

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-1-37-42>

# Оценка эффективности и переносимости комбинированной терапии симптомов нижних мочевых путей у пациентов с хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы

МНОГОЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**И.В. Виноградов**

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ; д. 6, ул. Миклухо-Маклая, Москва, 117198, Россия

**Контакт:** Виноградов Игорь Владимирович, [ivvinogradov@mail.ru](mailto:ivvinogradov@mail.ru)

## Аннотация:

**Введение.** Хронический простатит (ХП) – одно из самых распространенных урологических заболеваний, нередко ХП сопровождается доброкачественную гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Довольно часто у больных ХП выявляют обструктивную, ирритативную и уретральную симптоматику. Однако действенной терапии ХП просто не существует. Несмотря на недостаточность исследований о доказанной эффективности лекарственных препаратов растительного происхождения в международных клинических исследованиях, фитотерапия ХП и ДГПЖ остается популярной.

**Цель исследования:** изучить клиническую эффективность и безопасность применения фитопрепарата ЧИНЧ у пациентов с ХП и ДГПЖ

**Материалы и методы.** В исследование были включены 820 мужчин из 13 клинических центров РФ с симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) на фоне ХП и ДГПЖ. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу включены 423 пациента, которым была назначена комплексная терапия тамсулозином по 0,4 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течении 2 мес. и фитосредством ЧИНЧ по 2 капсулы 2 раза в день в течении 2 мес. II группу составили 397 пациентов, принимавших только тамсулозин 0,4 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течении 2 мес.

**Результаты.** По данным урофлоуметрии, в группе пациентов комбинированной терапии ЧИНЧ и тамсулозином средние показатели максимальной скорости потока мочи (Q<sub>max</sub>) в конце 2-месячной терапии были достоверно лучше исходных значений в этой группе, а также показателей группы монотерапии тамсулозином ( $p < 0,05$ ).

Пациенты обеих групп отметили увеличение скорости потока мочи уже после первого месяца приема препаратов с усилением эффекта к завершению программы. Всеми пациентами, вошедшими в наблюдательную программу, отмечено выраженное улучшение качества жизни, показатель QoL в I группе стал достоверно выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными и промежуточными величинами, а также с теми же показателями в группе монотерапии. Все пациенты отметили хорошую переносимость назначенной терапии.

**Обсуждение.** Проведенное исследование показало, что при использовании предложенного нами подхода комплексной терапии фитопрепаратом ЧИНЧ в сочетании с тамсулозином, к лечению СНМП при ХП и ДГПЖ, у пациентов улучшаются как субъективные, так и объективные критерии оценки течения заболевания.

Эти результаты свидетельствуют, что применение фитопрепаратов в сочетании с базовой терапией тамсулозином является эффективным и безопасным методом лечения СНМП, вызванной ХП и ДГПЖ, при этом полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей.

**Выводы.** Комбинированная терапия альфа-адреноблокатором в сочетании с фитосредством ЧИНЧ по сравнению с монотерапией может помочь достигнуть более быстрого и выраженного результата при купировании СНМП, вызванных ХП и ДГПЖ. Лечение альфа-адреноблокатором при одновременном приеме фитопрепарата ЧИНЧ может помочь достигнуть более высоких показателей Q<sub>max</sub>, IPSS и QoL уже через месяц после начала их совместного применения, а к концу второго месяца – усилить данный эффект. Использование растительного фитосредства ЧИНЧ не сопровождается нежелательными явлениями и может длительно назначаться для купирования СНМП у больных, страдающих ХП и ДГПЖ.

**Ключевые слова:** хронический простатит; доброкачественная гиперплазия предстательной железы; фитотерапия.

**Для цитирования:** Виноградов И.В. Оценка эффективности и переносимости комбинированной терапии симптомов нижних мочевых путей у пациентов с хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Экспериментальная и клиническая урология 2021;14(1):37-42, <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-1-37-42>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-1-37-42>

# Evaluation of the efficacy and tolerability of combination therapy for lower urinary tract symptoms in patients with chronic prostatitis and benign prostatic hyperplasia

MULTICENTER COMPARATIVE OBSERVATIONAL STUDY

**I. V. Vinogradov**

Peoples' Friendship University of Russia» of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation; 6, Miklukho-Maklaya street, Moscow, 117198, Russia

**Contacts:** Igor V. Vinogradov, [ivvinogradov@mail.ru](mailto:ivvinogradov@mail.ru)

## Summary:

**Introduction.** Chronic prostatitis (CP) is one of the most common urological diseases; CP often accompanies benign prostatic hyperplasia (BPH). Quite often in patients with CP, obstructive, irritative and urethral symptoms are detected. However, there is simply no effective therapy for CP. Despite the lack of data on the proven effectiveness of herbal medicine in international clinical trials, this treatment for CP and BPH remains popular.

