

Можливості комбінованої фітотерапії симптомів нижніх сечових шляхів та еректильної дисфункції у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та хронічний простатит

Нікітін О.Д., Оніс Р.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Хронічний простатит (ХП) – найбільш поширена хвороба передміхурової залози в осіб працездатного віку, що становить, за даними різних авторів, 40-75% усіх запальних захворювань сечових шляхів у чоловіків [5,6]. Часте необґрунтоване призначення антибіотиків призвело до поширення нечутливих до них госпітальних штамів мікроорганізмів. У значній кількості випадків інфекційний збудник взагалі неможливо визначити, тому зростає роль профілактики загострень, призначення в лікувальних схемах небактеріостатичних засобів [1,2].

Пацієнти з ХП скаржаться на наявність симптомів нижніх сечових шляхів переважно іритативного характеру – часте сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, виникнення неприємного відчуття над лоном, у паху, сечовому каналі. Розлади сечовипускання характерні для 52-88% хворих на ХП [4,7]. Вважають, що причинами дизурії при ХП є збільшення передміхурової залози, викликане набряком внаслідок венозного стазу, тиск збільшеної передміхурової залози на шийку сечового міхура, помірне стискання простатичної частини сечового каналу, вплив на α -1-адренорецептори передміхурової залози, а також нестабільність детрузора [9,11].

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) характерна для чоловіків похилого віку: за даними аутопсії, у віці 40 років 20% чоловіків мають гістологічні ознаки ДГПЗ, у 60 років – 50%, у 85 років – у середньому, 90% [14]. Причини захворювання на сьогоднішній день до кінця не з'ясовані. Вважається, що гіперплазія передміхурової залози є одним із проявів чоловічого клімаксу. До факторів ризику відносяться тільки вік і рівень андрогенів у крові. З віком в організмі чоловіка порушується фізіологічний баланс між андрогенами і естрогенами, що веде до порушення контролю за ростом і функцією клітин передміхурової залози. Не виявлено достовірного зв'язку між виникненням ДГПЗ і статевою активністю, сексуальною орієнтацією, палінням і вживанням алкоголю, перенесеними запальними захворюваннями статевих органів [3, 10, 12].

Успіхи у вивченні патогенезу гіперплазії передміхурової залози і досягнення фармакології привели до створення медикаментозних засобів для лікування цього захворювання, що мають патогенетичні механізми дії. Їх можна розділити на три групи:

- α -1-адреноблокатори (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин). Препарати цієї групи блокують α -1-адренорецептори гіперплазованої простати і в такий спосіб ліквідують динамічний компонент інфравезикальної обструкції.

Вплив на α -1-адренорецептори детрузора і його судин сприяє кровообігу стінки міхура, підвищує енергетичні запаси клітин і поліпшує скорочувальну здатність мускулатури сечового міхура.

- Інгібітори 5- α -редуктази (фінастерид, дутастерид). Ці лікарські засоби блокують 5- α -редуктазу клітин простати і переривають ланку метаболізму тестостерону – перетворення на дигідротестостерон. Саме цей механізм відповідальний за процеси клітинної проліферації.

- Препарати рослинного походження. Такі препарати мають складні патогенетичні механізми впливу при гіперплазії передміхурової залози. Основними з них є інгібування активності 5- α -редуктази, протинабрякова і протизапальна дія, блокування тканинних факторів росту [15,21].

На вибір препарату тієї чи іншої групи впливає цілий ряд факторів, а саме: характер клінічних проявів захворювання, об'єм гіперплазованої простати, виразність і особливості розладів сечовипускання і порушень функціонального стану сечового міхура. При виборі препарату повинні враховуватися його переносимість, можливість виникнення і характер побічних ефектів. Важливість обліку цих факторів обумовлена віком пацієнтів, наявністю інтеркурентної патології і необхідністю багаторічної терапії [13,22].

Оперативне втручання по праву вважається єдиним методом радикального лікування ДГПЗ. Однак головною перешкодою до повсюдного хірургічного лікування ДГПЗ є високий операційний ризик у хворих похилого та старечого віку, в осіб із супутніми захворюваннями (летальність до 1,5%), а також високий відсоток післяопераційних ускладнень, який, за зведеними даними, становить від 10 до 35%. Це, безумовно, позбавляє задоволеності і значно знижує якість життя хворих після операції.

Велика кількість літературних даних свідчить про ефективність консервативної терапії, здатність її не тільки полегшувати страждання хворих, але й у ряді випадків уникнути операції або створити кращі умови для хірургічного лікування. Безумовно, у зв'язку з різними варіантами клінічного перебігу захворювання, переважанням іритативних або обструктивних симптомів необхідно диференційовано підходити до питання лікування ДГПЗ, вибираючи монотерапію α -адреноблокаторами, інгібіторами 5- α -редуктази або комбіновану фітотерапію. Варто оцінювати ефект проведеного лікування за допомогою методів клінічної та апаратної уродинаміки. Можливості фармакологічної корекції акту сечовипускання досить великі. Пошук оптимальних комбінацій препаратів і технології застосування, безумовно, дасть свої результати [8]. На жаль, медикаментозна терапія не дає можливостівилікувати хворого від гіперплазії простати. Однак найчастіше ефективність лікарської терапії дозволяє настільки суттєво підвищити якість життя пацієнта, що він і не думає про операцію. Ефект, досягнутий при консервативній терапії, необхідно підтримувати повторними курсами медикаментозного лікування [8, 12].

