

Место препарата Цернилтон® в лечении хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (обзор опыта применения)

Л.Г. Спивак, Д.В. Платонова

Адрес для переписки: Леонид Григорьевич Спивак, leonid.spivak@gmail.com

Представлен краткий обзор клинических исследований применения препарата Цернилтон®. Экстракт пыльцы разнообразных растений может использоваться в качестве средства профилактики и терапии у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим неинфекционным простатитом.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический простатит, воспаление, экстракт пыльцы разнообразных растений, Цернилтон

Вопросы терапии хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ввиду широкой распространенности и значимости не теряют своей актуальности. По данным М.М. Collins и соавт., простатит является самым частым урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте (после ДГПЖ и рака простаты) – у мужчин старше 50 лет [1]. По данным различных авторов, хроническим простатитом страдают от 8 до 35% пациентов в возрасте от 20 до 40 лет [2]. ДГПЖ диагностируется преимущественно у мужчин более старшего возраста. Распространенность ДГПЖ варьирует от 11,3% в возрастной группе 40–49 лет до 81,4% в группе 80 лет [3]. Изменения в предстательной железе могут быть обусловлены нарушением гормонального равновесия между

андрогенами и эстрогенами. Однако нет четкого понимания того, какие клеточные и молекулярные процессы лежат в основе патогенеза ДГПЖ и приводят к возникновению клинических симптомов [4]. Ряд исследователей указывают на роль воспаления в увеличении простаты и развитии ДГПЖ [5]. В двух из наиболее крупных исследований по проблеме ДГПЖ (MTOPS и Reduce) была показана связь между воспалением простаты, выявленным при гистологическом исследовании, и увеличением простаты или усилением тяжести симптомов [6, 7]. Обнаруженная взаимосвязь воспалительного процесса в предстательной железе и развития ДГПЖ обуславливает актуальность поиска эффективных методов профилактики рецидивов хронического простатита [8]. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов

(European Association of Urology), к первой линии терапии хронического простатита относятся антибактериальные препараты [9]. Длительность антибиотикотерапии, как правило, составляет от четырех до шести недель [10]. С учетом рецидивирующего характера заболевания велика вероятность проведения повторного курса антимикробной терапии. Следовательно, повышается риск возникновения нежелательных явлений и развития антибиотикорезистентности [11]. Это заставляет искать альтернативные возможности лечения хронического простатита и ДГПЖ.

Фитотерапия, известная еще со времен Древнего Египта [12], утратила значение с появлением синтетических препаратов. Однако неудачи традиционной терапии привели к тому, что фитотерапия возвращает свои позиции в лечении некоторых заболеваний [13]. В настоящее время активно создаются и изучаются лекарственные препараты на основе природных соединений [14]. В состав фитопрепаратов входят различные биологические вещества, которые могут оказывать влияние на механизмы развития заболевания. Кроме того, фитотерапевтические препараты отличаются высоким профилем безопасности и низкой токсичностью [15]. Фитотерапия ДГПЖ/хронического простатита на протяжении мно-

гих лет пользуется популярностью в Европе и в последние годы находит применение и в Америке [2]. Так, в странах Центральной Европы растительные препараты являются одними из основных компонентов лечения при минимально выраженных симптомах нижних мочевых путей (СНМП) [16].

Препараты Цернилтон® и Цернилтон® форте содержат микробиологически ферментированный экстракт пыльцы разнообразных растений в виде гидрофильной (Graminex T60) и липофильной (Graminex GBX) фракций. Гидрофильная фракция ответственна за противовоспалительный и противоотечный эффект препарата Цернилтон®. Она подавляет циклооксигеназу и 5-липооксигеназу, под действием которых из арахидоновой кислоты образуются лейкотриены и простагландины – ключевые медиаторы воспалительной реакции. В исследовании *in vivo* показано ингибирование стромальной пролиферации в связи с усиленным апоптозом преимущественно из-за Graminex T60.

