

# Использование препарата Енат 400 в комплексной терапии фибропластической индукции полового члена

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко

ГУ «Институт урологии АМН Украины», г. Киев

Обследовано и пролечено 48 мужчин с фибропластической индукцией полового члена с применением препарата Енат 400. Использование препарата Енат 400 повышает эффективность терапии на 18–20%. Минимальная эффективная продолжительность лечения составляет 2 мес.

**Ключевые слова:** фибропластическая индукция полового члена, болезнь Пейрони, лечение, Енат 400.

Впервые фибропластическую индукцию полового члена (ФИПЧ) довольно детально описал в 1743 г. основатель хирургической академии в Париже **François de la Peyronie** [1, 2]. Он сообщил о 3 больных, в толще кавернозных тел которых нашел шарикообразные узелки, которые, по его мнению, вызывают искривление и боль в половом члене во время эрекции, в работе, которую он представил королю Франции Людовику XV под названием «**Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'éjaculation naturelle de la semence**» [2, 3].

За последние годы частота заболеваемости и выявляемости болезни Пейрони (БП) увеличивается [4]. Статистические исследования распространенности БП нами проводились на базе Киевского городского бюро судебно-медицинской экспертизы путем статистического подсчета обследования мужских трупов (до одних суток после смерти) возрастом от 15 лет и старше с наличием БП и без нее. По нашим данным, при обследовании 1248 мужских трупов соответствующего возраста у 11 была диагностирована БП. То есть частота распространенности БП составляет 0,88%. Относительно Киева (1,75 млн мужчин) – приблизительно абсолютное количество больных БП составляет около 15 400, а по Украине (24 млн мужчин) соответственно – 211 000 мужчин.

Данные обращаемости пациентов в Институт урологии АМН Украины за период 1994–2003 гг., в том числе к сексопатологу, в частности по поводу БП, свидетельствуют, что часть пациентов с БП в общей урологической патологии составляет 1,07%, а по данным обращаемости к сексопатологу – 4,77%.

Приведенные данные свидетельствуют об актуальности изучения проблемы в Украине.

Несмотря на широкую распространенность БП, к настоящему времени лечение ФИПЧ длительное и не всегда достаточно эффективное. Поэтому поиск новых методов и средств лечения БП является актуальным. Лечение БП довольно сложная и к настоящему времени нерешенная проблема. Это объясняется отсутствием ясных представлений об этиологии и патогенезе болезни. Лечение в основном носит симптоматический характер.

Существуют три способа лечения пациентов с БП – медикаментозная терапия, хирургическое лечение и рациональная психотерапия. Если у пациента отсутствует боль и нет трудностей в осуществлении сексуальных контактов, то, разумеется, такому пациенту достаточно провести разъяснение природы БП и предупредить о необходимости постоян-

ного наблюдения врачом, чтобы не пропустить развития осложнений болезни.

Если пациент жалуется на боль в области бляшки при БП, то это свидетельствует, что идет процесс развития фиброза белочной оболочки. Эти пациенты могут избежать хирургического вмешательства при эффективности медикаментозного лечения, направленного на купирование воспаления и процесса фиброобразования ткани белочной оболочки полового члена. Однако даже при высокой эффективности медикаментозного лечения пациент должен находиться под постоянным наблюдением врача и в дальнейшем для предупреждения развития искривления.

**Требования к методам лечения пациентов с болезнью Пейрони**

1. Метод должен быть неинвазивным, безопасным, иметь минимальный риск осложнений при его применении.

2. Важным критерием является доступность метода или препарата.

3. По эффективности средство не должно уступать другим современным средствам лечения.

4. Применения метода лечения должно иметь научное обоснование, исходя из этиологии и патогенеза заболевания и таким образом иметь специфическое направление.

Исходя из этиологии и патогенеза ФИПЧ, все больные должны получать базисную терапию, которая включает в себя: витамин Е (800 мг/сут); один из сосудистых препаратов для улучшения микроциркуляции (трентал 400 мг/сут или стугерон по 1 таблетке 3 раза в сутки); лазерную терапию (20 мВт, красное лазерное облучение с длиной волны 628,3 нм, экспозиция 10 мин местно) или виброакустическую терапию (аппарат Витафон); ЛЮД-терапия.