Фітотерапія ДГПЗ набула значної популярності у світі, для лікування застосовуються фітопрепарати з плодів американської карликової пальми, кори сливи африканської, екстракту пилку рослин, екстракту квіток опунції,

екстракту коренів кропиви, олії насіння гарбуза. Також використовуються рецепти народної медицини: водний екстракт зі шкірки насіння каштана кінського, настій із трави зніту мілкоцвітного, ліщина звичайна (відвар листя, екстракт шкаралупи горіхів); цибуля ріпчаста (свіжі цибулини, настій цибулин), льнянка звичайна (настій трави), омела біла (настій листя і молодих пагонів), осика звичайна (відвар бруньок і настій кори, листя), спаржа лікарська (відвар кореневищ із корінням, настій трави і плодів), лопух великий (відвар коріння), мед, тощо [18,22].

Окремої уваги заслуговують рослинні екстракти, по яких накопичена суттєва науково-клінічна база. Розглянемо їх нижче.

Препарати на основі екстракту трави звіробою (*Hypericum perforatum* L.) широко застосовують багато років по всій Європі. Їх вважають препаратами першого ряду для лікування легких та середньо важких форм депресивних станів. Основні діючі речовини, виділені з екстракту звіробою – гіперіцин і гіперфорини – мають антидепресивну та анксіолітичну активність. Звіробій, маючи антидепресивні властивості, може поліпшувати еректильну функцію, якщо її порушення первинно пов'язане з психогенними факторами. Важливо, що поліпшення настрою та зменшення тривожності можуть підвищувати лібідо й поліпшувати сексуальну відповідь.

Препарати на основі екстракту коріння солодки (*Glycyrrhiza glabra* L.) мають відхаркувальну, обволікаючу і пом'якшувальну кашель дію, але також демонструють і сечогінну, і протизапальну, і спазмолітичну, і антигістамінну активність, регулюють водно-сольовий обмін в організмі. Вміст гліциризинової кислоти в корені солодки обумовлює й інші позитивні ефекти від його застосування, зокрема гепатопротекторну та антиоксидантну дію. Препарати з рослини сприяють усуненню запальних процесів, які є причинами руйнування клітин печінки. За рахунок антифіброгенної дії гліциризинової кислоти прийом коренів при захворюваннях печінки дозволяє захистити клітини органу від пошкоджень і переродження в фіброзну тканину.

Екстракт коренів ехінацеї (*Echinacea purpurea* L. Moench) – це екстракт представника роду багаторічних трав'янистих рослин родини айстрових, який багатий на фенольні сполуки (цикорієва, ферулова, кумарова, кафтарова, кавова, хлорогенова, неохлорогенова кислоти, цинарин, ехінакозид), вуглеводи (інулін, фруктани, арабінорамногалактани, гетероксилани) й алкіламіди. Ехінацея має імуностимулюючу, антиоксидантну, мембраностабілізуючу дію, сприяє загоєнню ран, опіків, виразок, застосовуються при інфекційних та вірусних захворюваннях. Препарати ехінацеї застосовують для підвищення фізичної та розумової працездатності, при стані психічної депресії.

Золотарник звичайний (*Solidago virgaurea*) володіє антибактеріальною та протизапальною активністю щодо уропатогенів. Активні речовини рослини – це органічні та фенолкарболові кислоти, сапоніни і флавоноїди, у тому числі рутин, кверцетин, кверцитрин, що визначають основний діапазон фармакологічних ефектів золотарника. Золотарник – традиційний засіб лікування інфекційно-запальної патології сечової системи. На сьогоднішній день вивчено антибактеріальний, спазмолітичний, десенсибілізуючий та сечогінний ефекти

рослини, опубліковано результати мультицентрових досліджень та оглядів його застосування.

Гарбуз (*Cucurbita cucurbita*) — рід одно- і багаторічних трав'янистих рослин родини гарбузових, його насіння містить білок (до 28%) і жирну олію (35–50%), до складу якої входять переважно гліцериди пальмітинової (13,5%), стеаринової (6,3–8,0%), олеїнової (25,0–29,0%) та лінолевої кислот (47,0–55,2%); стерини (кампестерин, стигмастерин, стигмастерол, кукурбітол), фосфатиди; вітаміни групи В, значна кількість γ -токоферолу (40–620 мг/100 г), α -, β - і δ -токоферолу у невисокій концентрації (3 мг/100 г), каротиноїди, серед яких 52,5% лютеїну і близько 10% β -каротину, решту становлять віолаксантин, лютеоксантин, ауроксантин епімер, лютеїн епоксид, флавоксантин, хризантемоксантин, α -, β -криптоксантин, α -каротин, цис-ізомер лютеїну), фітин, смоли (оксицеротинова кислота), порфірини (хлорофіл β і феофітин). Водорозчинна фракція (кукурбін) складається з амінокислот і низькомолекулярних пептидів. Містить також амінокислоти звичайні (гістидин, лізин, аргінін, тирозин, пролін, триптофан, аспарагінову і глутамінову кислоту) і специфічні (зокрема кукурбітин). Кукурбітин (3-аміно-3-карбоксипіролідин) вважають діючою речовиною насіння гарбузу; його вміст — 0,1–0,3% залежно від виду і сорту гарбузу. У насінні міститься також клітковина (15%), протеїни міозин і вітеллін, лігнани, аскорбінова і саліцилова кислоти, ефірна олія, макро- і мікроелементи (в першу чергу Zn, а також K, Ca, P, Mg, Fe, Cu, F). На думку дослідників, ця сукупність біологічно активних речовин в складі насіння гарбуза, може відповідати за такі фізіологічні ефекти, як: можливий позитивний вплив на сексуальну функцію, гальмування процесів гіперплазії простати, полегшення симптомів простатиту, поліпшення чоловічої репродуктивної спроможності [19,22].

