

Дослідження ефективності сучасної фітотерапії хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та хронічний простатит

О. Д. Нікітін, Я. М. Клименко, В. С. Грицай, П. О. Самчук, О. Ю. Красюк
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: аналіз ефективності і переносимості дієтичної добавки, до складу якої входять: Со Пальметто (*Serenoa repens*), насіння гарбуза (*Cucurbita moschata*), бульба африканська (*Hypoxis hemerocallidea*), корінь кропиви дводомної (*Urtica dioica*), кора африканської сливи (*Prunus africana*), екстракт пилку жита (*Secale cereale*), при лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) та хронічний простатит (ХП) протягом 6 міс.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 60 чоловіків, яких було розподілено на дві групи: основна група (ОГ) – 28 хворих, які отримували досліджувану дієтичну добавку протягом 6 міс, і група порівняння (ГП) – 32 пацієнта, які застосовували інший комбінований фітопрепарат для лікування ДГПЗ та ХП. Пацієнти ОГ і ГП були подібні за віком, тривалістю захворювання, швидкістю сечовипускання.

Пацієнти обох груп проходили обстеження із застосуванням клінічних, лабораторних та інструментальних методів до початку лікування і після його завершення через 6 міс.

Результати. Головним результатом проведеного дослідження можна вважати, що застосування дієтичної добавки на основі Со Пальметто (*Serenoa repens*), насіння гарбуза (*Cucurbita moschata*), бульби африканської (*Hypoxis hemerocallidea*), кореня кропиви дводомної (*Urtica dioica*), кори африканської сливи (*Prunus africana*), екстракту пилку жита (*Secale cereale*) дає чудовий довготривалий ефект у 96,4% хворих на ХП та ДГПЗ.

У результаті проведеного дослідження протягом 6 міс дієтична добавка продемонструвала свою ефективність у лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП як за суб'єктивними (IPSS та QOL, більове відчуття), так і за об'єктивними показниками. Під час терапії у пацієнтів вірогідно зменшився об'єм залишкової сечі та збільшилась максимальна швидкість сечовипускання.

Висновки. Дієтична добавка, до складу якої входять Со Пальметто (*Serenoa repens*), насіння гарбуза (*Cucurbita moschata*), бульба африканська (*Hypoxis hemerocallidea*), корінь кропиви дводомної (*Urtica dioica*), кора африканської сливи (*Prunus africana*), екстракт пилку жита (*Secale cereale*), добре переноситься хворими, справляє високу терапевтичну ефективність, не дає побічних ефектів, не порушує статеву функцію хворих на ДГПЗ та ХП, що дозволяє призначати цей препарат на тривалий термін.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний простатит, симптоми нижніх сечових шляхів, фітотерапія.

The study of the effectiveness of modern phytotherapy for patients with benign prostatic hyperplasia and chronic prostatitis

O. D. Nikitin, Ya. M. Klymenko, V. S. Hritsai, P. O. Samchuk, O. Yu. Krasniuk

The objective: to analyze the effectiveness and tolerability of a dietary supplement, which includes: Saw Palmetto (*Serenoa repens*), pumpkin seeds (*Cucurbita moschata*), African tuber (*Hypoxis hemerocallidea*), stinging nettle root (*Urtica dioica*), African plum bark (*Prunus africana*), rye pollen extract (*Secale cereale*), in the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) and chronic prostatitis (CP) for 6 months.

Materials and methods. 60 men were examined, they were divided into two groups: the main group (MG) – 28 patients who received the dietary supplement for 6 months, and the comparison group (CG) – 32 patients who used another combined herbal preparation for the treatment of BPH and CP. MG and CG patients were similar in terms of age, disease duration, and urination rate.

Patients of both groups were examined using clinical, laboratory and instrumental methods before the start of treatment and after its completion in 6 months.