**Aim.** To study clinical efficacy and safety of CHINCH herbal drug in treatment of patients with CP and BPH.

**Materials and methods.** 820 men from 13 clinical centers of the Russian Federation with lower urinary tract symptoms associated with CP and BPH were included in the study. The patients were divided into 2 groups. Group I included 423 patients who were administered a complex therapy with Tamsulosin (0.4 mg, 1 capsule once a day for

2 months) and CHINCH (2 capsules 2 times a day for 2 months). Group II consisted of 397 patients who had only Tamsulosin (0.4 mg, 1 capsule once a day for 2 months). **Results.** According to uroflowmetry, the patients from the group with combined therapy showed significantly better average values of the maximum urine flow rate ( $Q_{max}$ ) at the end of 2 months of the therapy, than the initial values in the group, as well as the values of the monotherapy group ( $p < 0.05$ ).

All patients noted an increase in the urine flow rate after a month of taking drugs with an increase in the effect by the end of the program. All patients who were included in the observational program, marked an improvement in the quality of life (QoL). The QoL value in the group I became significantly higher ( $p < 0.05$ ) compared with the initial and intermediate values, as well as with the same values in the monotherapy group. All patients noted that the prescribed therapy was well tolerated.

**Discussion.** The study showed, that both subjective and objective criteria for assessing the disease course improved in patients using our approach of complex therapy for lower urinary tract symptoms, associated with CP and BPH (CHINCH in combination with Tamsulosin).

These results indicate that the use of herbal therapy in combination with basic therapy with Tamsulosin is an effective and safe treatment method for lower urinary tract symptoms, caused by CP and BPH. Our results are consistent with the data of other researchers.

**Conclusions.** Combined therapy with an alpha-adrenergic blocker in combination with CHINCH, compared with monotherapy, can help to achieve a faster and more significant result in the relief of lower urinary tract symptoms caused by CP and BPH. The combined therapy allows to achieve a higher level of  $Q_{max}$ , IPSS and QOL values within a month, and by the end of the second month - to enhance this effect. The use of CHINCH is not accompanied by adverse effects and can be administered for a long time to relieve lower urinary tract symptoms in patients with CP and BPH.

**Key words:** chronic prostatitis; benign prostatic hyperplasia; phytotherapy.

**For citation:** Vinogradov I.V. Evaluation of the efficacy and tolerability of combination therapy for lower urinary tract symptoms in patients with chronic prostatitis and benign prostatic hyperplasia. *Experimental and Clinical Urology* 2021;14(1):37-42, <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-1-37-42>

## ВВЕДЕНИЕ

Хронический простатит (ХП) – самое распространенное урологическое заболевание у мужчин молодого и среднего возраста [1, 2]. По некоторым данным у 35–50% мужчин хотя бы один раз в своей жизни возникали симптомы, характерные для простатита [3, 4]. Нередко ХП сопровождается доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ).

Негативное влияние ХП на копулятивную и репродуктивную функции приводит к психологическим проблемам у мужчин, оказывает влияние на демографию, обуславливая социальную важность проблемы [5].

Расовые и географические факторы не оказывают значимого влияния на эпидемиологию простатита. Простатит диагностируют у 8–11% европейцев, 3–16% жителей США, в РФ ХП выявляют у 15–20% мужчин, обратившихся за медицинской помощью к урологу [3, 6, 7].

Довольно часто у больных ХП выявляют обструктивную симптоматику (затрудненное мочеиспускание, ослабление струи мочи, бифуркация струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, редко острая и крайне редко хроническая ишурия); ирритативную симптоматику (императивный позыв при малом наполнении мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание малыми порциями, ночная поллакиурия, недержание мочи) и уретральную симптоматику (гиперемия головки полового члена и губок уретры; дискомфортные и болевые ощущения в уретре в процессе и/или вне микции; выделения из уретры по утрам, при физическом напряжении, при дефекации).