Продолжительность курса лечения составляет 1 мес.

Кроме того, одним из наиболее эффективных является комплексное лечение с местным использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (бутадион, диклофенак натрия, индометацин и т.п.) № 10 ежедневно, а потом местное использование в виде фонофореза препарата контрактубекс № 10 ежедневно.

**Типичные программы лечения пациентов с болезнью Пейрони**

Современная терапия пациентов с БП осуществляется комплексно в форме вариативной комбинации разнообразных методов влияния на ключевые звенья патогенеза данного заболевания.

Перечень методов лечения БП, даже без учета их модификаций, довольно большой, однако основу терапии составляет типичная программа лечения БП, основным методом которой является фармакотерапия.

Методы лечения БП:

**Типичная программа лечения** – фармакотерапия (системная и локальная); физиотерапия; лечебная физкультура; ЛЮД-терапия.

*Дополнительные методы лечения* – рациональная иммунотерапия (иммунокорректирующая терапия); сосудистая терапия (улучшение микроциркуляции, как артериальной, так и венозной); хирургическое лечение.

*Вспомогательные методы лечения* – лечебно-охранительный режим; лечебное питание; фитотерапия; иглорефлексотерапия; гомеопатия; антигомотоксическая терапия; психотерапия; методы народной медицины (апитерапия и ряд других методик). Дополнительные методы лечения позволяют модифицировать типичную программу лечения БП при осложнениях, злокачественном течении заболевания, побочном действии лекарства. В недалеком будущем, после более полного и глубокого изучения характера нейроиммуноэндокринных нарушений при БП, метод рациональной иммунотерапии может перейти в типичную программу лечения. Вспомогательные методы разрешают индивидуализировать лечение при побочных действиях лекарства, в период ремиссии заболевания, на этапах амбулаторного и санаторно-курортного лечения.

Цели лечения пациентов с БП:

- Ликвидировать или значительно уменьшить клинические проявления алгического синдрома.
- Минимизировать активность локального воспалительного процесса в белочной оболочке полового члена за возможно более короткие сроки лечения.
- Восстановить или улучшить функциональное состояние полового члена.
- Замедлить или остановить прогрессирование развития бляшки как маркера БП.
- Предупреждать развитие осложнений в виде нарушения половой функции.
- Прогнозировать и проводить профилактику побочного действия лекарства.

Решение этих задач не может быть одномоментным и постоянным. Тактика лечения пациента с БП должна быть динамической, должна учитывать клинический вариант и характер течения заболевания, конституциональные, иммунные, эндокринные и личные особенности больного, условия его быта и профессиональной деятельности. Не менее важное значение имеет внимательный анализ результатов терапии, количественная оценка эффективности проведенного лечения и его грамотная, тщательно продуманная коррекция.

Базисная патогенетическая терапия, назначаемая каждому пациенту, является по своей сути патогенетическим лечением. Одним из основных компонентов ее является токоферол ацетат, или витамин Е, в высоких дозах, обладающий антиоксидантным действием.

**Витамин Е (D-альфа-токоферол ацетат)** является витамином размножения. Представляет собой светло-желтую маслянистую жидкость со слабым запахом, нерастворимый в воде, хорошо растворимый в спирте и растительных жирах. Выделен из растительных масел и зародышей пшеницы. В химически чистом виде получен синтетическим путем. Содержится преимущественно в зародышах прорастающих растений, в зеленых частях растений (шпинат, салат и т.п.), в растительных маслах, яичном желтке.