Липофильную фракцию Graminex GBX составляют фитостеролы [17–22]. Данные субстанции, по мнению S. Madersbacher, являются важнейшей составляющей фитотерапии [23]. Graminex GBX обеспечивает непосредственное спазмолитическое действие и блокаду альфа-1-адренорецепторов, а также блокаду 5-альфа-редуктазы – фермента, которому отводится ключевая роль в развитии ДГПЖ [17–22]. По результатам исследований *in vivo*, липофильная фракция защищает эпителиальные клетки в ацинусах предстательной железы [19]. Данные свойства препарата Цернилтон® обуславливают доказанное в ходе различных исследований воздействие на патогенетическую составляющую роста ДГПЖ и ликвидацию симптомов хронического простатита.

Впервые опыт применения препарата Цернилтон® для лечения хронического простатита и ДГПЖ был описан в 1962 г. [24]. С тех пор было проведено большое количество исследований эффективности препарата Цернилтон® при лечении ДГПЖ и хронического простатита.

Следует отметить Кокрановский отчет, представленный в рекомендациях Европейской ассоциации урологов по лечению СНМП/ДГПЖ, согласно которому применение препарата Цернилтон® как метод лечения имеет наивысший уровень доказательности [25].

T. Wilt в 2000 г. опубликовал систематический обзор плацебоконтролируемых и сравнительных исследований, в которых оценивалась эффективность и безопасность применения растительной субстанции пыльцы разнообразных растений у мужчин с ДГПЖ [26]. Всего были проанализированы результаты лечения 444 пациентов, длительность наблюдения составила от 12 до 24 недель. У пациентов, которые получали Цернилтон®, чаще, чем у пациентов в группе плацебо, отмечались улучшение субъективных ощущений (в 2,4 раза, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,21–4,75) и снижение частоты ночного мочеиспускания (в 2,05 раза, 95% ДИ 1,41–3,00). Кроме того, авторы подчеркнули отсутствие серьезных побочных эффектов на фоне приема препарата Цернилтон® [26, 27].

В 1988 г. в исследовании, проведенном H. Becker и соавт., приняли участие 96 пациентов с ДГПЖ, разделенных на две группы. Первая группа (n=48) принимала две таблетки препарата Цернилтон® три раза в день в течение трех месяцев, вторая – плацебо (n=48) в том же режиме. На фоне лечения снизилась частота дневного мочеиспускания (48,8% в группе лечения и 19,5% в группе плацебо) и эпизодов ночной поллакиирии (68,8 и 37,2% соответственно). Значительно уменьшилась выраженность ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря (37,1 против 7,7% больных в группе плацебо) [28].

В плацебоконтролируемом исследовании A.C. Buck и соавт. приняли участие 53 больных ДГПЖ, ожидавших оперативного лечения. В основной группе (n=28) пациенты принимали Цернилтон® по две таблетки два раза в день в течение шести месяцев, в контрольной (n=24) – плацебо по такой же схеме. Частота ночных мочеиспус-

В Кокрановском отчете, представленном в рекомендациях Европейской ассоциации урологов, указано, что применение препарата Цернилтон® как метод лечения СНМП/ДГПЖ имеет наивысший уровень доказательности

каний снизилась у 60% пациентов основной группы и у 30% – контрольной. 69% больных основной группы отметили уменьшение выраженности симптоматики, в то время как в группе плацебо – только 29%. По объективным данным обследования, в основной группе в большей степени, чем в группе сравнения, уменьшились объем остаточной мочи (-43,5 мл и 20 мл) и переднезадний размер простаты (-5,3 и -1,6 мм соответственно) [29]. Имеется ряд сравнительных исследований, в которых отмечались общее улучшение состояния пациентов, уменьшение симптомов заболевания, частоты ночных микций и уровня простатического специфического антигена на фоне применения препарата Цернилтон®.