Ненасичені жирні кислоти, які містяться у великій кількості в гарбузовому насінні, можуть позитивно впливати на ендотеліальну функцію судин. Це є одним із ключових факторів для нормальної ерекції, оскільки залежить від адекватного кровонаповнення кавернозних тіл статевого члена. Завдяки потенційному пригніченню 5- α -редуктази та зниженню надлишку тестостерону може покращуватись загальний гормональний баланс, що позитивно позначається на лібіді та статевій функції, особливо якщо вона була пов'язана з підвищеним рівнем дигідротестостерону [20,21].

У кількох дослідженнях із застосуванням екстракту насіння гарбуза у чоловіків із легкою або середньою формою доброякісної гіперплазії простати було виявлено, що регулярний прийом препарату з екстракту насіння гарбуза може зменшувати частоту сечовипускання, покращувати потік сечі та знижувати відчуття неповного випорожнення. Деякі дослідження порівнюють екстракт гарбуза із екстрактом плодів карликової пальми (*Saw Palmetto* або *Serenoa repens*). Хоча результати відрізняються залежно від дизайну дослідження, у багатьох із них зазначається подібний профіль покращення симптомів нижніх сечових шляхів. Також на моделі щурів із гіперплазією простати, індукованою тестостероном, показано, що екстракт насіння гарбуза може інгібувати збільшення простати та зменшувати запальні зміни в залозі. Існують свідчення,

що компоненти екстракту насіння гарбуза можуть допомагати полегшити симптоми, пов'язані з подразненням та обструкцією сечових шляхів у старшому віці, а також впливати на деяке поліпшення репродуктивної функції [23].

Накопичені наукові огляди про властивості описаних рослинних екстрактів стали основою для створення комплексного фітопрепарату «Омнімен» (розробник та виробник – «Омніфарма», Україна), до складу якого увійшли екстракт густий трави звіробою, екстракт густий трави золотарника канадського, екстракт густий коренів солодки, екстракт густий коренів ехінацеї пурпурової, екстракт густий насіння гарбуза [16,17].

Комбінація активних речовин таких екстрактів формує низку важливих ефектів:

- простатотропна дія за рахунок протизапального, анальгезуючого, бактеріостатичного ефекту,
- покращення мікроциркуляції в тканинах передміхурової залози,
- покращення показників еякуляту (зокрема рухливості сперматозоїдів) у разі патозооспермії та секрету передміхурової залози на ґрунті хронічного простатиту;
- нормалізація сечовипускання.

Метою власного відкритого дослідження була оцінка ефективності і переносимості препарату «Омнімен» пацієнтами з ДГПЗ та ХП.

Матеріали і методи дослідження.

Згідно з критеріями відбору, до дослідження включались пацієнти, які мали:

1. легкі і помірні симптоми ДГПЗ та ХП без ускладнень;
2. вік від 45 років і більше;
3. діагноз ДГПЗ із симптомами нижніх сечових шляхів та ХП з лейкоцитарною реакцією в секреті простати (більше 10 лейкоцитів в полі зору);
4. сумарний бал по шкалі IPSS > 13 і бал по оцінці якості життя понад 3;
5. максимальну об'ємну швидкість потоку сечі від 5 мл/с до 12 мл/с (об'єм спорожнювання > 150 мл);
6. об'єм залишкової сечі не більше 150 мл.

У дослідженні взяли участь 80 пацієнтів з ДГПЗ I-II стадії та ХП, які були поділені на основну групу (ОГ, 40 пацієнтів) та групу порівняння (ГП, 40 пацієнтів). Середній вік пацієнтів обох груп та тривалість захворювання практично не відрізнялися. Усі пацієнти отримували базову терапію хронічного простатиту та доброякісної гіперплазії простати (у залежності від діагнозу), що супроводжуються симптомами нижніх сечових шляхів (антибіотик групи фторхінолонів, $\alpha 1$ -адреноблокатор, ректальні свічки з вмістом біогенних пептидів, цинку, вітаміну Е, антиоксиданти, нестероїдні протизапальні засоби, масаж простати) тривалістю 28 днів. Основна група пацієнтів окрім базової

терапії отримувала досліджуваний препарат («Омнімен») протягом 60 днів, а група порівняння – комбінований фітопрепарат іншого складу. Повторне дослідження проводилось через 2 місяці від початку лікування.

Переносимість призначених препаратів оцінювалася на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта, та об'єктивних даних, отриманих у процесі лікування, при цьому оцінку проводили в балах:

1 бал – дуже добре (не відзначаються побічні ефекти);

2 бали – добре (спостерігаються незначні побічні ефекти, що не завдають серйозних проблем пацієнтові та не потребують відміни препарату);

3 бали – задовільно (відзначаються побічні ефекти, що впливають на стан пацієнта, але не потребують відміни препарату);

4 бали – незадовільно (має місце небажаний побічний ефект, що чинить значний негативний вплив на стан хворого та вимагає відміни препарату);

5 балів – вкрай незадовільно (зафіксований побічний ефект, що вимагає відміни препарату та надання невідкладної медичної допомоги).

Середній вік пацієнтів становив $55,2 \pm 6,5$ років. За віком усі пацієнти були розподілені на 4 групи, що наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з ДГПЗ та ХП за віком.

Вік пацієнтів, років	Кількість пацієнтів			
	абсолютна		%	
	Основна група (n=40)	Група порівняння (n=40)	Основна група (n=40)	Група порівняння (n=40)
45-49	3	2	7,14	5,88
50-60	18	15	44,64	38,23
60-70	16	19	41,07	47,05
70 і більше	3	4	7,14	8,82

Для оцінки ступеня тяжкості суб'єктивної симптоматики інфравезикальної обструкції у досліджуваних пацієнтів з ДГПЗ ми використовували міжнародний опитувальник IPSS з оцінкою якості життя (QOL).