Основываясь на данных, представленных в основных национальных руководствах, можно заключить, что действенной терапии для многих форм ХП просто не существует. Эффективность лечения достигается применением антибактериальных препаратов только при ХП, вызванном установленными возбудителями. При назначении антибиотикотерапии следует руководствоваться результатами бактериальных посевов и чувстви-

тельностью штаммов микроорганизмов. При этом необходимо учитывать любые лекарственные взаимодействия и/или противопоказания [3, 4, 8, 9].

Также в рекомендациях описывается возможность применения других классов препаратов –  $\alpha$ -адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), м-холинолитиков, ботулотоксина, фитотерапии. Однако данные об абсолютной эффективности, позволяющей со 100% клиническим успехом применять тот или иной препарат, в терапии ХП отсутствует.

Отдельного внимания заслуживает проблема ХП у пациентов пожилого возраста с ДГПЖ. У этой категории пациентов более выражены симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП). Расстройства мочеиспускания, обусловленные заболеваниями предстательной железы, встречаются у большей части пациентов урологического профиля и значительно снижают качество их жизни. Рост заболеваемости подтверждается результатами многочисленных исследований, согласно которым число мужчин с СНМП колеблется от 40 до 90% [10].

Воспаление предстательной железы оказывает влияние на  $\alpha$ -адренорецепторы, расположенные в шейке мочевого пузыря, в ткани железы, что усугубляет ирритативную и обструктивную симптоматику, снижает качество жизни пациентов, увеличивает вероятность развития осложнений [11].

Исходя из сформулированных выше патофизиологических механизмов, выделяют следующие основные типы патогенетической и симптоматической фармако-терапии ДГПЖ:

- активное наблюдение;
- фитотерапия;
- применение  $\alpha$ -адреноблокаторов;
- применение ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы [12].

Несмотря на недостаточность международных клинических исследований о доказанной эффективности лекарственных препаратов растительного происхождения, фитотерапия ХП и ДГПЖ остается популярной как

в России, так и в других странах. Так, в ряде стран Европы и США на долю фитотерапии приходится до 40% всех назначений при данных нозологиях [13].

Сложный механизм действия фитопрепаратов труден для детального изучения, поскольку последние состоят из различных растительных компонентов. В России распространены фитопрепараты на основе экстракта *Serenoa repens*, *Pigeum Africanum*, *Hypoxis-rooperi*, *Urticadioica* и еще нескольких растений. При этом используются антиандрогенные, антиэстрогенные, антипролиферативные, антиоксидантные и противовоспалительные фармакологические свойства фитопрепаратов [14].

Терапия пациентов с ДГПЖ и ХП направлена на уменьшение выраженности СНМП и улучшение качества жизни, а также на предотвращение развития осложнений, связанных с увеличением предстательной железы и инфравезикальной обструкцией, таких как острая задержка мочеиспускания, рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей и т.д. Современные исследования также продемонстрировали, что комбинации растительных препаратов с тамсулозином были более эффективны, чем, например, монотерапия  $\alpha$ -адреноблокаторами [15].

С учетом этого фитотерапия рассматривается как альтернатива в лечении ХП в качестве первичной терапии и при начальных стадиях ДГПЖ в составе комплексной терапии с другими препаратами [16].

Биологически активные компоненты, входящие в состав нового фитосредства ЧИНЧ (пальма сабаль, корень крапивы, семена тыквы и цинк), эффективно воздействуют на предстательную железу (ПЖ) за счет доказанных свойств компонентов препарата в отношении предстательной железы [14, 17]. В связи с этим к ожидаемым эффектам комплексной терапии с применением фитосредства ЧИНЧ относятся повышение качества жизни пациента, снижение выраженности СНМП при заболеваниях предстательной железы, ускорение скорости потока мочи, снижение чувства неполного опорожнения мочевого пузыря, увеличение емкости мочевого пузыря, снижение частоты эпизодов ноктурии. Также ожидается снижение болевого симптома и симптомов воспаления при ХП за счет противовоспалительного, противоотечного и антиоксидантного свойств компонентов фитосредства ЧИНЧ [14].

*Цель исследования:* изучить клиническую эффективность и безопасность применения биологически активной добавки (БАД) ЧИНЧ у пациентов с ХП и ДГПЖ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В многоцентровое сравнительное наблюдательное исследование было включено 820 мужчин, которые обратились к урологу лечебно-профилактического уч-

реждения с жалобами на СНМП, обусловленные ДГПЖ и/или ХП. В исследовании приняло участие 40 врачей-урологов из 13 городов РФ – Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Екатеринбурга, Челябинска, Казани, Нижнего Новгорода, Ростова-на-Дону, Уфы, Воронежа, Самары, Краснодар и Омска.