M. Maekawa и соавт. провели сравнительное исследование эффективности препарата Цернилтон® и смеси аминокислот (глутамина, аланина и глицина). Исследование с участием 159 больных продолжалось три месяца. О субъективном улучшении состояния заявили 49,1% пациентов, получавших Цернилтон®, и 41,2% больных, принимавших смесь аминокислот. Кроме того, было отмечено уменьшение размеров предстательной железы при ультразвуковом исследовании, а также увеличение средней и максимальной скорости мочеиспускания при урофлоуметрии [30]. В сравнительном исследовании по изучению эффективности препарата Цернилтон® (n=20) и бета-ситостеролового экстракта (n=20) H. Brauer выявил значимое симптоматическое улучшение

урология

ние на фоне лечения препаратом Цернилтон®. У пациентов, принимавших Цернилтон®, было отмечено существенное уменьшение уровня простатического специфического антигена (на 2,5 нг/мл, $p < 0,01$). У больных, получавших бета-ситостероловый препарат, подобных изменений не наблюдалось [31].

S. Dutkiewicz провел сравнение эффективности препарата Цернилтон® и экстракта африканской сливы *Pygeum africanum* (Таденан). В исследовании приняли участие 89 мужчин с установленным диагнозом ДГПЖ. Динамика состояния пациентов отслеживалась по Международной шкале суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты (International Prostate Symptom Score – IPSS). Субъективные симптомы заболевания в большей степени уменьшились на фоне применения препарата Цернилтон® (78%). В группе сравнения этот показатель составил 55% [32].

Крупное клиническое рандомизированное исследование с параллельными группами провели N.C. Li и соавт. 906 мужчин с СНМП принимали альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и препарат Цернилтон®. Эффективность терапии оценивалась по следующим критериям: сумма баллов по шкале IPSS, показатели уродинамического исследования (урофлоуметрия), ультразвуковое исследование предстательной железы, в част-

ности объема транзиторной зоны и количества остаточной мочи. Все препараты улучшали как субъективные, так и объективные проявления СНМП. Однако прием альфа-1-адреноблокаторов и ингибиторов 5-альфа-редуктазы сопровождался побочными эффектами, которые зачастую ухудшают качество жизни пациентов и в дальнейшем могут привести к снижению комплаентности и прекращению терапии. В группе пациентов, принимавших препарат Цернилтон®, выраженных побочных эффектов зарегистрировано не было [33].

В исследовании J. Hayashi и соавт. 20 больных ДГПЖ получали препарат Цернилтон® в течение 13 недель. По окончании терапии 92% мужчин отметили уменьшение выраженности ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, 85% – снижение частоты ночного мочеиспускания, 56 и 53% пациентов – уменьшение напряжения при мочеиспускании и времени задержки перед микцией соответственно [34].

F.M. Wagenlehner и соавт. провели многоцентровое рандомизированное проспективное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование по применению препарата Цернилтон® у пациентов с хроническим простатитом. Пациенты основной группы получали препарат Цернилтон® по две таблетки три раза в день в течение 12 недель, контрольной – плацебо. Эффективность лечения оценивалась по Индексу шкалы симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин по версии Национального института здоровья США (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index – NIH-CPSI). По итогам исследования отмечено улучшение показателей в домене боли, качества жизни ($p = 0,0250$) и увеличение общей суммы баллов по NIH-CPSI ($p = 0,0126$) в основной группе по сравнению с группой плацебо. По окончании лечения в основной группе было отмечено улучшение по домену боли ($p = 0,0086$),

качества жизни ($p = 0,0250$), а также по общей сумме баллов по NIH-CPSI. Значимых побочных эффектов у пациентов обеих групп не выявлено [35].

В исследование препарата экстракта пыльцы разнотравных растений без группы сравнения, проведенное E. Rugendorff, были включены 90 мужчин с хроническим простатитом. У пациентов имелись сопутствующие заболевания (камни простаты, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры). Успех терапии в целом составил 57,7%. На фоне лечения 68, 70, 55 и 48% пациентов избавились от дискомфорта, боли, учащенного мочеиспускания в ночное и дневное время соответственно. Улучшение состояния пациентов получило объективное подтверждение. По данным урофлоуметрии, через три месяца от начала терапии максимальная объемная скорость мочеиспускания возросла с $15,9 \pm 5,2$ до $19,0 \pm 7,2$ мл/с и через шесть месяцев достигла $23,9 \pm 10,6$ мл/с ($p < 0,001$). У абсолютного большинства пациентов не было зафиксировано побочных эффектов [36].