Results. The main result of the research can be considered that the use of a dietary supplement based on Saw Palmetto (*Serenoa repens*), pumpkin seeds (*Cucurbita moschata*), African tuber (*Hypoxis hemerocallidea*), stinging nettle root (*Urtica dioica*), African plum bark (*Prunus africana*), extract of rye pollen (*Secale cereale*) gives an excellent long-term effect in 96.4% of patients with CP and BPH.

As a result of the study, this dietary supplement demonstrated its effectiveness in the treatment of patients with BPH and CP for both subjective (IPSS and QOL, pain sensation) and objective indicators over a period of 6 months. During therapy the volume of residual urine in patients probably decreased and the maximum urinary flow rate increased.

Conclusions. Dietary supplement, which includes Saw Palmetto (*Serenoa repens*), pumpkin seeds (*Cucurbita moschata*), African tuber (*Hypoxis hemerocallidea*), nettle root (*Urtica dioica*), African plum bark (*Prunus africana*), rye pollen extract (*Secale cereale*), is well tolerated by patients, has high therapeutic efficiency, does not cause side effects, does not disturb the sexual function of patients with BPH and CP, which allows to prescribe it for a long time.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis, lower urinary tract symptoms, phytotherapy.

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є одним з найбільш розповсюджених захворювань у чоловіків похилого віку, поширеність і частота якого прогресивно зростають. За даними аутопсії, гістологічні ознаки ДГПЗ діагностують у 20% чоловіків віком 40 років, у 50% чоловіків віком 60 років, у 90% чоловіків віком 85 років.

Причини захворювання на сьогодні до кінця не з'ясовані. Вважається, що гіперплазія передміхурової залози (ПЗ) є одним із проявів чоловічого клімаксу. До факторів ризику належать тільки вік і рівень андрогенів у крові. З віком в організмі чоловіка порушується фізіологічний баланс між андрогенами й естрогенами, що призводить до порушення контролю за ростом і функцією клітин передміхурової залози (ПЗ). Не виявлено достовірного зв'язку між виникненням ДГПЗ і статеву активністю, сексуальною орієнтацією, курінням і вживанням алкоголю, перенесеними запальними і венеричними захворюваннями статевих органів.

Хронічний простатит (ХП) – найбільш поширена хвороба ПЗ в осіб працездатного віку, на яку страждають 30–45% чоловіків, серед них 40–70% осіб репродуктивного віку. Часте необгрунтоване призначення антибіотиків призвело до поширення нечутливих до них госпітальних штабів мікроорганізмів. Нерідко інфекційний збудник взагалі неможливо визначити, тому зростає роль профілактики загострень, призначення в лікувальних схемах засобів небактеріостатичних засобів.

Хворі на ХП скаржаться на наявність симптомів нижніх сечових шляхів переважно іритативного характеру, а саме: часте сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, виникнення болю над лоном, у паху, сечівнику. Розлади сечовипускання характерні для більшості хворих на ХП.

Вважають, що причинами дизурії при ХП є збільшення ПЗ, спричинене набряком внаслідок венозного стазу, тиск збільшеної ПЗ на шийку сечового міхура, помірне стискання простатичної частини сечівника, вплив на $\alpha 1$ -адренорецептори ПЗ, а також нестабільність детрузора.

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

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

- Альфа 1-адреноблокатори (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин). Препарати цієї групи блокують $\alpha 1$ -адренорецептори гіперплазованої ПЗ і в такий спосіб ліквідують динамічний компонент інфравезикальної обструкції. Вплив на $\alpha 1$ -адренорецептори детрузора і його судин нормалізує кровообіг у стінці сечового 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 ПЗ і переривають ланку метаболізму тестостерону – перетворення на дигідротестостерон. Саме цей механізм відповідальний за процеси власне клітинної проліферації.
- Препарати рослинного походження, які мають складні патогенетичні механізми впливу при ПЗ. Основними з них є інгібування активності 5- α -редуктази, протинабрякова і протизапальна дія, блокування тканинних факторів росту.