**Фармакологическое действие:** регулирует нормальное развитие и функцию эпителия половых желез и развитие плода. Играет важную роль в липидном обмене и принимает участие в синтезе сложной молекулы хроматина в клеточных ядрах. Влияет на переднюю долю гипофиза (усиливает действие прогестерона). Влияет на функцию и структуру поперечнополосатой и гладкомышечной системы, которая связана с его каталитическими свойствами. Витамин Е является

довольно активным антиоксидантом. Он защищает разные продукты обмена веществ от окислительных модификаций, тормозит обмен белков, нуклеиновых кислот и стероидов. Предупреждает такую тяжелую патологию печени, как жировая инфильтрация. В отношении показателей крови, он увеличивает количество гемоглобина и эритроцитов. Принимает участие в пролиферации клеток, тканевом дыхании, в других важнейших процессах метаболизма; предупреждает гемолиз эритроцитов, уменьшает проницаемость сосудов и ломкость капилляров.

Последние факты относительно механизма действия витамина Е позволяют назначать его в качестве базовой терапии БП в довольно больших количествах – от 400 до 800 мг/сут на протяжении 1 мес и более.

**Показаниями к использованию витамина Е являются также:** гиповитаминоз, состояние реконвалесценции после заболеваний, которые протекают с лихорадочным синдромом, при высоких физических нагрузках, в преклонном возрасте, при заболеваниях связочного аппарата и мышц. Показан он при климактерических вегетативных нарушениях у мужчин; при астеническом неврастеническом синдроме.

**Противопоказания:** неизвестны.

**Побочные явления:** при передозировке возможна боль в эпигастральной области, диарея.

**Особые примечания:** с осторожностью следует принимать препарат больным после перенесенного инфаркта миокарда, при повышенном риске развития тромбозов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии АМН Украины» проведено исследование эффективности лечения больных с ФИПЧ с помощью натурального витамина Е в виде препарата Енат 400 компании «Мега Лайфсайенсис Пти, Лтд» [5, 6]. Исследование проводилось в соответствии с принятыми в Украине требованиями к клиническим испытаниям лекарственных препаратов [7].

Было обследовано 100 пациентов с БП с выраженным болевым синдромом. Больные были разделены на 2 группы: I (клиническая) группа – 48 пациентов получали комплексное лечение БП с применением Енат 400 и II (контрольная) группа – 56 больных получали традиционное лечение без применения Енат 400.

Продолжительность болезни – от 6 до 36 мес. Искривление полового члена достигало от 30° до 60°. Нарушения эректильной функции наблюдалось у 22 (45,8%) из 48 пациентов I группы и у 22 (39,3%) из 56 пациентов II (контрольной) группы. Половая жизнь почти невозможна в связи с искривлением у 4 (8,3%) мужчин (там, где угол составлял около 60° и больше) I группы и у 4 (14,3%) пациентов II группы.

Количество бляшек – от 1 до 2.

Алгический синдром беспокоил 43 (89,5%) пациентов I группы и 25 (89,3%) пациентов II группы. У 2 (4,1%) пациентов I группы и у 2 (7,2%) больных II группы консистенция бляшек была костеподобной; а у 46 (95,9%) больных I группы и у 26 (92,8%) пациентов II группы – хрящеподобной.

Пациенты из исследовательской группы, наряду с традиционным лечением, принимали препарат Енат 400 по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 4 нед. Больным из контрольной группы проводили принятую в клинике терапию. Больные II группы получали комплексную терапию: фонофорез НПВП на область бляшки № 12, фонофорез контрактубекса № 12; трентал – 200 мг дважды в сутки, ЛОД-терапию. Больные I группы получали то же лечение с использо-

