

Эффективность фитотерапии при хроническом простатите

В.В. Спиридоненко, И.М. Налетова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Проведен сравнительный анализ влияния на симптомы нижних мочевых путей и сексуальный статус у лиц с обострением хронического простатита (сезонным) терапии с использованием препарата Гентос Форте (n=47), масла семян тыквы (n=12) или отсутствия лечения вообще (n=9). Обследование проводили через 30 и 75 дней и оно заключалось в проведении ТРУЗИ, ректальном осмотре, цитологии секрета предстательной железы (ПЖ) и в анкетировании по шкалам IPSS, QoL, IEF, SDI. На протяжении 1 мес отмечался эффект в I группе пациентов, который к окончанию терапии приобрел достоверный характер, в отличие от эффектов у лиц II группы, где отмечалась низкая эффективность терапии маслом тыквы. Результаты тестов IPSS и QoL свидетельствовали о большей эффективности препарата Гентос Форте в сравнении с маслом из семян тыквы и соотносились с улучшением состояния, оцененного по шкалам сексуального статуса (IEF, SDI). Рекомендуемые сроки лечения должны быть не менее 2,5–3 мес, а развитие побочных эффектов при этом практически отсутствует.

Ключевые слова: хронический простатит, фитотерапия, Гентос Форте, симптомы нижних мочевых путей.

Традиционно во всем мире фитопрепараты являются средствами терапии как хронического простатита (ХП), так и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), и используются не одну сотню лет.

Диагностика и терапия ХП не являются проблемными, однако высокая эффективность лечения наблюдается не всегда. Согласно статистике в мировом сообществе отмечается возрастание показателей уровня заболеваемости по данной нозологии в когорте мужчин старше 30 лет, с большой долей влияния социального фактора (условия быта, сексуальная жизнь и т.д.) [2]. Традиционно выделяют ряд способствующих факторов, которые условно разделены на эндогенные и экзогенные. К последним относят менее значимые:

- а) социальные (низкий уровень жизни, медицинской помощи);
- б) эпидемиологические (природно-климатические условия);
- в) психологические (хронические стрессы);
- г) фактор питания (высокое содержание в пище фитоэстрогенов, солей тяжелых металлов, снижение уровней цинка, полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), высокая калорийность пищи на фоне гиподинамии);
- д) вредные привычки (курение, алкоголь, наркотическая зависимость).

К эндогенным факторам риска развития ХП относят анатомические условия (локальные аномалии), индивидуальный генетический фон, особенности гормонального гомеостаза мужчины, сексуальные нарушения, так же как и микроскопическое выявление начальных признаков гиперплазии в предстательной железе у молодых лиц, которое явно указывает на определенный, генетически детерминированный фон. Демографический прогноз Комитета

экспертов ООН о резком старении человеческой популяции «выливается» в актуальную социальную проблему реабилитации данного контингента населения.

Таким образом, актуальность ХП заключается в большой социальной значимости клинических проявлений – расстройстве акта мочеиспускания и сексуальных нарушениях, с определенной социальной зависимостью от этого больного и его близких. Первостепенная важность интерпретации субъективных проявлений ХП и собственного восприятия состояния формирует главный ориентир при ХП – «качество жизни пациента». Поиск клинически эффективных средств дал возможность врачу-практику проводить активную фитотерапию ХП длительными курсами с минимальным риском.

Комбинированные фитопрепараты, состоящие из комплекса растительных экстрактов и минералов, широко применяют в классической медицине при повседневной терапии хронического простатита. Фитокомплекс Гентос Форте представляет собой качественный продукт, способный эффективно влиять на воспалительный и гиперпластический компонент патологии ПЖ.

Фармакологические свойства

Пальма карликовая (*Serenoa repens*) – растение семейства пальмовых. В состав плодов входят: свободные жирные кислоты, в том числе ненасыщенные (олеиновая), и их этиловые эфиры, стеролы, включая β-ситостерол, и их гликозиды. Плоды пальмы карликовой содержат вещества, блокирующие основные механизмы развития аденомы ПЖ путем подавления активности ферментов, участвующих в активации тестостерона, а также оказывают противовоспалительное и противоотечное действие.