На вибір препарату тієї чи іншої групи впливає ціла низка факторів, а саме: характер клінічних проявів захворювання, об'єм гіперплазованої ПЗ, особливості розладів сечовипускання і порушені функціонального стану сечового міхура. При виборі препарату слід враховувати його переносимість, можливість виникнення і характер побічних ефектів. Важливість обліку цих факторів обумовлена віком пацієнтів, наявністю супутньої патології і необхідністю багаторічної терапії.

Значна кількість літературних даних свідчить про ефективність медикаментозної терапії, здатність її не тільки полегшувати страждання хворих, але й у деяких випадках 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. Слід оцінювати ефект проведеного лікування за допомогою методів клінічної та апаратної уродинаміки. Можливості фармакологічної корекції акту сечовипускання досить великі. Пошук оптимальних комбінованих препаратів і технологій застосування, безумовно, дасть свої результати.

На жаль, медикаментозна терапія не дає можливості вилікувати пацієнта від ПЗ. Однак найчастіше ефективність лікарської терапії дозволяє суттєво підвищити якість життя пацієнта.

Фітотерапія ДГПЗ набула значної популярності у світі. Для лікування застосовують екстракти плодів американської карликової пальми, кори сливи африканської, екстракту пилку рослин, екстракту квіток опунції (рослина із родини кактусових), екстракту коренів кропиви, олії насіння гарбуза. Також використовують 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.

Препарати рослинного походження мають широку популярність у багатьох країнах світу, насамперед завдяки мінімальній вираженості побічних реакцій. Однак до кінця їх місце в медикаментозній терапії хворих на ПЗ не визначено. Відповідно до Рекомендацій Об'єднаного комітету ВООЗ із ПЗ необхідні подальші дослідження препаратів рослинного походження, що дозволять вивчити патогенетичний механізм дії,

вірогідно оцінити ефективність і визначити їх місце серед численних медикаментозних засобів.

Компанія Біхелс створила унікальну дієтичну добавку Вогер, до складу якої входять всі компоненти, перелічені в розділі «Фітотерапія» Рекомендацій з лікування ДГПЗ Європейської асоціації урологів 2019 року.

Одна капсула Вогер містить:

- екстракт плодів Со Пальметто (*Serenoa repens*) – 160 мг,
- екстракт насіння гарбуза (*Cucurbita moschata*) – 60 мг,
- екстракт бульби африканської (*Huroxis hemerocallidea*) – 50 мг,
- екстракт кореня кропиви дводомної (*Urtica dioica*) – 50 мг,
- екстракт кори африканської сливи (*Prunus africana*) – 40 мг,
- екстракт пилку жита (*Secale cereale*) – 25 мг.

Функціональні властивості дієтичної добавки Вогер обумовлені фізіологічною активністю біологічно активних речовин, що входять до її складу: жирних кислот (лауринова, міристинова, олеїнова, пальмітинова, стеаринова, лінолева) і фітостеролів (β -ситостерол, кампестерол, стигмастерол), курбітину та жирної олії, цинку, гіпоксозиду, аглікону та рооперолу, вітамінів (К, С, В2, В3, каротиноїдів), хлорофілу, дубильних речовин, органічних кислот, флавоноїдів, макро- і мікроелементів (Si, Fe, Ca, Cu, K, Mn, B, Ti, Ni), пентациклічних тритерпенів, п-докозанолу і тетракозанолу.

Біологічно активні речовини, що входять до складу дієтичної добавки Вогер, мають протизапальні, антиандроенні та антиестрогенні властивості. Вони здатні зменшувати рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони. Найважливішими складовими фітотерапії є фітостероли, β -ситостерол, жирні кислоти та лектини. Ці речовини пригнічують ароматазу, ліпооксигеназу та фактор росту, що стимулюють проліферацію клітин ПЗ, зокрема пригнічують α -адренорецептори, 5- α -редуктазу, мускаринові холінерецептори, рецептори дигідропіридину або ванілоїдні рецептори та нейтралізують вільні радикали.