Критерии включения в программу: мужской пол; возраст старше 35 лет; клинически верифицированный диагноз хронического бактериального простатита или ДГПЖ; отказ от оперативного лечения ДГПЖ по любым причинам; подписанное пациентом согласие на участие в программе.

Участники исследования предъявляли жалобы на СНМП разной степени тяжести: учащенное, затрудненное мочеиспускание, поллакиурию, ноктурию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, болезненное мочеиспускание, боли в области мошонки, промежности, сниженное качество жизни.

Критерии исключения: острый простатит; уровень простатического специфического антигена (ПСА) выше 4 нг/мл; подозрение на рак предстательной железы.

Острый воспалительный процесс со стороны нижних мочевых путей исключался на оценочном визите (визит 0) при сборе анамнеза и жалоб, а также выполнением 4-х стаканной пробы по Meares-Stamey с лабораторным и микробиологическим исследованием трех порций мочи и секрета (сока) предстательной железы, посевом эякулята на микрофлору. Отсутствие изменений во всех порциях, а также стерильность исследуемого материала позволяло подтвердить диагноз ХП и или ДГПЖ без острого воспалительного процесса в железе.

Программа носила сравнительный характер. Пациенты рандомизировано были разделены на 2 группы. В I группу включены 423 пациента, которым для коррекции СНМП была назначена комплексная терапия тамсулозином по 0,4 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 мес. и фитосредством ЧИНЧ по 2 капсулы 2 раза в день в течение 2 мес. II группу составили 397 пациентов, принимавших только тамсулозин 0,4 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 мес.

Наблюдение за пациентами осуществляли на трех визитах (табл. 1), контроль осуществляли через 1 и 2 мес. после начала терапии. В период наблюдения оценивали эффективность и переносимость терапии, при этом обращали внимание на субъективные ощущения пациентов, основным показателем эффективности являлось изменение балла по шкалам IPSS и Quality of life (QoL). Также пациентам выполнялась урофлоуметрия, ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы и мочевого пузыря.

На 2-м и 3-м визитах проводилась регистрация нежелательных эффектов и изучение их возможной связи с исследуемым препаратом. ■

Статистическую обработку материала проводили с использованием электронных таблиц Excel и программы Statistica 6.0. Оценку достоверности различий между количественными показателями выполняли с помощью критерия Манна–Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты, включенные в программу, были в возрасте от 35 до 75 лет. Средний возраст составил  $54,4 \pm 8,2$  года. По характеру жалоб, оценке по опроснику IPSS, индексу качества жизни, лабораторным показателям группы пациентов были сопоставимыми ( $p > 0,05$ ; табл. 2).

На визите 2 в I группе практически всеми пациентами было отмечено значительное субъективное снижение выраженности СНМП на 5–6-й день после начала терапии, а во II группе – на 7–8-й день. На визите 3 не было ни одного пациента с прогрессированием заболе-

вания. Так, сравнение среднего индекса IPSS (через 1 и 2 мес. терапии) с исходными показателями выявило достоверное снижение индекса тяжести расстройства мочеиспускания, обусловленного наличием ХП и ДППЖ, в обеих группах начиная уже с 1-го месяца терапии (рис. 1).

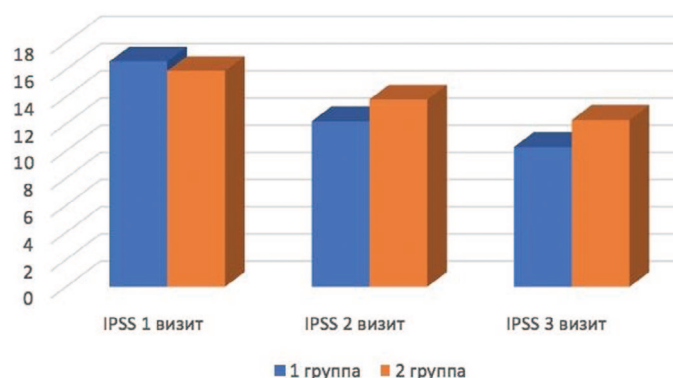


Рис. 1. Динамика суммы баллов по шкале IPSS у больных различных групп на различных визитах.