Крапива жгучая, двудомная (*Urtica dioica*) – растение семейства крапивовых. В листьях содержатся дубильные и белковые вещества, муравьиная, кофейная, кремниевая, кумаровая, феруловая органические кислоты, гликозид уртицин, хлорофилл (2-5%), витамин К (42-45 мкг/г) и аскорбиновая кислота (до 269 мг), пантотеновая кислота, каротиноиды, микроэлементы. Применение экстракта крапивы способствует устранению нарушений мочеиспускания (улучшает максимальную скорость мочеиспускания).

Цинк – эссенциальный микроэлемент, входящий в более чем 100 ферментов. Он выполняет роль регулятора (больше ингибитора) апоптоза в тканях, участвует в активности РНК-полимераз, оказывает выраженное адаптогенное и антиоксидантное действие. В общем гомеостазе цинк выполняет метаболическую, антиоксидантную, гемопозитическую, гемостатическую, адаптогенную и иммуномодулирующую роль. Симптомы недостаточности цинка в организме проявляются задержкой роста, замедлением полового созревания, гипогонадизмом и гипоспермией, алопецией, медленной репарацией раневых поверхностей, поражением кожных покровов и т.д.

Дефицит цинка в организме вызывает снижение активности передней доли гипофиза (снижение уровней ЛГ и

ФСГ), что приводит к нарушению обмена андрогенов и таким образом к ухудшению функции органов половой сферы у мужчин. Ослабление антиоксидантного механизма системы глутатиона и возникновение «оксидантного стресса» в тканях ПЖ корригируется цинком.

Классическим состоянием, связанным с дефицитом цинка, является нарушение фертильности, происходящее в результате сложного каскада воспалительных, гормональных и ряда других реакций (повышение пероксидных соединений H_2O_2 через активацию лейкоцитов; блокада АТФ в сперматозоидах и т.п.).

Бета-ситостеролы – наиболее важный компонент фракции из фитотермакологических экстрактов, содержащих смесь фитостеролов, связанных с гликозидами. По данным Соhгане (2000), использование субстанций с бета-ситостеролами приводит к достоверному улучшению показателей IPSS с точки зрения оптимизации уродинамики по показателю Q_{max} [4].

Масло семян тыквы – богато фосфолипидами, биофлавоноидами и каротиноидами. В его составе имеются жирорастворимые витамины А, D, E и микроэлементы, в том числе цинк и селен. Оно обладает противовоспалительными, антиоксидантными, регенерирующими, репаративными, мембраностабилизирующими, иммуномодулирующими свойствами, что способствует полной нормализации структуры и функций поврежденных органов и тканей, особенно печени, ПЖ, слизистых оболочек пищеварительного тракта, кожных покровов. При применении способствует адаптации и повышению сопротивляемости организма к стрессовым ситуациям, предупреждает развитие синдрома хронической усталости и астенизации, нарушения умственной деятельности, повышает сопротивляемость организма к простудным заболеваниям. Восстанавливает и нормализует секреторную, моторно-эвакуаторную функции пищеварительного тракта, желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Витамин Е (токоферол) – выполняет в живых тканях роль биологического антиоксиданта, инактивирующего свободные радикалы, препятствуя старению организма. Эта функция токоферола имеет большое значение для поддержания структурной целостности и функциональной активности липопротеиновых мембран клеток. Витамин Е необходим для нормализации функции половых желез человека и для гармоничного развития мужских половых клеток анте- и перинатально. Было установлено, что прием токоферола в течение 3 мес увеличивает связывание сперматозоидов с прозрачной зоной яйцеклетки, что является основанием для назначения его при бесплодии.