У ході дослідження пацієнтам проводилося обстеження із застосуванням клінічних, лабораторних та інструментальних методів, зокрема:

- збір анамнезу, огляд, пальцеве ректальне дослідження простати;
- лабораторне дослідження крові та сечі, аналіз секрету простати;
- ультразвукове дослідження нирок, сечового міхура, простати з визначенням обсягу останньої та обсягу залишкової сечі;
- урофлоуметрія.

«Омнімен» призначався перорально по 1 чайній ложці (5 мл) 2 рази на день (вранці та ввечері) за 30 хвилин до або через 40 хвилин після їди протягом двох місяців.

Результати.

Через 2 місяці після лікування відзначалося покращення клінічного стану пацієнтів з урахуванням основних скарг (переривчастість та ослаблення струменя сечі, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, полакіурія, імперативні позиви), що знайшло відображення у зниженні кількості балів за шкалою IPSS з $24,5 \pm 1,0$ до $6,2 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), а також у достовірному зменшенні оцінки QOL.

У групі порівняння сума балів IPSS знизилася з $24,2 \pm 1,3$ до $20,9 \pm 1,2$, а QOL – з $4,5 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,1$, що стало статистично недостовірним (таб. 2, рис.1, 2).

Максимальна швидкість сечовипускання в основній групі достовірно збільшилася з $6,4 \pm 0,8$ до $18,3 \pm 1,2$ мл/с, а об'єм залишкової сечі зменшився з $65,0 \pm 9,1$ мл до $15,2 \pm 3,1$ мл, зміни цих показників в групі порівняння були статистично недостовірними (рис.3).

Як видно з таблиці 2 в обох групах хворих, спостерігалось статистично недостовірне зменшення об'єму передміхурової залози (рис.3).

Таб.2. Динаміка об'єктивних та суб'єктивних показників в процесі лікування ($M \pm m$).

Показники	Основна група (n=40)		Група порівняння (n=40)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Об'єм простати (мл)	$53,1 \pm 1,6$	$42,1 \pm 1,5$ $p > 0,05$	$49,3 \pm 1,4$	$48,7 \pm 1,5$ $p > 0,05$
Об'єм залишкової сечі (мл)	$65,0 \pm 9,1$	$15,2 \pm 3,1$ $p < 0,05$	$58,6 \pm 8,3$	$60,1 \pm 8,5$ $p > 0,05$
Максимальна швидкість сечовипускання (мл/с)	$6,4 \pm 0,8$	$18,3 \pm 1,2$ $p < 0,05$	$7,0 \pm 0,8$	$6,9 \pm 0,7$ $p > 0,05$
Кількість сечовипускань за ніч	$2,4 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,3$ $p > 0,05$	$2,5 \pm 0,6$	$2,6 \pm 0,5$ $p > 0,05$
IPSS	$24,5 \pm 1,0$	$6,2 \pm 0,8$ $p < 0,05$	$24,2 \pm 1,3$	$20,9 \pm 1,2$ $p > 0,05$
QOL	$4,3 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,05$ $p < 0,05$	$4,5 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,1$ $p > 0,05$

У більшості пацієнтів на початку дослідження відмічались симптоми почашення сечовипускання (нічна полакіурія – у $96 \pm 4\%$, денна полакіурія – у $72 \pm 9\%$), странгурія – у $88 \pm 7\%$, імперативні поклики – у $68 \pm 10\%$. По завершенню терапії покращання спостерігалось у $84 \pm 8\%$, середня частота нічних сечовипускань зменшилась з 3,6 до 1,9 ($p < 0,05$), середня частота денних

сечовипускань – з 6,2 до 4,8 ($p>0,05$), ступінь виразності странгурії та імперативних покликів зменшилась відповідно у $72 \pm 9\%$ і $84 \pm 8\%$ пацієнтів (рис.4).

Суттєві зміни після проведеного лікування зазнав показник об'єму залишкової сечі. Після прийому «Омнімен» тенденція до зменшення цього показника була більш вираженою.

В обох групах дизурична симптоматика внаслідок лікування зменшувалася дуже суттєво, проте в основній групі тенденція до зменшення розладів сечовипускання була більш вираженою.

Слід зазначити, що в процесі лікування у 85,7% ОГ спостерігалась нормалізація лейкоцитарної реакції секрету простати на відміну 55,9% хворих ГП, що свідчить про позитивний вплив прийому «Омнімен» на перебіг хронічного простатиту.

Для оцінки статевої функції використовували анкету Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ), яка складалася з 15 запитань [5]. Заповнена анкета давала можливість оцінити як еректильну функцію, так і лібідо, оргазм, почуття задоволення від статевих актів та загальну задоволеність.

Таблиця 3. Динаміка показників МІЕФ у пацієнтів ОГ та ГП до лікування і після його завершення.

Показник	Основна група (n=40)		Група порівняння (n=40)	
	до лікування	після лікування	первинне обстеження	заключне обстеження
Досягнення ерекції (МІЕФ 1)	1,7±0,3	3,2±0,2	1,6±0,2	1,8±0,3
		$p<0,05$		$p>0,05$
Ерекція при сексуальній стимуляції (МІЕФ 2)	1,9±0,2	3,2±0,2	2,1±0,3	2,9±0,1
		$p<0,05$		$p<0,05$
Достатність ерекції (МІЕФ 3)	1,8±0,3	3,0±0,3	1,8±0,2	2,8±0,2
		$p<0,05$		$p<0,05$
Збереження ерекції (МІЕФ 4)	2,0±0,3	3,6±0,3	2,1±0,3	3,2±0,2
		$p<0,05$		$p<0,05$
Ерекція до завершення статевих актів (МІЕФ 5)	1,4±0,3	2,7±0,1	1,3±0,1	1,5±0,2
		$p<0,05$		$p>0,05$
Кількість спроб здійснити статевий акт (МІЕФ 6)	2,0±0,2	2,9±0,3	2,2±0,3	2,8±0,2
		$p<0,05$		$p<0,05$
Задоволеність статевим актом (МІЕФ 7)	2,2±0,2	3,8±0,4	2,1±0,3	3,1±0,4
		$p<0,05$		$p<0,05$
Задоволення від статевих актів	1,9±0,2	2,8±0,3	1,7±0,2	2,9±0,2