Біологічно активні речовини, що входять до складу дієтичної добавки Вогер, зменшують патологічні процеси в ПЗ, які супроводжуються частими позивами до сечовипускання, особливо вночі, слабким або переривчастим сечовипусканням, відчуттям неповного випорожнення сечового міхура, дискомфортом, зокрема під час сечовипускання, дискомфортними відчуттями внизу живота або в ділянці промежини, порушенням статевої функції.

Екстракт плодів Со Пальметто (*Serenoa repens*) містить жирні кислоти (лауринова, міристинова, олеїнова, пальмітинова, стеаринова, лінолева) і фітостероли (β -ситостерол, кампестерол, стигмастерол).

Со Пальметто покращує показники сечових симптомів, симптоми та показники потоку сечі. Сприяє блокуванню 5- α -редуктази та пригніченню зв'язування дегідротестостерону з рецепторами ПЗ. Антипроліферативний ефект обумовлений пригніченням активності ферментів 5- α -редуктази та ароматази.

Екстракт Со Пальметто – лідер серед рослинних засобів, що пригнічують розвиток набряку, запалення у ПЗ, зменшують розміри ПЗ. Численні клінічні дослідження екстракту Со Пальметто в Німеччині, Англії, США та інших країнах продемонстрували його високу ефектив-

ність при ХП. Відсутність побічних дій дозволяє застосовувати екстракт Со Пальметто протягом тривалого часу, не побоюючись шкідливих для організму наслідків. Крім того, екстракт Со Пальметто сприяє впливає на стан шкіри та волосся, блокуючи 5- α -редуктазу 2-го типу, що є ключовою ланкою в розвитку андроенної алопеції (випадіння волосся) і вугрової висипки.

Екстракт плодів Со Пальметто сприяє зменшенню розміру ПЗ та поліпшенню симптоматики, зупинці перетворення тестостерону в дигідротестостерон, тобто усуває провідну причину розвитку ДГПЗ.

Екстракт насіння гарбуза (*Cucurbita pepo*) містить аміносполуку кукурбітин та жирні олії, які мають протизапальні, відновлювальні, антиоксидантні, імуномодуючі, регенеративні та антипаразитарні властивості.

Вживання продуктів гарбуза супроводжується зменшенням об'єму ПЗ шляхом протизапального та антиандроенного ефектів, зниженням активності детрузора, поліпшенням показників міжнародної шкали симптомів передміхурової залози (IPSS), параметрів урофлоуметрії та якості життя (QoL).

Насіння гарбуза також є потужним джерелом цинку, який відіграє важливу роль у функціонуванні сечостатевої системи у чоловіків, сприяє підсиленню статевої функції та нормалізації функціонального стану ПЗ при простатиті та аденомі.

Екстракт бульби африканської (*Huroxis hemerocallidea*) сприяє підсиленню дії Со Пальметто. Кореневище рослини бульби африканської (*Huroxis hemerocallidea*) відоме своїм традиційним використанням при лікуванні ДГПЗ та інших захворювань сечостатевої системи, зокрема при інфекціях сечового міхура.

Екстракт, отриманий з бульби африканської, має основну біоактивну сполуку гіпоксозид, аглікон та рооперол та дає найбільш вагомі докази ефективності та безпеки у нормалізації функціонального стану при ДГПЗ.

Екстракт кореня кропиви дводомної (*Urtica dioica*) містить комплекс біологічно активних сполук, серед яких вітаміни (К, С, В2, В3, каротиноїди), хлорофіл, дубильні речовини, органічні кислоти, флавоноїди, макро- та мікроелементи (Si, Fe, Ca, Cu, K, Mn, B, Ti, Ni).

Він сприяє підвищенню рівня гемоглобіну, зниженню рівня глюкози у крові, нормалізації ліпідного обміну та підвищенню загального тону організму. Екстракт кореня кропиви дводомної сприяє зменшенню набряку і перешкоджає процесу збільшення ПЗ.