Fig.1 Dynamics of the amount of points on the scale of IPSS in patients of different groups on different visits

Таблица 1. Объем обследования на 0-3 визитах

Table 1. Examination scope at 0-3 visits

Процедура Manipulation	Визит 0 (исключение острого воспалительного процесса ПЖ) Visit 0 (exclusion of acute inflammation of the prostate)	Визит 1 (день 0) Visit 1 (0 day)	Визит 2 (день 30±7) Visit 2 (30±7 day)	Визит 3 (день 60±7) Visit 3 (60±7 day)
Применение критериев включения/исключения, получение согласия на участие в программе/ Application of inclusion / exclusion criteria, agreement to participate in the program		X		
Сбор анамнеза Collecting anamnesis	X	X		
Сбор жалоб Collection of complaints	X	X	X	X
Заполнение опросника I-PSS Completing the I-PSS Questionnaire		X	X	X
Трансректальное УЗИ (объем ПЖ, объем остаточной мочи) Transrectal ultrasound (prostate volume, residual urine volume)		X		X
3-стаканная проба 3-glass sample	X			
Посев эякулята на микрофлору Culture of ejaculate on microflora	X			
Урофлоуметрия Uroflowmetry		X		X
Назначение исследуемых препаратов Prescription of investigational drug		X	X	X
Оценка эффективности assessment of efficiency			X	X
Оценка переносимости Assessment of tolerance			X	X

Таблица 2. Динамика основных показателей эффективности терапии на различных визитах

Table 2. Dynamics of the main indicators of the effectiveness of therapy at different visits

Показатель Indicator	Визит 1 Visit 1		Визит 2 Visit 2		Визит 3 Visit 3	
	1-я группа 1st group	2-я группа 2nd group	1-я группа 1st group	2-я группа 2nd group	1-я группа 1st group	2-я группа 2nd group
I-PPS, баллы I-PPS, points	16,6±2,9	15,9±3,1	12,2±2,7	13,8±2,4	10,3±2,3	12,3±2,1
Объем ПЖ, см <sup>3</sup> Prostate volume, sm <sup>3</sup>	57,3±3,1	59,4±2,9	–	–	55,9±4,7	58,4±3,9
Qmax, мл/с Qmax, ml/sec	10,6±2,3	10,1±2,6	–	–	14,2±2,1	13,4±2,3
QoL, баллы QoL, points	2,8±0,7	2,9±0,5	3,5±0,3	3,1±0,2	4,1±0,3	3,8±0,3

Анализ показателя объема предстательной железы в обеих группах после двухмесячного курса терапии не выявил статистически значимых изменений как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения ( $p > 0,05$ ). Это может указывать на невозможность значительного снижения объема предстательной железы при помощи использованных схем лечения или быть обусловленным небольшим сроком наблюдения (рис. 2).

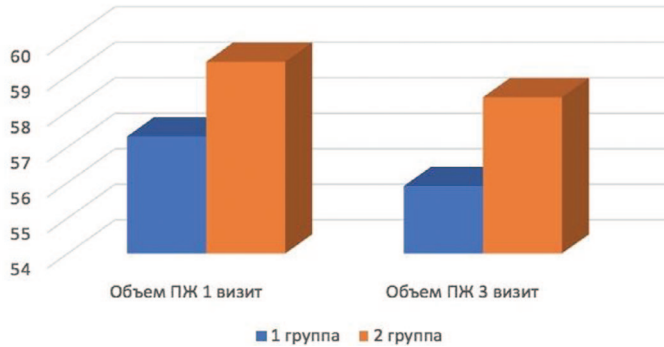


Рис. 2. Динамика объема предстательной железы в группах до и после терапии  
Fig. 2. Dynamics of the prostate volume in the groups before and after therapy

По данным урофлоуметрии, в I группе пациентов средние показатели максимальной скорости потока мочи (Qmax) в конце двухмесячной терапии были достоверно лучше исходных значений в этой группе, а также показателей во 2-й группе ( $p < 0,05$ ) (рис. 3).