Воткрытом исследовании A.C. Bick и соавт. изучали эффективность и безопасность лечения препаратом Цернилтон® 15 больных хроническим простатитом. Длительность терапии составляла от одного до 18 месяцев. Было сделано заключение об эффективности препарата Цернилтон®: состояние пациентов улучшилось в 86,7% случаев [37].

T. Suzuki и соавт. наблюдали 24 пациента на протяжении трех месяцев. Субъективное улучшение наблюдалось в 96% случаев, объективное – у 76%. По данным ультразвукового исследования, положительные структурные изменения предстательной железы по окончании терапии имели место у всех пациентов [38].

В российском сравнительном исследовании эффективности и безопасности разных доз препарата Цернилтон® было обследовано и пролечено 78 пациентов с установленным диагнозом «хронический неинфекционный простатит» [39]. Методом рандомизации

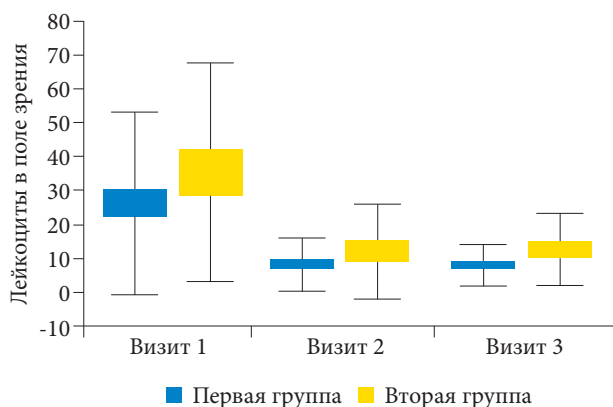


Рис. 1. Число лейкоцитов в секрете предстательной железы у пациентов первой и второй групп

пациенты были разделены на две группы: первая группа (n=55) получала экстракт пыльцы различных растений по две таблетки три раза в день, вторая группа (n=23) – по одной таблетке три раза в день в течение трех месяцев. Дизайн исследования предусматривал три визита: при включении в исследование, по завершении терапии и через три месяца после окончания лечения. Проводилась оценка субъективных (шкала NIH-CPSI, шкала частоты симптомов, линейная шкала, шкалы Sex-4, IPSS, качества жизни) и объективных (анализ секрета простаты, ультразвуковое исследование простаты, урофлоуметрия с определением количества остаточной мочи) показателей.

Анализ субъективных ощущений (шкала NIH-CPSI, линейная шкала выраженности симптомов, шкала частоты симптомов, шкала Sex-4, шкала качества жизни) показал улучшение состояния пациентов в обеих группах на третьем визите по сравнению с первым визитом.

Как в первой, так и во второй группе уменьшилось количество лейкоцитов в поле зрения в секрете предстательной железы

(71 и 65% соответственно, $p < 0,001$) (рис. 1 и 2). Максимальная скорость мочеиспускания на третьем визите в первой группе увеличилась на 3% ($p = 0,55$), во второй – на 1,5% ($p = 0,66$). Объем остаточной мочи уменьшился на 66% ($p = 1$) в первой группе и на 100% ($p = 1$) во второй группе.

Отмечен длительный эффект двойной дозы препарата Цернилтон®. Объем предстательной железы в первой группе стабильно уменьшался, статистически значимое различие по сравнению с первым визитом отмечалось и на втором, и на третьем визите. К третьему визиту объем предстательной железы в первой группе уменьшился на 9% ($p = 0,01$), во второй – на 0,5%. Таким образом, сравнительный анализ эффективности доз препарата Цернилтон® при лечении больных хроническим абактериальным простатитом выявил достоверные различия в пользу двойной дозы препарата по влиянию на число лейкоцитов в секрете предстательной железы и объем предстательной железы.