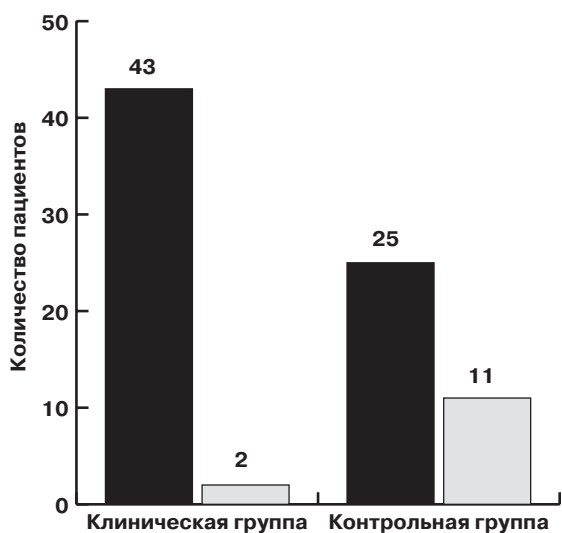


Рис. 1. Динамика алгического синдрома

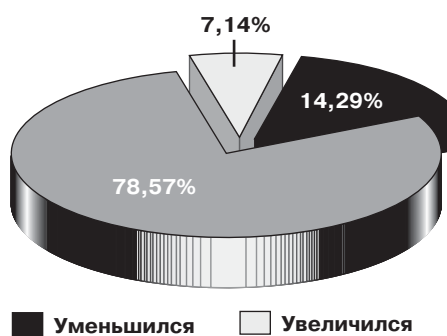
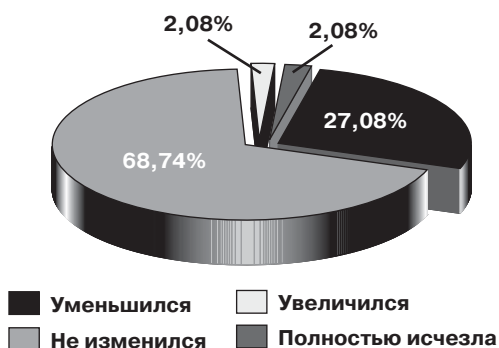


Рис. 2. Динамика размера бляшки у больных I и II групп

ванием дополнительно препарата Енат 400. Оценку эффективности лечения проводили на основании результатов клинических и ультразвукографических исследований до и после лечения – через 3 и 6 мес.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После лечения алгический синдром остался у 2 (4,6%) из 43 больных клинической группы и у 11 (44,0%) из 25 больных контрольной группы (рис. 1).

Размер бляшки у больных клинической группы после лечения был уменьшен в 13 случаях (27,0%), у 33 (68,8%) ос-

тался без изменений и только в 1 случае (2,1%) увеличился. Полного рассасывания бляшки удалось достичь только в 1 (2,1%) случае.

В контрольной группе показатели составляли соответственно 4 (14,3%); 22 (78,6%); 2 (7,1%). Полного рассасывания бляшки ни в одном случае достичь не удалось (рис. 2).

Угол искривления полового члена во время эрекции в клинической группе уменьшился у 8 (16,6%), остался без изменений – у 39 (81,3%) и увеличился у 1 (2,1%) пациента. В контрольной группе – соответственно – 3 (10,7%); 22 (78,6%) и 3 (10,7%) (рис. 3).