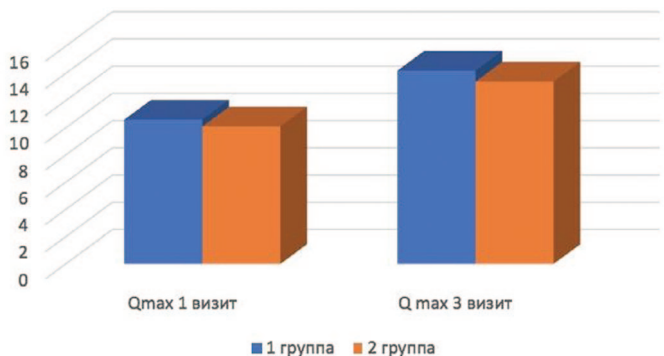


Рис. 3. Динамика максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) в группах до и после терапии  
Fig. 3. Dynamics of the maximum urination flow rate (Qmax) in the groups before and after therapy

Пациенты обеих групп отмечали увеличение скорости потока мочи уже после первого месяца приема препаратов с усилением эффекта к завершению программы.

Всеми пациентами, вошедшими в наблюдательную программу, отмечено выраженное улучшение качества жизни, показатель QoL в I группе стал достоверно выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными и промежуточными величинами, а также с теми же показателями во II группе (рис. 4).

Выраженное субъективное снижение симптоматики все участники программы отмечали в среднем уже на 6–7-е сутки после начала терапии.

Все пациенты указывали на хорошую переносимость обоих видов терапии. От 16 (1,9%) больных поступила жалоба на ретроградную эякуляцию. Вероятно, это было вызвано приемом тамсулозина, но, при этом, ни один участник программы не отказался от продолжения участия в исследовании. Других жалоб при

приеме назначенной терапии отмечено не было. Протокол настоящего исследования не позволил отдельно оценить жалобы, связанные с приемом фитосредства ЧИНЧ, т.к. не было группы монотерапии с данным препаратом. Однако отсутствие дополнительных побочных эффектов и приверженность назначенной терапии позволяют сделать вывод о хорошей переносимости фитопрепарата ЧИНЧ при лечении СНМП у мужчин.

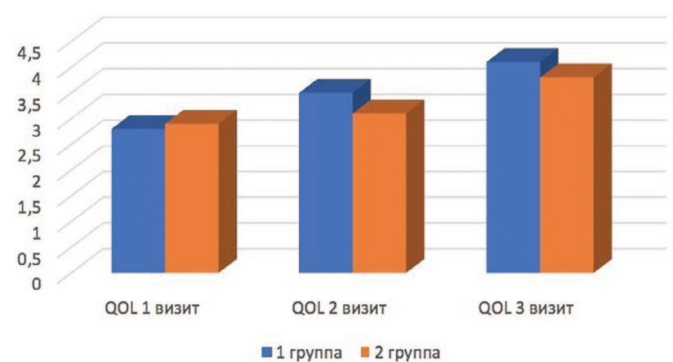


Рис. 4. Динамика показателей качества жизни (QoL) в группах в зависимости от визита  
Fig. 4. Dynamics of quality of life (QoL) in groups depending on the visit

## ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что при использовании предложенного нами подхода комплексной терапии фитопрепаратом ЧИНЧ в сочетании с тамсулозином для лечения СНМП при ХП и ДГПЖ, у пациентов улучшаются как субъективные, так и объективные критерии оценки течения заболевания.

Эти результаты свидетельствуют, что применение фитопрепаратов в сочетании с базовой терапией тамсулозином является эффективным и безопасным методом лечения СНМП, вызванной ХП и ДГПЖ, при этом полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей.

## ВЫВОДЫ

1. Комбинированная терапия  $\alpha$ -адреноблокатором в сочетании с фитосредством ЧИНЧ по сравнению с монотерапией  $\alpha$ -адреноблокатором помогает достигнуть более быстрого и выраженного результата при купировании СНМП, вызванных ХП и ДГПЖ.

2. Лечение  $\alpha$ -адреноблокатором и фитопрепаратом ЧИНЧ помогает достигнуть более высоких показателей Qmax, IPSS и QoL уже через месяц после начала их совместного применения, а к концу второго месяца еще усилить данный эффект.