Исходя из положительного опыта проведенных исследований, можно сделать вывод о том, что препараты

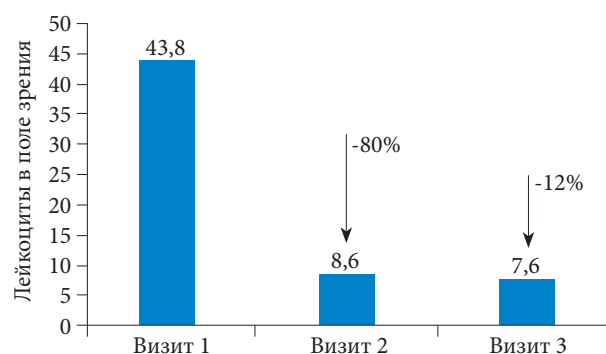


Рис. 2. Число лейкоцитов в секрете предстательной железы пациентов первой группы

Цернилтон® и Цернилтон® форте обладают как симптоматическими, так и патогенетическими свойствами в терапии хронического простатита и ДГПЖ. Ввиду возможного кумулятивного эффекта данных препаратов они могут быть рекомендованы пациентам в качестве профилактики возникновения рецидивов хронического простатита. Применение препаратов Цернилтон® по две таблетки три раза в день или Цернилтон® форте по одной капсуле три раза в день – подтвержденная и обоснованная схема лечения хронического простатита и ДГПЖ. ☺

Литература

- Collins M.M., Stafford R.S., O'Leary M.P., Barry M.J. How common is prostatitis? A national survey of physician visits // J. Urol. 1998. Vol. 159. № 4. P. 1224–1228.
- Локишин К.Л. Простатит // Интегративная урология. Руководство для врачей / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М.: Медфорум, 2014. С. 314–326.
- Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
- Lee K.L., Peehl D.M. Molecular and cellular pathogenesis of benign prostatic hyperplasia // J. Urol. 2004. Vol. 172. № 5. Pt. 1. P. 1784–1791.
- Robert G., Descazeaud A., Nicolaiew N. et al. Inflammation in benign prostatic hyperplasia: a 282 patients' immunohistochemical analysis // Prostate. 2009. Vol. 69. № 16. P. 1774–1780.
- Kaplan S.A., McConnell J.D., Roehrborn C.G. et al. Combination therapy with doxazosin and finasteride for benign prostatic hyperplasia in patients with lower urinary tract symptoms and a baseline total prostate volume of 25 ml or greater // J. Urol. 2006. Vol. 175. № 1. P. 217–220.
- Nickel J.C., Roehrborn C.G., O'Leary M.P. et al. The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract

symptoms: examination of baseline data from the REDUCE trial // Eur. Urol. 2008. Vol. 54. № 6. P. 1379–1384.

- Djavan B. The correlation between inflammation, BPH and prostate cancer // Eur. Urol. 2009. Vol. 8. № 13. P. 863–864.
- Grabe M., Bartoletti R., Bjerklund-Johansen T.E. et al. Guidelines on urological infections. EAU, 2015 // www.uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf.
- Sharp V.J., Takacs E.B., Powell C.R. Prostatitis: diagnosis and treatment // Am. Fam. Physician. 2010. Vol. 82. № 4. P. 397–406.
- Roehrborn C.G., Boyle P., Bergner D. et al. Serum prostate-specific antigen and prostate volume predict long-term changes in symptoms and flow rate: results of a four-year, randomized trial comparing finasteride versus placebo. PLESS Study Group // Urology. 1999. Vol. 54. № 4. P. 662–669.
- Ernst E. Harmless herbs? A review of the recent literature // Am. Med. J. 1998. Vol. 104. № 2. P. 170–178.
- Школьников М.Е. Препараты на основе экстрактов Serenoa repens в лечении больных с ДГПЖ: обзор литературы // Эффективная фармакотерапия. Урология. 2012. № 3. С. 14–17.
- Максимов В.А., Холдырева Л.А., Дударева А.А. и др. Применение растительных препаратов в лечении заболеваний мочеполовых органов у мужчин. Методические рекомендации № 31. М., 2010.