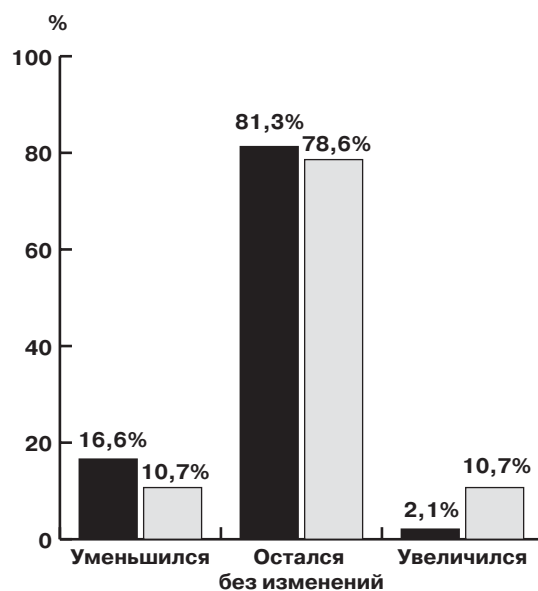


Рис. 3. Изменение кривизны полового члена во время эрекции

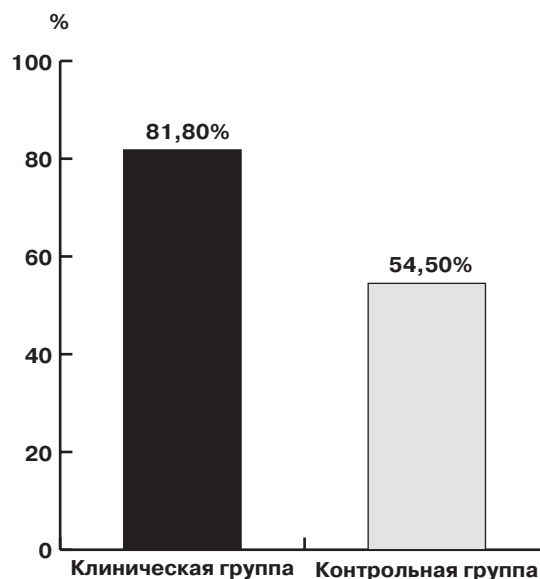


Рис. 4. Улучшение эректильной функции

Улучшение эректильной функции наблюдалось у 18 (81,8%) из 22 пациентов I группы и у 12 (54,5%) из 22 пациентов II группы (рис. 4).

Случай, в котором наблюдалось полное рассасывание бляшки, поясняется незначительным сроком течения болезни и отсутствием кальциноза бляшки.

Препарат довольно хорошо переносился пациентами. Не зафиксировано ни одного случая побочных эффектов.

### ВЫВОДЫ

1. Препарат Енат 400, включенный в комплексную терапию БП, ускоряет наступление фазы ремиссии.

2. Результаты лечения, как в клинической, так и в контрольной группах, удовлетворительные, однако использование препарата Енат 400 повышает эффективность комплексной стандартной терапии на 18–20%.

3. Эффективность лечебного действия препарата Енат 400 находится в прямой зависимости от длительности приема. Минимальная эффективная продолжительность лечения, по нашим данным, составляет 2 мес.

4. Енат 400 является безопасным, хорошо переносимым препаратом, не дающим побочных эффектов.

Полученные результаты позволяют рекомендовать натуральный витамин Е в виде препарата Енат 400 производства компании «Мега Лайфсайенсис Пти, Лтд» для профилактики и комплексного патогенетического лечения мужчин, страдающих болезнью Пейрони.

### Використання препарату Єнат 400 у комплексній терапії фібропластичної індурації статевого члена

*I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко*

Обстежено і проліковано 48 чоловіків із фібропластичною індурацією статевого члена із застосуванням препарату Єнат 400. Використання препарату Єнат 400 підвищує ефективність терапії на 18–20%. Мінімальна ефективна тривалість лікування складає 2 міс.