Магний – наряду с калием, является основным внутриклеточным элементом. Он активирует ферменты, регулирующие углеводный обмен, стимулирует образование белков, регулирует хранение и высвобождение энергии в АТФ, снижает возбуждение в нервных клетках, расслабляет сердечную мышцу. Недостаток магния является одним из предрасполагающих факторов развития заболевания сердечно-сосудистой системы, уролитиаза, судорог у детей, возможно, повышения риска онкологических заболеваний, лучевой болезни.

Эхинацея пурпурная – оказывает иммуномодулирующее действие, стимулирует Т-клеточный пул иммунной системы, имеет выраженный адаптогенный эффект и используется при состояниях сопровождающих воспалительные заболевания различных органов и систем, в том числе и мочеполевой.

Ортосифон, чай почечный, кошачьи усы (*Orthosiphon stamineus Benth.*) – растение семейства губоцветных. Лис-

тья содержат гликозид ортосифонин, сапонины, жирное и эфирное масла, алкалоиды, органические кислоты – винную, лимонную, фенолкабоновую и розмариновую, соли калия, дубильные вещества, ситостерол. Почечный чай имеет диуретические свойства – способствует усиленному выделению из организма мочевины и мочевой кислоты.

Цель исследования: изучить влияние фитопрепарата Гентос Форте на качество жизни у лиц с ХП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике урологии ГУ «ЛугГМУ» было обследовано 75 мужчин в возрасте от 29 до 48 лет (средний возраст $34,7 \pm 2,0$ года) по поводу возникшего дискомфорта при мочеиспускании и снижении сексуальной функции. У 100% пациентов диагностирован «хронический абактериальный простатит», при обследовании была установлена фаза обострения. Время обращения – весенний период (март–май 2012 года), что расценивалось, как период риска обострения хронического заболевания. Продолжительность заболевания составляла от 1,5 до 8,0 года, в среднем $2,8 \pm 0,6$ года.

Пациенты были распределены на группы:

I группа (n=47, ХП, стадия обострения), где пациенты получали Гентос Форте по 1 таблетке 3 раза в сутки внутрь в течение 2,5 мес;

II группа (n=12, ХП, стадия обострения), где пациенты получали Масло тыквы по 1 столовой ложке 3 раза в сутки внутрь в течение 2,5 мес;

III группа (n=9, ХП, стадия обострения), где пациенты не получали лечения, а наблюдались в течение 2,5 мес;

IV группа (n=7) – контроль 2; здоровые добровольцы.

Для изучения клинической эффективности препарата Гентос Форте всех пациентов обследовали в динамике (до и спустя 1 и 2,5 мес от начала лечения). Клинические проявления у мужчин I, II и III групп были практически одинаковыми, а у лиц IV группы жалоб не наблюдалось (табл. 1).

Критерии включения: наличие хронического абактериального простатита, фаза обострения данного заболевания, СНМП и нарушения эректильной функции, добровольное информированное согласие и желание пациента, неучастие в других клинических исследованиях в течение 1 года.

Критерии исключения: наличие бактериального воспаления в ПЖ, ДГПЖ, алкоголизм в анамнезе, сахарный диабет и верифицированный нейрогенный мочевой пузырь.

В соответствии с профильными приказами МЗ Украины пациенты были обследованы поэтапно (табл. 2). Наряду с рутинными исследованиями применяли анкетирование: а) по СНМП – IPSS и QoL; б) по определению сексуальной функции – SDI (оценка полового влечения) и ПЕФ (вопросник Международной шкалы оценки эректильной функции).

Таблица 1

Клиническая картина до лечения

Симптомы	Абс. число (n=68)	%
Императивные позывы к мочеиспусканию	68	100
Постниктурические дизурические симптомы	32	47
Боль в конце акта мочеиспускания	9	13,2
Вялая струя мочи	58	85,3
Снижение либидо	68	100
Нарушение эректильной функции	68	100

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Обработку результатов исследований проводили с использованием общепринятых статистических методик на компьютере Acer Travel Mate 2410 с пакетами «QPRO» и «Statgraf».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты учитывали по данным ректального осмотра, цитологическим параметрам секрета ПЖ, данным ТРУЗИ, показателям состояния по СНМП и сексуальной функции.