Екстракт кори африканської сливи (*Prunus africana*) містить низку біологічно активних речовин (фітостероли, пентациклічні тритерпени, п-докозанол та тетракозанол), які мають протизапальні та протинабрякові властивості, пригнічує продукцію простагландину та знижує рівень пролактину у ПЗ.

Пилок жита (*Secale cereale*) має низку ефектів, включаючи розслаблення уретри та сечового міхура, розслаблення гладких м'язів через антагонізм α -адренергічних рецепторів. До додаткових механізмів належить індукція апоптозу в клітинах епітелію ПЗ та гальмування біосинтезу простагландинів та лейкотрієнів.

Шляхом протизапального ефекту пилок жита сприяє зменшенню об'єму ПЗ, покращуючи такі симптоми, як ноктурія та полакіурія.

Отже, на українському ринку з'явився сучасний потужний фітокомплекс вітчизняного виробництва.

Мета дослідження: оцінювання ефективності і переносимості фітокомплексу Вогер при лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП протягом 6 міс.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 60 чоловіків, яких було розподілено на дві групи. До основної групи (ОГ) увійшли 28 хворих, які отримували фітокомплекс Вогер перорально по 1 капсулі двічі на день протягом 6 міс. До групи порівняння (ГП) включено 32 пацієнта, яким було призначено інший комбінований фітопрепарат для лікування ДГПЗ та ХП.

Пацієнти обох груп були ідентичні за основними параметрами (вік, тривалість захворювання, швидкість сечовипускання). Обстеження пацієнтів проводили до початку лікування і після його завершення в ОГ, тобто через 6 міс.

Для оцінювання ступеня тяжкості суб'єктивної симптоматики інфравезикальної обструкції у досліджуваних хворих на ДГП застосовували міжнародний опитувальник симптомів при захворюваннях ПЗ (IPSS) з оцінкою якості життя (QOL).

Критерії включення у дослідження:

- легкі і помірні симптоми ДГПЗ та ХП без ускладнень;
- вік ≥ 45 років;
- сумарний бал за IPSS > 13 та QOL > 3 бала;
- максимальна об'ємна швидкість потоку сечі від 6 до 14 мл/с (об'єм спорожнювання > 150 мл);
- об'єм залишкової сечі (ОЗС) не більше 150 мл.

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

- збір анамнезу, огляд, пальцеве ректальне дослідження ПЗ;
- лабораторне дослідження крові та сечі, аналіз секрету ПЗ, бакпосів секрету ПЗ;
- ультразвукове дослідження нирок, сечового міхура, ПЗ з визначенням її об'єму та ОЗС;
- урофлоуметрія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Динаміка клінічної симптоматики досліджуваних хворих наведена у табл. 1.

Аналіз даних свідчить, що у хворих до лікування серед симптомів переважали біль у промежині та попереково-крижовій ділянці, загальна слабкість, дизуричні явища та погіршення настрою (див. табл. 1). Слід підкреслити, що погіршення настрою зазначали більшість хворих ОГ та ГП (85,7% та 78,1% відповідно). Біль в яечках та надлобковій ділянці, а також роздратованість достовірно рідше спостерігалися у пацієнтів ГП. Проте астеничний синдром, який загалом характеризує вегетативний та психоемоційний стан, був наявний в обох групах.

Після проведеного лікування у більшості хворих ОГ було усунуто больовий синдром. Біль у промежині залишався у 9 (32,1%) хворих проти 21 (75,0%) до лікування, у попереково-крижовій ділянці – у 6 (21,4%) проти 19 (67,9%), у пахвинній ділянці – у 7 (25,0%) проти 12 (42,9%) ($p < 0,05$). Біль з локалізацією в яечках та надлобковій області зменшився, проте статистично незначуще. Що стосується решти скарг, за винятком порушення статевої функції вони залишились у достовірно меншій кількості пацієнтів. Отже, відзначається суттєва позитивна динаміка. Якщо порівняти отримані дані стосовно клінічної симптоматики, то стає очевидною перевага лікування в ОГ.