**Ключові слова:** *фібропластична індурація статевого члена, хвороба Пейроні, лікування, Єнат 400.*

### Use of the medicine Enat 400 in complex therapy of fibroplastic induration of the penis

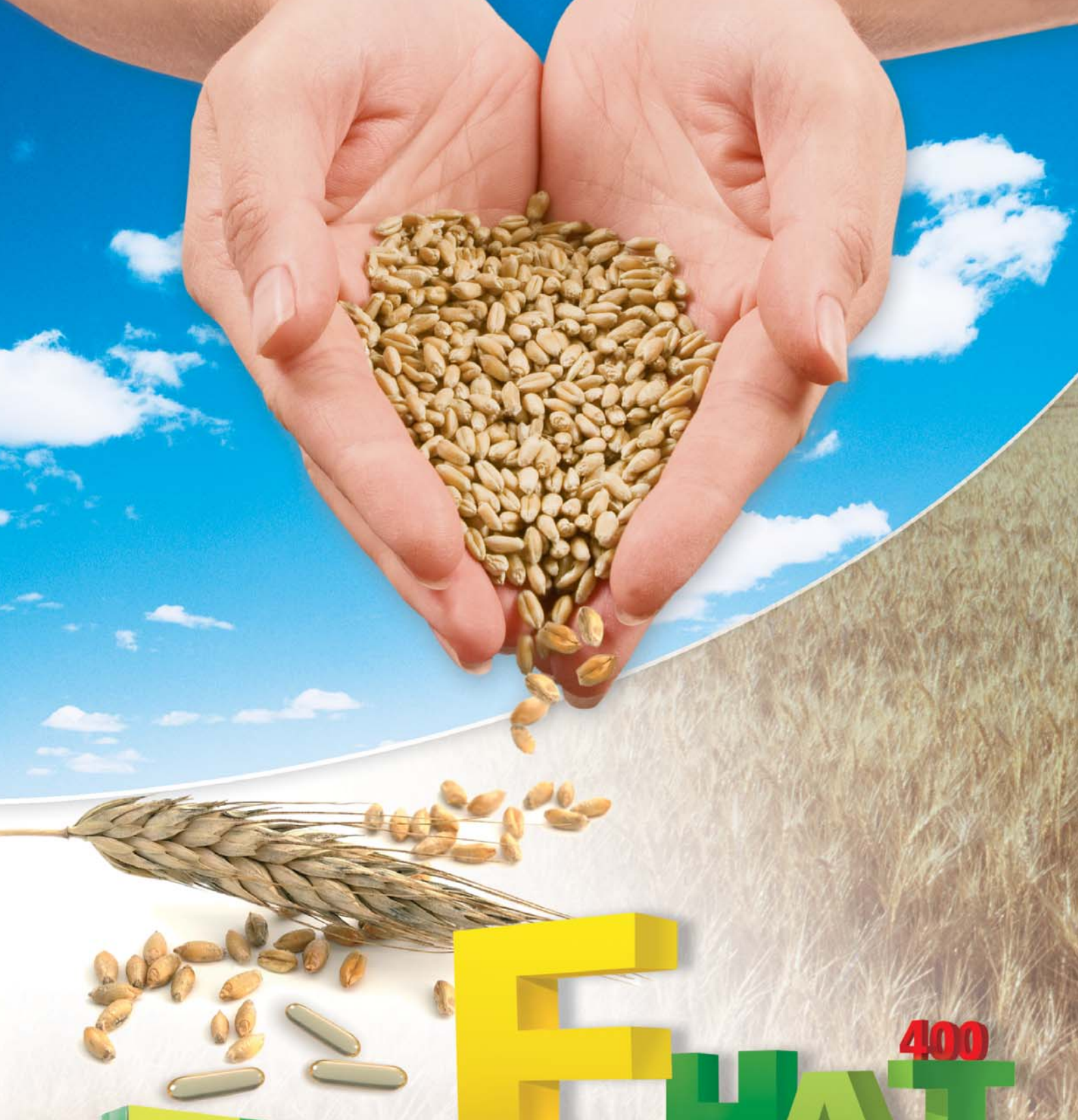
*I.I. Gorpynchenko, Yu.M. Gurzhenko*

48 men with fibroplastic induration of the penis with application of the medicine Enat 400 were surveyed and treated. Use of Enat 400 raises efficiency of therapy on 18–20%. The minimal effective duration of treatment is 2 months.

**Key words:** *fibroplastic induration of the penis, disease Peyronie, treatments, Enat 400.*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Пейрони. Induratio penis plastica // БМЭ. – Под ред. Б.В. Петровского. – 3-е изд. – Г., 1978. – Т. 9. – С. 226–227.
2. Peyronie Francois de la Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'ijaculation naturelle de la semanse// Mem. Acad. Chir. (Paris). – 1743. – V. 1. – P. 318.
3. Руководство по урологии: В 3-х т. / Под ред. Н.А. Лопаткина. – Г., 1998. – Т. 3. – С. 630–634.
4. Клінічна сексологія та андрологія / За ред. О.Ф. Возіанова, І.І. Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996. – 536 с.



# ЕНАТ<sup>400</sup>

**Природа дарит защиту**

- **Натуральный антиоксидант**
- **Эффективный мембранопротектор**
- **Надежное средство профилактики заболеваний**
- **Незаменимый компонент комплексного лечения**