15. Kriger J.N. Classification, epidemiology and implications of chronic prostatitis in North America, Europe and Asia // *Minerva Urol. Nefrol.* 2004. Vol. 56. № 2. P. 99–107.
16. Buck A.C. Phytotherapy for the prostate // *Br. J. Urol.* 1996. Vol. 78. № 3. P. 325–336.
17. Ito R., Ishi M., Yamashita S. et al. Cernitin pollen extract (cernilton): antiprostatic, hypertrophic action of cernitin pollen extract // *Pharmacometrics.* 1986. Vol. 31. P. 2–14.
18. Hanamoto M., Liao M., Suzuki H. et al. Effect of Cernitin pollen-extract on the sex-hormone-induced nonbacterial prostatitis in rats // *Jpn. Pharmacol. Ther.* 1998. Vol. 11. P. 65.
19. Kamijo T., Sato S., Kitamura T. Effect of cernitin pollen-extract on experimental nonbacterial prostatitis in rats // *Prostate.* 2001. Vol. 49. № 2. P. 122–131.
20. MacDonald R., Ishani A., Rutks I., Wilt T.J. A systematic review of Cernilton for the treatment of benign prostatic hyperplasia // *BJU Int.* 2000. Vol. 85. № 7. P. 836–841.
21. Wagenlehner F.M., Schneider H., Ludwig M. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study // *Eur. Urol.* 2009. Vol. 56. № 3. P. 544–551.
22. Asakawa K., Nandachii N., Satoh S. et al. Effects of cernitin pollen-extract (Cernilton) on inflammatory cytokines in sex-hormone-induced nonbacterial prostatitis rats // *Hinyokika Kyo.* 2001. Vol. 47. № 7. P. 459–465.
23. Madersbacher S., Berger I., Ponholzer A., Marszalek M. Plant extracts: sense or nonsense? // *Curr. Opin. Urol.* 2008. Vol. 18. № 1. P. 16–20.
24. Leander G. Preliminary research on the therapeutic effect of Cernilton on chronic prostatovesiculitis // *Sven. Lakartidn.* 1962. Vol. 59. P. 3296–3304.
25. Oelke M., Bachmann A., Descaseaud A. et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction // *Eur. Urol.* 2013. Vol. 64. № 1. P. 118–140.
26. Wilt T., Mac Donald R., Ishani A. et al. Cernilton for benign prostatic hyperplasia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000. Vol. 2. ID CD001042.
27. Сивков А.В., Бедретдинова Д.А. Об эффективности и безопасности препарата Цернилтон при хроническом абактериальном простатите и ДГПЖ // *Экспериментальная и клиническая урология.* 2010. № 3. С. 47–52.
28. Becker H., Ebeling L. Conservative treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) with Cernilton. Results of a placebo-controlled double-blind study // *Urologe (B).* 1988. Vol. 28. P. 113–116.
29. Buck A.C., Cox R., Rees R.W. et al. Treatment of outflow tract obstruction due to benign prostatic hyperplasia with the pollen extract, cernilton. A double-blind, placebo-controlled study // *Br. J. Urol.* 1990. Vol. 66. № 4. P. 398–404.
30. Maekawa M., Kishimoto T., Yasumoto R. et al. Clinical evaluation of Cernilton on benign prostatic hypertrophy – a multiple center double-blind study with Paraprost // *Hinyokika Kyo.* 1990. Vol. 36. № 4. P. 495–516.
31. Brauer H. The treatment of benign prostatic hyperplasia with phytopharmacia: a comparative study of Cernilton and beta sitosterol // *Therapeiwoche.* 1986. Vol. 36. P. 1686–1696.
32. Dutkiewicz S. Usefulness of Cernilton in the treatment of benign prostatic hyperplasia // *Int. Urol. Nephrol.* 1996. Vol. 28. № 1. P. 49–53.
33. Li N.C., Wu S.L., Jin J. et al. Comparison of different drugs on the treatment of benign prostate hyperplasia // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2007. Vol. 45. № 14. P. 947–950.
34. Hayashi J., Mitsui H., Yamakawa G. et al. Clinical evaluation of Cernilton in benign prostatic hypertrophy // *Hinyokika Kyo.* 1986. Vol. 32. № 1. P. 135–141.
35. Wagenlehner F.M., Schneider H., Ludwig M. et al. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebocontrolled phase 3 study // *Eur. Urol.* 2009. Vol. 56. № 3. P. 544–551.
36. Rugendorff E.W., Weidner W., Ebeling L., Buck A.C. Results of treatment with pollen extract (Cernilton N) in chronic prostatitis and prostatodynia // *Br. J. Urol.* 1993. Vol. 71. № 4. P. 433–438.
37. Buck A.C., Rees R.W., Ebeling L. Treatment of chronic prostatitis and prostatodynia with pollen extract // *Br. J. Urol.* 1989. Vol. 64. № 5. P. 496–499.
38. Suzuki T., Kurokawa K., Mashimo T. et al. Clinical effect of Cernilton in chronic prostatitis // *Hinyokika Kyo.* 1992. Vol. 38. № 4. P. 489–494.
39. Аляев Ю.Г., Сивков А.В., Аполихин О.И. и др. Сравнительное клиническое рандомизированное исследование эффективности и безопасности Цернилтона® у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом // *Урология.* 2010. № 1. С. 29–34.