3. Использование растительного фитосредства ЧИНЧ, имеющего в своем составе такие активные натуральные компоненты, как корень крапивы, *Serenoa repens*, семена тыквы и микроэлемент цинк, в комбинированной терапии с  $\alpha$ -адреноблокатором не сопровождается нежелательными явлениями и может длительно назначаться для купирования СНМП у больных, страдающих ХП и ДГПЖ. ■

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2006;355(16):1690–1698. <https://doi.org/10.1056/NEJMc060423>.
- Лопаткин Н.А., редактор. Урология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 1024 с. [Lopatkin N.A., editor. Urology. National guide. M.: GEOTAR-Media. 2009; 1024 p. (In Russian)].
- Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 480 с. [Alyayev Yu. G., Glybochko P. V., Pushkar D. Yu. Urology. Russian clinical guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2015; 480 p. (In Russian)].
- Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int* 2015;116:509–525. <https://doi.org/10.1111/bju.13101>.
- Аляев Ю.Г., Шпот Е.В., Султанова Е.А. Хронический простатит: оптимизация подходов к лечению. *РМЖ* 2011;19(32):2057–2062. [Alyayev Yu. G., Shpot E. V., Sultanova E. A., Chronic prostatitis: optimization of approaches to treatment. *RMZH =RMJ* 2011;19(32):2057–2062. (In Russian)].
- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011;305(1):78–86. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1913>.
- Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Jeon J, Cheah PY, Liang ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents* 2008;31 Suppl 1 (Suppl 1):S85–90. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028>.
- Nickel JC, Weidner W. Chronic prostatitis: current concepts and antimicrobial therapy. *Infect Urol* 2000;13(Suppl.):22–28.
- Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int* 2015;116(4):509–525. <https://doi.org/10.1111/bju.13101>.
- Виноградов И.В., Живулько А.Р., Королев С.В. Хронический простатит, патогенетические механизмы влияния на мужскую фертильность. *Вестник последипломного медицинского образования* 2018;4:48–54. [Vinogradov I.V., Zhivulko A.R., Korolev S.V. Chronic prostatitis, pathogenetic mechanisms of influence on male fertility. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya=Bulletin of postgraduate medical education* 2018;4:48–54. (In Russian)].
- Wagenlehner FM, van Till JW, Magri V, Perletti G, Houbiers JG, Weidner W, et al. Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2013;63(5):953–59. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.10.042>.
- Weidner W. Treating chronic prostatitis: antibiotics no, alpha-blockers maybe. *Ann Intern Med* 2004;141(8):639–40. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-8-200410190-00012>.
- Engelmann U, Walther C, Bondarenko B, Funk P, Schlafke S. Efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract in lower urinary tract symptoms. A randomized, double-blind study versus tamsulosin. *Arzneimittelforschung* 2006;56(3):222–29. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1296714>.
- Кульченко Н.Г., Яценко Е.В. Фитотерапия при воспалительных заболеваниях предстательной железы. *Исследования и практика в медицине* 2019;6(3):21–23. [Kulchenko N. G., Yatsenko E. V. Herbal medicine for inflammatory diseases of the prostate. *Issledovaniya i praktika v meditsine = Research and practice in medicine* 2019;6(3):21–23. (In Russian)].
- Morgia G, Russo GI, Voce S, Palmieri F, Gentile M, Giannantoni A, et al. Serenoa repens, lycopene and selenium versus tamsulosin for the treatment of LUTS/BPH. An Italian multicenter double-blinded randomized study between single or combination therapy (PROCOMB trial). *Prostate* 2014;74(15):1471–80. <https://doi.org/10.1002/pros.22866>.
- Safarinejad MR. Urtica dioica for treatment of benign prostatic hyperplasia: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study. *J Herb Pharmacother* 2005;5(4):1–11.
- De Monte C, Carradori S, Granese A, Di Piero GB, Leonardo C, De Nunzio C. Modern extraction techniques and their impact on the pharmacological profile of Serenoa repens extracts for the treatment of lower urinary tract symptoms. *BMC Urol* 2014;14:63. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-14-63>.

## Сведения об авторе:

Виноградов И.В. – д.м.н., профессор кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Российского университета дружбы народов; Москва, Россия; [ivvinogradov@mail.ru](mailto:ivvinogradov@mail.ru), РИНЦ AuthorID 288453

## Вклад авторов:

Виноградов И.В. – сбор и статистическая обработка данных, написание текста, концепция и дизайн исследования, 100%

**Конфликт интересов:** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование:** Исследование проведено при финансовой поддержке ООО «Си Эс Си ЛТД».