акту (МІЕФ 8)		p<0,05		p<0,05
Частота еякуляцій (МІЕФ 9)	1,3±0,2	2,7±0,3	1,4±0,1	2,6±0,2
		p<0,05		p<0,05
Частота оргазмів (МІЕФ 10)	1,2±0,1	2,6±0,2	1,0±0,2	2,4±0,3
		p<0,05		p<0,05
Сексуальне бажання (частота) (МІЕФ 11)	1,9±0,3	2,0±0,4	1,7±0,2	1,4±0,1
		p>0,05		p>0,05
Сексуальне бажання (ступінь) (МІЕФ 12)	2,4±0,2	2,5±0,1	2,3±0,2	2,6±0,3
		p>0,05		p>0,05
Задоволеність сексуальним життям в цілому (МІЕФ 13)	1,6±0,3	3,1±0,3	1,4±0,1	2,3±0,2
		p<0,05		p<0,05
Задоволеність сексуальними стосунками з партнеркою (МІЕФ 14)	1,8±0,2	2,9±0,1	1,9±0,2	2,0±0,3
		p<0,05		p<0,05
Впевненість у досягненні та підтримці ерекції (МІЕФ 15)	1,4±0,1	2,6±0,2	1,3±0,1	1,2±0,3
		p<0,05		p>0,05
Інтегративні показники				
Еректильна функція	12,45±0,74	23,16±0,64	13,21±0,60	14,08±0,39
		p<0,05		p>0,05
Задоволеність статевим актом	6,76±0,34	12,44±0,21	6,32±0,31	9,06±0,29
		p<0,05		p<0,05
Оргазм	4,08±0,22	7,32±0,34	5,0±0,34	7,4±0,41
		p<0,05		p<0,05
Лібідо	3,32±0,15	6,14±0,22	4,01±0,21	5,84±0,18
		p<0,05		p<0,05
Загальна задоволеність	3,92±0,46	5,88±0,32	3,61±0,38	4,02±0,41
		p<0,05		p>0,05

Призначення препарату «Омнімен» призвело до достовірного зростання показників МІЕФ: досягнення ерекції – на 88,2%, ерекції до завершення статевого акту – на 92,8%, впевненості у досягненні та підтримці ерекції – на 85,7%, задоволеність сексуальним життям у цілому – на 93,75%, задоволеність сексуальними стосунками з партнеркою – на 61,1%.

Стосовно інтегративних показників МІЕФ: еректильна функція зросла на 86%, оргазм – на 79,4%, лібідо – на 84,9%, загальна задоволеність – на 50%, задоволеність статевим актом – на 84%.

Серед пацієнтів ГП не відзначено достовірної зміни для таких показників МІЕФ, як досягнення ерекції, ерекція до завершення статевого акту, сексуальне

бажання, впевненість у досягненні та підтримці ерекції, інтегративних показників еректильної функції та загальної задоволеності.

Результати оцінки ефективності лікування, заснованої на даних об'єктивного обстеження і суб'єктивних відчуттях пацієнтів, представлені в таб.4.

Таб.4. Оцінка ефективності проведеного лікування, що базується на даних об'єктивного обстеження і суб'єктивних відчуттях пацієнтів.

Оцінка ефективності лікування	Основна група (n=40)		Група порівняння (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Значне покращення	21	52,5	7	17,5
Покращення	16	40,0	13	32,5
Без змін	3	7,45	18	45,0
Незначне погіршення	0		2	5,0
Значне погіршення	0		0	

Слід зазначити, що в 7 пацієнтів (17,5%) з вихідним об'ємом простати до 80 мл і обсягом залишкової сечі до 150 мл у результаті лікування відбулося найбільше і вірогідне зниження обсягу залишкової сечі, в середньому, до 40 ± 6 мл ($p < 0,05$). Крім цього, мало місце зниження показника QOL на 9,13 % ($p > 0,05$), зменшення обсягу простати на 13,3 % ($p > 0,05$), збільшення максимальної і середньої швидкості сечовипускання (на 9,1 % і 14,6 % відповідно, $p > 0,05$).

Отримані дані свідчать про високу терапевтичну ефективність досліджуваного препарату («Омнімен»). Поліпшення того чи іншого ступеня вираженості відзначили 92,5% пацієнтів основної групи та 67,5% – групи порівняння.

При оцінці побічних ефектів виявилось, що більшість з них мали легкий ступінь тяжкості і зникали в процесі лікування без будь-якої корекції. В основній групі дослідження запаморочення відзначалося у 1 пацієнта (2,5%), стомлюваність – у 2 (5,0%), сонливість – у 2 (5,0%) та головний біль – у 1 пацієнта (2,5%). У групі порівняння ці симптоми виявлялися у такої кількості обстежених: запаморочення – у 2 (5,0%), головний біль – у 3 (7,5%), стомлюваність – у 3 (7,5%). Інших побічних ефектів у пацієнтів обох груп не відзначалося.

З точки зору переносимості призначених препаратів оцінку 1 бал (дуже добре) поставило 38 (95,0%) пацієнтів ОГ, в ГП – 35 (87,5%), 2 бали (добре) – 2

(5,0%) ОГ і 1 (2,5%) ГП, 3 бали (задовільно) – жодного пацієнта ОГ і 4 (10,0%) – ГП.