A Role of Cernilton® in Treating Chronic Prostatitis and Benign Prostatic Hyperplasia (a Review of Application Experience)

L.G. Spivak, D.V. Platonova

FSBEI HE 'I.M. Sechenov First Moscow State Medical University' of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Contact person: Leonid Grigoryevich Spivak, leonid.spivak@gmail.com

A brief review on clinical studies of using Cernilton® is presented. The extract of various plant species pollen may be used for prevention and therapy of patients with benign prostatic hyperplasia and chronic prostatitis.

Key words: *benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis, inflammation, various plant species pollen, Cernilton*



СЕКРЕТНЫЙ АГЕНТ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Цернилтон® и Цернилтон® форте обладают комплексным механизмом действия и оказывают эффекты:¹

- Уменьшение воспалительного процесса
- Избирательная блокада $\alpha 1$ -адренорецепторов
- Ингибирование 5 α -редуктазы

Могут использоваться при назначении стандартных² схем лечения острого, хронического простатита и ДГПЖ

Способствуют уменьшению частоты и степени выраженности рецидивов ХП³



Микробиологически ферментированный экстракт пыльцы разнообразных растений

Препятствуют прогрессированию и развитию осложнений ДГПЖ³



Наивысшая степень доказательности EAU Guidelines 2015⁴



Производство соответствует международным стандартам качества



1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Цернилтон® таблетки. Регистрационное удостоверение П № 014227/01 от 06.06.2008.

2. Использование $\alpha 1$ -адреноблокаторов, ингибиторов тестостерон-5-альфа редуктазы, противовоспалительных и других лек. препаратов прописанных в стандартах лечения МИН.ЗДРАВ РФ в лечении ХП и ДГПЖ.

3. Журнал «Урология», 2010, №1 «Сравнительное клиническое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом» О.И. Аполихин, Ю.Г. Аляев, А.В. Сивков, А.З. Винаров, В.Н. Ощепков, Н.Г. Кешишев, Д.А. Бедретдинова, Н.Д. Ахведиани.

4. Официальные рекомендации Европейской Ассоциации Урологов.



ООО Группа компаний «Граминекс – фарма»
Эксклюзивный представитель Graminex LLC (USA)
в России и странах СНГ

117292, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 16, корпус 2, офис 147
телефон: +7 (499) 124-02-21, факс: +7 (499) 124-11-80
www.cernilton.ru; e-mail: info@cernilton.ru