Отже, динаміка суб'єктивних ознак знаходить своє підтвердження в результатах об'єктивного обстеження.

Щодо пальцевого дослідження ПЗ, то у вірогідної більшості пацієнтів зник больовий синдром, зменшились її розміри, асиметрія та пастозність (табл. 2). Частота таких ознак, як наявність зон ущільнення, атонія, згладженість міждольової борозни також після лікування зменшились, проте не у достовірній кількості хворих. Величина коефіцієнту ефективності певною мірою відображає характер змін та зазначає відсоток пацієнтів з позитивною динамікою внаслідок проведених заходів.

До лікування результати ультразвукового обстеження пацієнтів за всіма параметрами вірогідно не відрізнялись (табл. 3). Тоді як після лікування у хворих

Таблиця 1

Динаміка клінічної симптоматики хворих на хронічний простатит до і після лікування

Клінічні симптоми	Частота до лікування ОГ, n=28		Частота після лікування ОГ, n=28		Частота до лікування ГП, n=32		Частота після лікування ГП, n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Ниючий біль у промежині	21	75,0	9	32,1	28	87,5	20	71,4
Біль у попереково-крижовій ділянці	19	67,9	6	21,4	23	71,8	6	18,7
Біль в яечках	4	14,3	1	3,6	7	21,9	5	15,6
Біль у пахвинній ділянці	12	42,9	7	25,0	17	53,1	5	15,6
Біль у надлобковій ділянці	6	21,4	3	10,7	15	46,9	5	15,6
Дизуричні явища	23	82,1	7	25,0	24	75,0	5	15,6
Астеничний синдром	7	25,0	2	7,1	8	25,0	4	12,5
Загальна слабкість	20	71,04	8	28,6	23	71,9	7	21,9
Погіршення настрою	24	85,7	14	50,0	25	78,1	9	28,1
Роздратованість	11	39,3	6	21,4	19	59,4	7	21,9
Еректильна дисфункція	7	25,0	4	14,3	10	31,3	4	12,5

Таблиця 2

Результати пальцевого дослідження передміхурової залози хворих на хронічний простатит до і після лікування

Показник	До лікування ОГ, n=28		Після лікування ОГ, n=28		До лікування ГП, n=32		Після лікування ГП, n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Болючість	23	82,1	7	25,0	28	87,5	7	21,8
Збільшення	17	60,7	6	21,4	24	75,0	6	18,8
Асиметрія	19	67,9	12	42,9	19	59,4	9	28,1
Пастозність	9	32,1	4	14,3	12	37,5	4	12,5
Зони розм'якшення	8	28,5	3	10,7	10	31,3	4	12,5
Зони ущільнення	11	30,8	6	21,4	14	43,8	6	18,8
Атонія	6	21,4	3	10,7	8	25,6	3	9,4
Згладженість міждольової борозни	5	17,9	2	7,1	9	28,1	4	12,5

Таблиця 3

Результати ультразвукового обстеження передміхурової залози у хворих обох груп до і після лікування

Показник	До лікування ОГ, n=28		Після лікування ОГ, n=28		До лікування ГП, n=32		Після лікування ГП, n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Збільшення передміхурової залози	21	65,6	8	25,0	16	57,1	8	28,6
Асиметрія часточок	16	50,0	5	15,6	9	32,1	3	10,7
Неоднорідність структури	24	75,0	13	40,6	19	67,9	12	42,9
Залишкова сеча в сечовому міхурі	3	9,4	2	6,3	7	25,0	3	10,7

ОГ на відміну від ГП відзначалась вірогідна позитивна динаміка всіх величин досліджуваних показників.