Таким чином, призначення препарату «Омнімен» забезпечує ефективне усунення симптомів нижніх сечових шляхів, обумовлених ДГПЗ, що підтверджується клінічним покращенням у 92,5% пацієнтів основної групи. При цьому препарат «Омнімен» продемонстрував мінімальний рівень побічних ефектів, що дозволяє застосовувати його тривалий час, типовий для лікування ДГПЗ.

Висновки.

В результаті лікування у 85,7% пацієнтів основної групи спостерігалась нормалізація лейкоцитарної реакції секрету простати у порівнянні з 55,9% пацієнтів групи порівняння. Відзначено статистично достовірну позитивну динаміку параметрів: об'єктивних – збільшення максимальної швидкості сечовипускання та зменшення об'єму залишкової сечі, суб'єктивних – зниження показників IPSS та QOL.

Призначення препарату «Омнімен» призвело до достовірного зростання показників МІЕФ: досягнення ерекції – на 88,2%, ерекції до завершення статевого акту – на 92,8%, впевненості у досягненні та підтримці ерекції – на 85,7%, задоволеність сексуальним життям у цілому – на 93,75%, задоволеність сексуальними стосунками з партнеркою – на 61,1%.

В результаті проведеного дослідження препарат «Омнімен» продемонстрував свою ефективність у лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію простати та хронічний простатит, що обумовлює доцільність його призначення для даної категорії пацієнтів.

Рисунок 1. Динаміка показників IPSS у пацієнтів основної групи в процесі лікування (в балах).

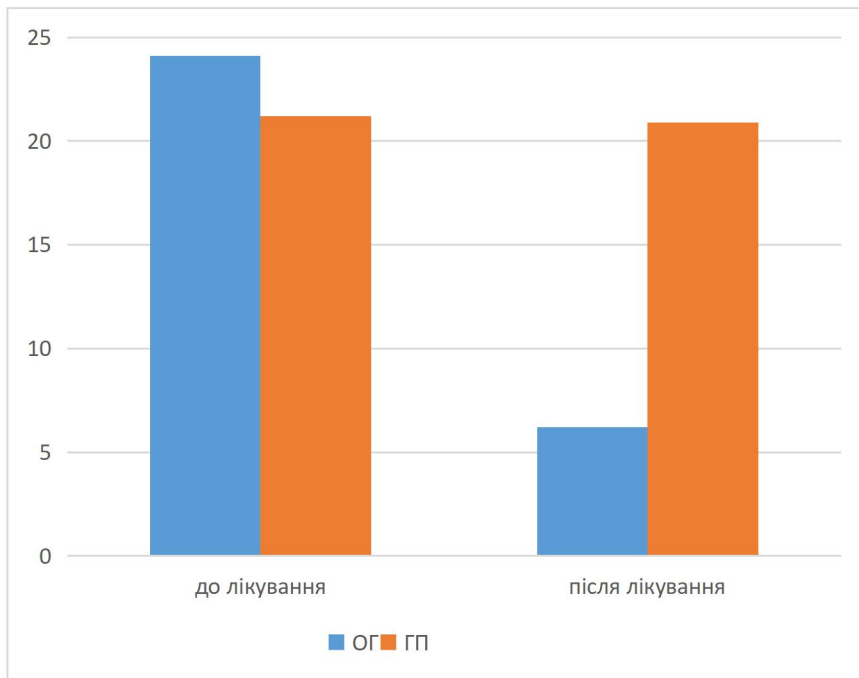


Рисунок 2. Динаміка показників QOL у пацієнтів контрольної групи в процесі лікування (в балах).

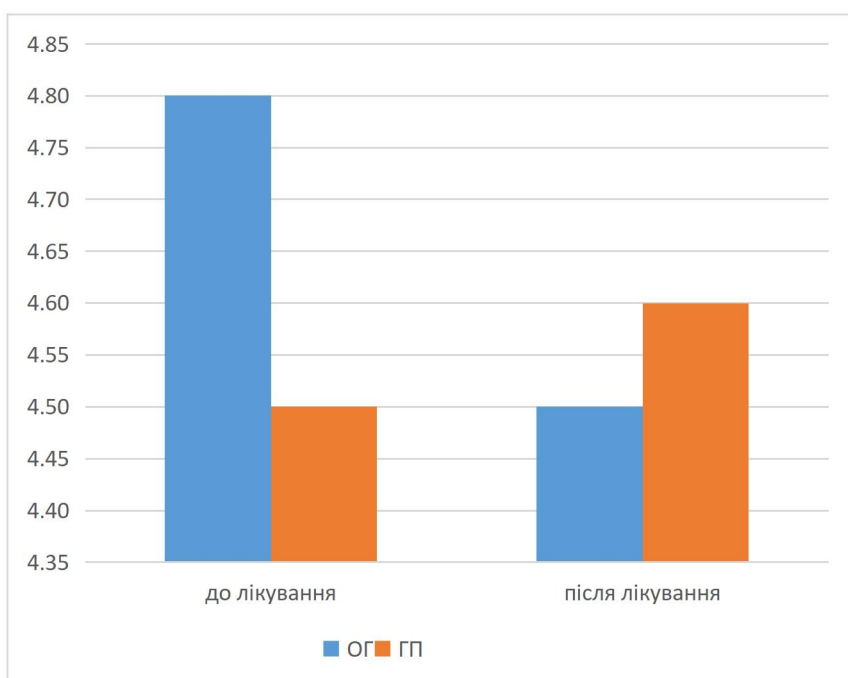


Рисунок 3.

