связано с повышением сексуальной активности испытуемых после исчезновения дизурических явлений, а не с действием самого препарата. Улучшение мочеиспускания также подтверждено достоверной разницей среднего показателя Qmax, который в основной группе через 6 месяцев от начала лечения составил 15,3 мл/сек, тогда как в контрольной группе – 17,3 мл/сек ($p < 0,001$).

На следующей диаграмме (рисунок 2) представлена сравнительная характеристика данных по объемам простаты и остаточной мочи у исследуемых пациентов.

Как следует из данных, незначительное снижение объема ПЖ и симптомов хронической задержки мочи при наличии только противовоспалительной терапии достоверно доказано.

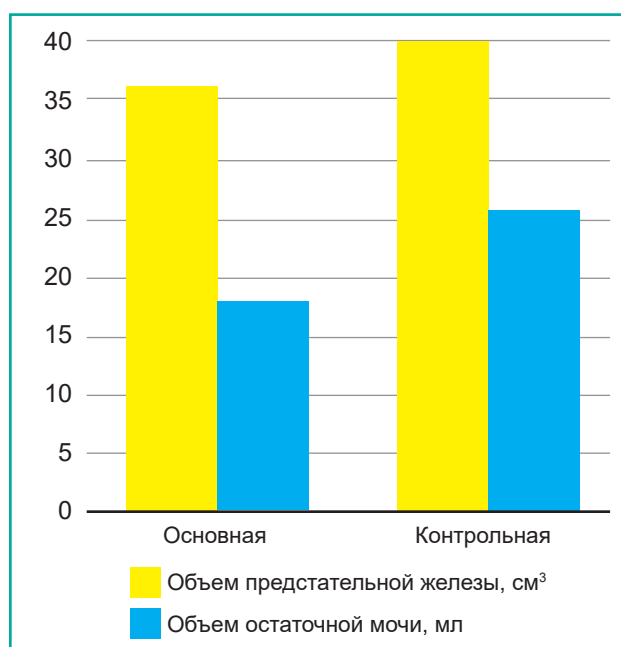


Рисунок 2 – Показатели изменений объема предстательной железы и остаточной мочи у пациентов

ВЫВОДЫ

Таким образом, нами была изучена эффективность применения Пермиксона у пациентов с СНМП на фоне ДГПЖ. Достоверно доказано, что при применении лекарственного препарата «Пермиксон» улучшение скорости потока мочи наблюдается уже через 3 месяца от начала приема ЛП, а такие изменения, как уменьшение объема простаты и количества остаточной мочи – через 6 месяцев. Систематический прием Пермиксона значительно и достоверно улучшает качество жизни мужчин, страдающих ДГПЖ, и позволяет на долгое время избежать хирургического лечения. Одним из важнейших свойств его является отсутствие побочных действий. В ходе лечения наиболее эффективно устраняются спазм и отек шейки мочевого пузыря, отек предстательной железы. Это обстоятельство способствует уменьшению дизурического синдрома и вызывает достоверное и выраженное клиническое снижение интенсивности СНМП и улучшение уродинамики, значимое увеличение максимальной скорости мочеиспускания. При приеме Пермиксона 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.

Отметим, что, наряду с высокой эффективностью, лечение Пермиксоном безопасно, что и позволяет рекомендовать это лекарственное средство для медикаментозного лечения пациентов с СНМП на начальной стадии ДГПЖ.

Литература:

1. Bayne C.W., Donnelly F., Chapman K., Bollina P., Buck C., Habib F. A novel coculture model for benign prostatic hyperplasia expressing both isoforms of 5 alpha-reductase. – ClinEndocrinolMetab. – 1998. – №83. – P. 206-206.
2. Berry S.L., Coffey D.S., Walsh P.C., Ewing L.L. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. – Urology. 1984. – Vol. 132. – P. 474-479.
3. Becker H., Ebeling L. Phytotherapy of BPH with Cernilton. Results of a controlled prospective study. – Urologe (B). – 1991. – Vol. 31. – P. 113-116.
4. Breu W., Hagenlocher M., Redl K., Tittel G., Stadler F., Wagner H. Anti-inflammatory activity of sabal fruit extracts prepared with supercritical carbon dioxide. In vitro antagonists of cyclooxygenase and 5-lipoxygenase metabolism. Arzneimittelforschung. – 1992. – №42. – P. 547-551.
5. Buck A.C. Is there a scientific basis for the therapeutic effects of Serenoa repens in benign prostatic hyperplasia? Mechanisms of action. – Urologe. – 2004. – №172. – P. 1792-1799.
6. Buck A.C., Cox R., Rees W.M. et al. Treatment of outflow tract obstruction due to benign prostatic hyperplasia with the pollen extract, Cernilton. A double-blind, placebo-controlled study. – Urologe (B). – 1990. – Vol. 66. – P. 398-404.
7. Carraro J.C., Raynaud J.P., Koch G., Chisholm G.D., Di Silverio F., Teillac P., et al. Comparison of phytotherapy (Permixon) with finasteride in the treatment of benign prostate hyperplasia: a randomized international study of 1,098 patients. – Prostate. – 1996. – №29. – P. 231-240.
8. Capodice J.L., Bemis D.L., Buttyan R., Kaplan S.A., Katz A.E. Complementary and alternative medicine for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. – EvidBasedComplementAlternat Med. – 2005. – Vol. 28 (4). – P. 495-501.
9. Debruyne F., Boyle P., Calais da Silva F., Gillenwater J.G., Hamdy F.C., Perrin P., et al. Evaluation of the clinical benefit of Permixon and tamsulosin in severe BPH patients – PERMAL study subset analysis. – ProgUrol. – 2004. – №14. – P. 326-331.
10. Dutkiewicz S. Usefulness of Cernilton in the treatment of benign prostatic hyperplasia. – Int. Urol. Nephrol. – 1996. – Vol. 28. – P. 49-53.
11. Di Silverio F., Flammia G.P., Sciarra A. et al. Plant extracts in benign prostatic hyperplasia. – Minerva Urol. Nefrol. – 1993. – Vol. 45. – P. 143-149.
12. Ernst E. Harmless herbs: a review of the recent literature. – Am. Med. J. – 1998. – Vol. 104. – P. 170-178.
13. Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства «Пермиксон», РУ №616 от 06 августа 2015 г.
14. Раснер П.И., Пушкарь Д.Ю. Лечение симптомов нижних мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы: современные международные стандарты. – Русский медицинский журнал. – 2016. – №10. – С. 21-43.
15. Brown C.T., Yap T., Cromwell D.A., et al. Self-management for men with lower urinary tract symptoms – a randomised controlled trial. BMJ 2007; 334 (7583): 25. [Электронный ресурс]: <https://www.rmj.ru/articles/urologiya/lechenie-simptomov-nizhnikh-mochevykh-putey-u-patsientov-s-dobrokachestvennoy-giperplaziey-predstate/#ixzz67gKo3ASa>.

SUMMARY

**KHUSAINOV T.E.¹, SIKHYMBAEV M.D.¹,
KARAMAMUD-UGLU D.H.¹,**

¹*Kazakh medical university of continuing education, Almaty c.*

THE CLINICAL STUDY OF EFFICIENCY AND SAFETY OF PERMIXON IN THE COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH LOWER URINARY SYMPTOMS AFFECTED BY BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY

Lower urinary tract symptom therapy (LUTS) is one of the most frequently discussed topic at the annual congresses of the European Association of Urology (EAU). At the 26th annual EAU Congress 2011 in Vienna, the treatment of LUTS with plant extracts was broadly covered (2). Combination therapy of chronic prostatitis (CP) is the key to success in controlling LUTS.

The importance of adequate therapy for CP is currently in no doubt. The etiological relationship of inflammatory process in the tissue of the prostate gland and the occurrence of hyperplasia in it determines the special attention that is given to the prevention of CP recurrence. Therefore, to achieve success in the prevention of prostatitis recurrence is the right selection of treatment methods.

Keywords: chronic prostatitis, benign prostatic hyperplasia, Permixon, quality of life.