Через 6 міс після лікування в ОГ зафіксовано значне 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 $24,1 \pm 1,1$ до $5,7 \pm 0,7$ ($p < 0,05$), а також у достовірному зменшенні коефіцієнта QOL. У ГП сума балів IPSS знизилася з $21,2 \pm 1,3$ до $18,7 \pm 0,8$, а QOL – з $4,5 \pm 0,8$ до $4,0 \pm 1,3$, що стало статистично недостовірним (табл. 4).

Максимальна швидкість сечовипускання у пацієнтів ОГ достовірно збільшилася з $6,2 \pm 0,9$ до $18,1 \pm 1,3$ мл/с, зміни цього показника у ГП були ста-

тистично невірогідні: з $7,0 \pm 1,8$ до $11,0 \pm 2,3$ ($p > 0,05$). У більшості пацієнтів на початку дослідження відзначались симптоми почастення сечовипускання (нічна полакіурія – у 96%, денна полакіурія – у 72%), странгурія – у 88%, імперативне сечовипускання – у 68%. По завершенню терапії покращення спостерігалось у 84% пацієнтів, середня частота нічних сечовипускань зменшилась з 3,6 до 1,9 ($p < 0,05$), середня частота денних сечовипускань – з 6,2 до 4,8 ($p > 0,05$).

Результати оцінювання ефективності лікування, заснованої на суб'єктивних відчуттях пацієнтів, наведені у табл. 5. Про значне покращення повідомили 20 (71,4%) і 13 (40,6%) пацієнтів ОГ і ГП відповідно, про покращення – 6 (21,4%) і 11 (34,4%) хворих ОГ і ГП відповідно, не відзначили будь-яких змін 2 (7,14%)

Таблиця 4

Динаміка об'єктивних і суб'єктивних показників у процесі лікування (M±m)

Показник	ОГ, n=28		ГП, n=32	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Об'єм передміхурової залози, мл	$52,6 \pm 1,7$	$51,2 \pm 2,0$ $p > 0,05$	$49,3 \pm 1,4$	$48,3 \pm 2,1$ $p > 0,05$
Об'єм залишкової сечі, мл	$63,8 \pm 9,4$	$37,7 \pm 5,9$ $p < 0,05$	$58,6 \pm 8,3$	$54,1 \pm 5,9$ $p > 0,05$
Максимальна швидкість сечовипускання, мл/с	$6,2 \pm 0,9$	$18,1 \pm 1,3$ $p < 0,05$	$7,0 \pm 1,8$	$11,0 \pm 2,3$ $p > 0,05$
Кількість сечовипускань за ніч	$2,3 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,3$ $p > 0,05$	$2,5 \pm 0,6$	$2,7 \pm 0,9$ $p > 0,05$
IPSS	$24,1 \pm 1,1$	$5,7 \pm 0,7$ $p < 0,05$	$21,2 \pm 1,3$	$18,7 \pm 0,8$ $p > 0,05$
QOL	$4,7 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,5$ $p < 0,05$	$4,5 \pm 0,8$	$4,0 \pm 1,3$ $p > 0,05$

Таблиця 5

Оцінка ефективності проведеного лікування, що базується на суб'єктивних відчуттях пацієнтів

Показник	ОГ, n=28		ГП, n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Значне покращення	20	71,4	13	40,6
Покращення	6	21,4	11	34,4
Без змін	2	7,14	7	21,9
Незначне погіршення	0	0	1	3,1
Значне погіршення	0	0	0	0

і 7 (21,9%) пацієнтів ОГ і ГП відповідно. Про незначне погіршення розповів 1 (3,1%) хворий ГП.

Слід зазначити, що у 7 пацієнтів з об'ємом ПЗ до 80 мл і ОЗС до 100 мл у результаті лікування відбулося найбільше і вірогідне зниження ОЗС до 20 мл. Водночас зафіксовано зниження показника QOL, зменшення об'єму ПЗ на 13,3% ($p>0,05$), збільшення максимальної і середньої швидкості сечовипускання (на 9,1% і 14,6% відповідно).