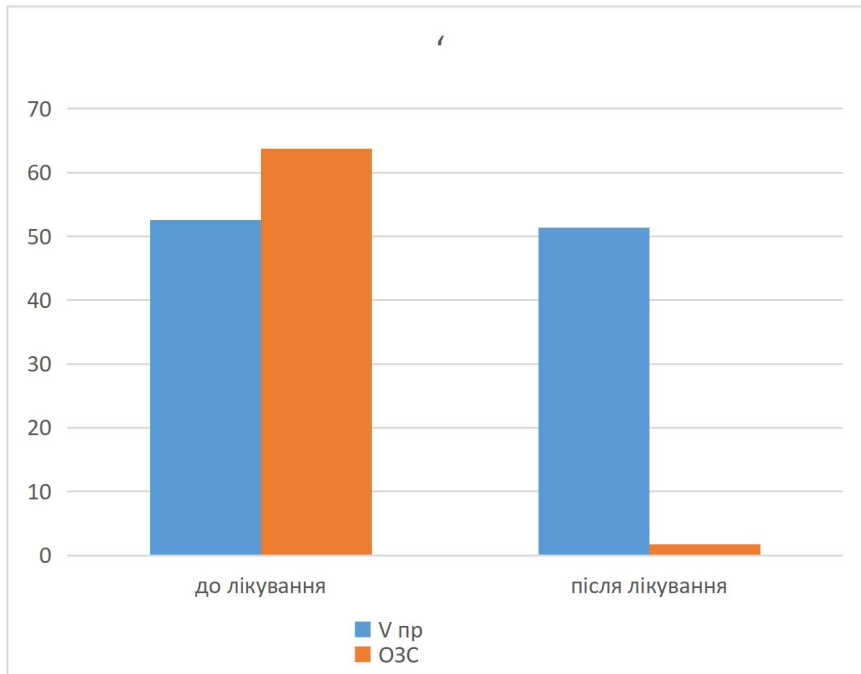
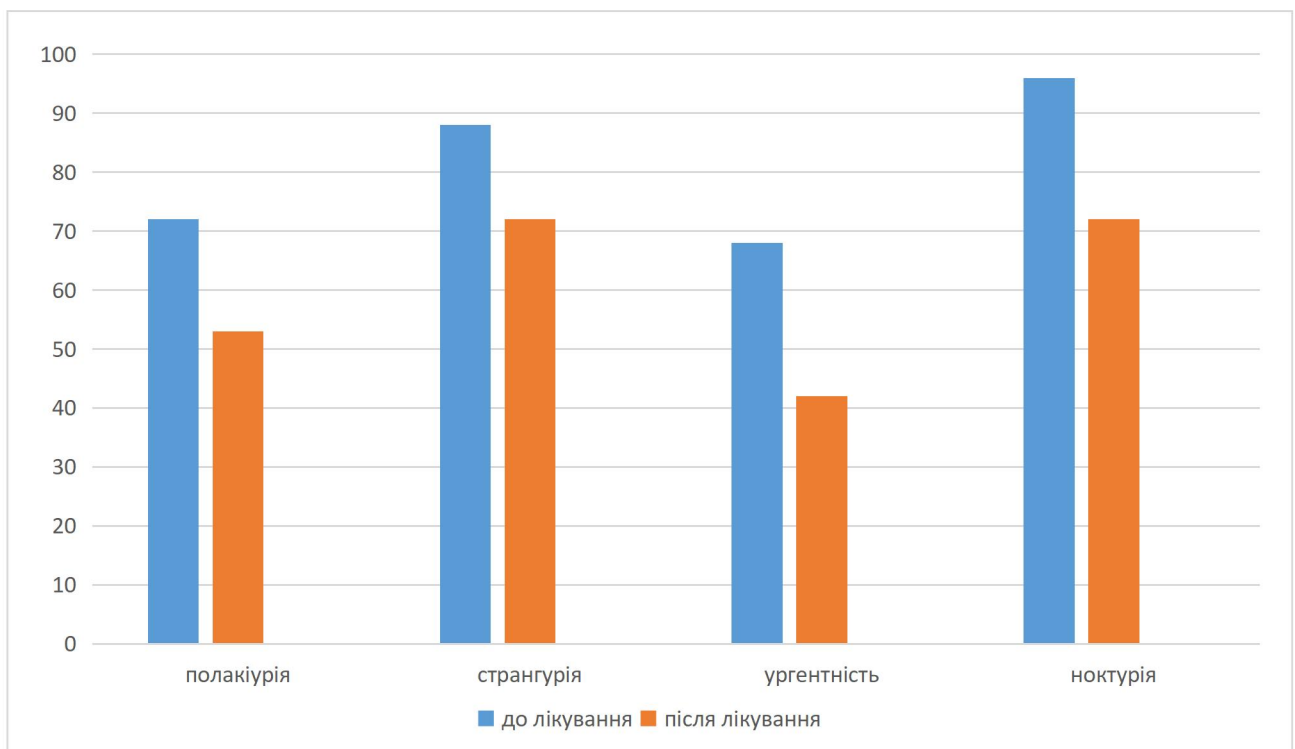


Рисунок 4. Динаміка показників дизурії у пацієнтів основної групи до і після лікування



Література:

1. Lam, J. C., Lang, R., & Stokes, W. (2023). How I manage bacterial prostatitis. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 29(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.05.035>
2. Su, Z. T., Zenilman, J. M., Sfanos, K. S., & Herati, A. S. (2020). Management of Chronic Bacterial Prostatitis. *Current urology reports*, 21(7), 29. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-00978-z>
3. Ervin Kocjancic, Eric Chung, Joaquin Alvarez Garzon, Bernard Haylen, Valerio Iacovelli, Jorge Jaunarena, Jennifer Locke, Alexandra Millman, Irmina Nahon, Samuel Ohlander, Ran Pang, Mauricio Plata, Omer Acar. International Continence Society (ICS) report on the terminology for sexual health in men with lower urinary tract (LUT) and pelvic floor (PF) dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2022 Vol 41 p140–165 DOI: 10.1002/nau.24846
4. Healy, R., Thorne, C., & Manjunath, A. (2023). Chronic prostatitis (chronic pelvic pain syndrome). *BMJ (Clinical research ed.)*, 383, e073908. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-073908>
5. Magistro, G., Wagenlehner, F. M. E., & Pilatz, A. (2023). Chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom [Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome]. *Urologie (Heidelberg, Germany)*, 62(6), 590–596. <https://doi.org/10.1007/s00120-023-02089-2>
6. Yebes, A., Toribio-Vazquez, C., Martinez-Perez, S., Quesada-Olarte, J. M., Rodriguez-Serrano, A., Álvarez-Maestro, M., & Martinez-Piñeiro, L. (2023). Prostatitis: A Review. *Current urology reports*, 24(5), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s11934-023-01150-z>
7. Cai, T., Alidjanov, J., Palagin, I., Medina-Polo, J., Nickel, J. C., & Wagenlehner, F. M. E. (2024). Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): look to the future. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 27(2), 239–241. <https://doi.org/10.1038/s41391-023-00645-7>
8. Chess-Williams, R., McDermott, C., Sellers, D. J., West, E. G., & Mills, K. A. (2021). Chronic psychological stress and lower urinary tract symptoms. *Lower urinary tract symptoms*, 13(4), 414–424. <https://doi.org/10.1111/luts.12395>
9. Yuan, P., Sun, T., Han, Z., Chen, Y., & Meng, Q. (2023). Uncovering the genetic links of diabetic erectile dysfunction and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Frontiers in physiology*, 14, 1096677. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1096677>

10. A. Salonia (Chair), L. Boeri, P. Capogrosso, G. Corona, M. Dinkelman-Smith, M. Falcone, M. Gül, A. Kadioğlu, J.I. Martinez-Salamanca, S. Minhas (Vice-chair), E.C. Serefoğlu, P. Verze Guidelines Associates: A. Cocci, C. Fuglesang Jensen, A. Kalkanli, L.A. Morgado, U. Milenkovic, G. Russo Guidelines Office: E.J. Smith EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health presented at the EAU Annual Congress, Madrid 2025. ISBN 978-94-92671-29-5.
11. Chung S. D., Keller J. J., Lin H. C. (2012). A case-control study on the association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and erectile dysfunction. *BJU Int.* 110 (5), 726–730. 10.1111/j.1464-410X.2011.10807.
12. Hiramatsu I., Tsujimura A., Soejima M., Yoshiyama A., Nagashima Y., Ishikawa K., et al. (2020). Tadalafil is sufficiently effective for severe chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in patients with benign prostatic hyperplasia. *Int. J. urology official J. Jpn. Urological Assoc.* 27 (1), 53–57. 10.1111/iju.14122.
13. Vickers, A. J., Tin, A. L., Singh, K., Dunn, R. L., & Mulhall, J. (2020). Updating the International Index of Erectile Function: Evaluation of a Large Clinical Data Set. *The journal of sexual medicine*, 17(1), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.020>.
14. Gong C, Zou S, Cui S. The Impact of Plasmakinetic Resection and Conventional Transurethral Resection of the Prostate on Clinical Symptoms and Quality of Life in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia: Retrospective Cohort Study. *Urol J.* 2025 Mar 2;22(2):106-113. doi: 10.22037/uj.v22i.8330.2.
15. European Association of Urology. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). Arnhem, The Netherlands: EAU Guidelines Office; 2024. p. 45-50.
16. Чорний І. В. Застосування фітопрепарату “Простанорм” у комплексній терапії хронічного простатиту. *Урологія*, 2008, (3), 72–76.
17. Dyadyura, S. E., & Kudriavtsev, A. A. Evaluation of therapeutic efficacy of herbal medication “Prostanorm” in patients with chronic prostatitis. *Urology*, 2012, (3), 17–20.
18. Pagano E, Laudato M, Griffo M, Capasso R. Phytotherapy of benign prostatic hyperplasia. A minireview. *Phytother Res.* 2014 Jul;28(7):949-55.
19. Nemr E, El Helou E, Mjaess G, Semaan A, Chebel JA. (2020) Prospective Multicenter Open-Label One-Arm Trial Investigating a Pumpkin Seed, Isoflavonoids, and Cranberry Mix in Lower Urinary Tract Symptoms/Benign Prostatic Hyperplasia: A Pilot Study. *Adv Urol.* Jan 13;2020:6325490.
20. Leibbrand M, Siefer S, Schön C, Perrinjaquet-Moccetti T, Kompek A, Csernich A, Bucar F, Kreuter MH. (2019) Effects of an Oil-Free Hydroethanolic Pumpkin Seed Extract on Symptom Frequency and Severity in Men with Benign Prostatic Hyperplasia: A Pilot Study in Humans. *J Med Food.* Jun;22(6):551-559.
21. Reiter, E., et al. (2020). Phytotherapeutic agents in the treatment of lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *World Journal of Men's Health*, 38(2), 204–217.

22. Vahlensieck, W., & Gschwend, J. E. (2018). Plant extracts in BPH therapy. *Urologe*, 57(2), 134–141.
23. Damiano R., Cai T., Fornara P. et al. (2016) The role of Cucurbita pepo in the management of patients affected by lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: A narrative review/ *Arch Ital Urol Androl* Jul 4;88(2):136-143.