**Статья поступила:** 28.12.20

**Принята к публикации:** 21.02.21

## Information about author:

Vinogradov I.V. – DrSc, professor of the Department of Urology and Operative Nephrology, with a course of oncurology, Peoples Friendship University of Russia; Moscow, Russia; [ivvinogradov@mail.ru](mailto:ivvinogradov@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-7469-3952>

## Authors' contributions:

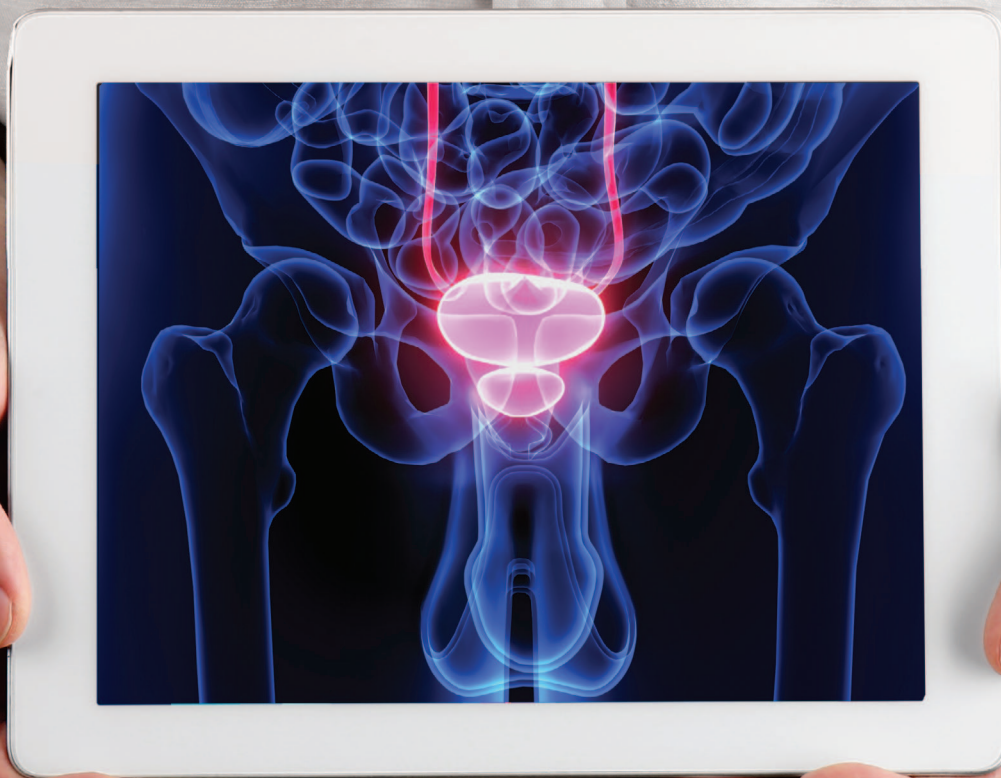
Vinogradov I.V. – collection and statistical processing of data, writing text, research concept and design, 100%

**Conflict of interest.** The author declare no conflict of interest.

**Financing.** The research was carried out with the financial support of CSC Ltd Russia.

**Received:** 28.12.20

**Accepted for publication:** 21.02.21



# Научный подход к здоровью простаты

## Новый растительный комплекс ЧИНЧ® для мужчин 35+

- Улучшает работу всей мочеполовой системы<sup>1</sup>
- Прошел проверку в 38 клинических центрах России<sup>2</sup>
- Высокий профиль безопасности
- Сертифицирован и продается только в аптеках
- Компоненты препарата входят в рекомендации Европейской урологической ассоциации<sup>3</sup>



Произведено по фармацевтическим стандартам качества GMP

18+

<sup>1</sup>Кульченко Н.Г., Яценко Е.В. Фитотерапия при воспалительных заболеваниях предстательной железы. Исследования и практика в медицине. 2019; 6(3): 87-97. <sup>2</sup>И. В. Виноградов. Оценка эффективности и переносимости комбинированной терапии симптомов нижних мочевых путей у пациентов с хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Готовится к публикации. АОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки РФ; Москва, Россия. <sup>3</sup>[HTTPS://UROWEB.ORG/GUIDELINE/TREATMENT-OF-NON-NEUROGENIC-MALE-LUTS/#5000](https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/#5000) «Си Эс Си ЛТД». ИНН 770681 1620 115230 г. Москва, Варшавское шоссе, дом 47, корпус 4, часть пом XXII, этаж 14, ком. 18. +7(499)311-67-71. СГР № АМ.01.48. 01.003.Е.000166.10.18 от 31.10.2018 г. ЧИНЧ-РН№2-зима 21

# НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