Отримані дані свідчать про високу терапевтичну ефективність досліджуваної дієтичної добавки. Поліпшення того чи іншого ступеня вираженості відзначили 96,4% хворих ОГ та 59,4% пацієнтів ГП.

Під час оцінювання побічних ефектів виявилось, що більшість із них мали легкий ступінь тяжкості і зникали в процесі лікування без будь-якої корекції. При засто-

суванні дієтичної добавки Вогер запаморочення зафіксовано у 2 (6,25%) хворих, стомлюваність – у 3 (9,37%), головний біль – в 1 (3,1%), сонливість – у 2 (6,25%) пацієнтів. У пацієнтів ГП запаморочення виявлено у 3 (10,7%), стомлюваність – в 1 (3,57%), головний біль – у 3 (10,7%). Інших побічних ефектів у пацієнтів обох груп не відзначалося. Зі слів хворих, статева функція під час дослідження істотно не змінилася.

Отже, Вогер забезпечує ефективне усунення симптомів нижніх сечових шляхів, що підтверджується клінічним покращенням у 96,4% хворих ОГ. Відзначено статистично достовірну позитивну динаміку параметрів: об'єктивного – збільшення максимальної швидкості сечовипускання та зменшення ОЗС, суб'єктивних – зменшення болювого відчуття, зниження показників IPSS та QOL. Комплекс має мінімальний рівень побічних ефектів, що дозволяє застосовувати його тривалий час.

ВИСНОВКИ

Головним результатом проведеного дослідження можна вважати те, що вживання дієтичної добавки Вогер дає ефект у 96,4% пацієнтів з ХП та ДГПЗ.

У результаті проведеного дослідження протягом 6 міс Вогер продемонстрував свою ефективність у лікуванні хворих на ДГПЗ та ХП як за суб'єктивними (IPSS та QOL, болюве відчуття), так і за об'єктивними показниками, вірогідно зменшуючи ОЗС та збільшуючи максимальну швидкість сечовипускання.

Вогер добре переноситься хворими на ДГПЗ та ХП, що дозволяє призначати його на тривалий термін.

Відомості про авторів

Нікітін Олег Дмитрович – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра урології, національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (067) 209-42-22. *E-mail: o.nikitin@i.ua*
ORCID: 0000-0002-6563-7008

Клименко Ярослав Миколайович – доцент, кафедра урології, національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (066) 713-69-99. *E-mail: yaroslavklymenko@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-7719-5067

Грицай Віктор Сергійович – доцент, кафедра урології, національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (063) 817-52-55. *E-mail: viktor.grytsai@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3501-6136

Самчук Павло Олександрович – асистент, кафедра урології, національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (097) 951-86-75. *E-mail: doctorspa@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-6164-8634

Красюк Олексій Юрійович – студент, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ; тел.: (063) 754-52-24. *E-mail: krasjuk778@gmail.com*
ORCID: 0009-0004-3737-2796

Information about the authors

Nikitin Oleg D. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (067) 209-42-22. *E-mail: o.nikitin@i.ua*
ORCID: 0000-0002-6563-7008

Klymenko Yaroslav M. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (066) 713-69-99. *E-mail: yaroslavklymenko@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-7719-5067

Hritsai Viktor S. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (063) 817-52-55. *E-mail: viktor.grytsai@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3501-6136

Samchuk Pavlo O. – MD, Assistant of Professor, Department of Urology, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (097) 951-86-75. *E-mail: doctorspa@ukr.net*
ORCID: 0000-0001-6164-8634

Krasiuk Olexsii Yu. – Student, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (063) 754-52-24. *E-mail: krasjuk778@gmail.com*
ORCID: 0009-0004-3737-2796

Стаття надійшла до редакції 15.05.2023. – Дата першого рішення 22.05.2023. – Стаття подана до друку 22.06.2023