У лиц I группы отмечали достоверную положительную динамику при ректальном осмотре: уменьшение пастозности и ликвидация болезненности у 68,0±0,8% (при $p<0,05$) на 30-е сутки лечения. К концу исследования (75-е сутки) отмечали достоверную динамику у 40 пациентов (85,1%), у 7 пациентов – без достоверного улучшения.

У лиц II группы достоверные улучшения к 30-м суткам отмечены у 3 лиц (25%, при $p<0,05$), а к концу исследования – у 7 пациентов (58,3% при $p<0,05$), что практически на 1/3 меньше данных в I группе.

У лиц III и IV групп динамика в состоянии закономерного отсутствовала.

При анализе данных ТРУЗИ в I группе отмечали достоверное улучшение УЗ-картины ПЖ у 85,0% лиц к 75-м суткам ($p<0,05$). При сравнении с данными II группы, где

положительная УЗ-динамика (уменьшение размеров ПЖ, повышение четкости капсулы, уменьшение экзогенности структур паренхимы и др.) отмечена у 6 пациентов (50%, при $p<0,05$), данные в I группе четко свидетельствовали о перспективности проводимой терапии. Данные ТРУЗИ в III группе соответствовали таковым до лечения.

Микроскопия секрета ПЖ, проводимая до лечения в основных группах, характеризовалась воспалительными нарушениями трофики ПЖ (снижение уровня лецитиновых зерен, скудность и воспалительные изменения в эпителии и т.п.).

Учитывая цитологическую картину у лиц I группы к 30-м суткам отмечалось уменьшение воспалительных изменений в эпителии, улучшение флоры (преимущественно кокки), кристаллы Бетхера и амилоидные тельца сохранялись и отмечался достоверный рост лецитиновых зерен в препарате ($p<0,05$). К концу лечения было отмечено достоверное увеличение лецитиновых зерен до уровня ++– и +++– ($p<0,05$), при стабильных других показателях. В данном случае наличие кристаллов Бетхера и амилоидных телец отражало ее трофические особенности и резервные возможности.

У лиц II группы цитология секрета ПЖ в контрольных сроках на 30-е и 75-е сутки свидетельствовала о слабоположительной динамике монотерапии в целом. Улучшение цитограммы произошло в конце 2,5-месячного лечения у 7

Таблица 2

Результаты обследований пациентов до лечения

№	Критерий	Основные группы (n=68)	Контроль (n=7)
1.	Данные ректального осмотра (признаки простатита: болезненность, шероховатая или узловая поверхность железы, пастозность, очаговые уплотнения и т.п.)	95%	Нет
2.	Данные ТРУЗИ (очаговые гиперэхогенные включения периуретрально, расширение ацинусов; диффузные и очаговые экзогенные изменения в паренхиме, увеличение размеров органа воспалительного генеза)	100%	Нет
3.	Данные микроскопии сока ПЖ (отсутствие лецитиновых зерен в препарате, скудная флора, элементы воспалительного изменения в эпителии)	97%	Нет
4.	Данные по анкете IPSS (увеличение показателя за счет СНМП)	100%	Нет
5.	Данные по анкете QoL (повышение за счет СНМП)	97%	Нет
6.	Данные по анкете SDI (снижение либидо)	100%	Нет
7.	Данные по анкете IIEF (нарушение эректильной функции)	100%	Нет

Таблица 3

Цитологические показатели секрета ПЖ до лечения

Показатель	I	II	III	IV
Лейкоциты	Единичные	Единичные	Единичные	0±1
Флора	Скудная кокковая	Скудная кокковая	Скудная кокковая	Палочки
Эпителий	Скудный	Скудный	Скудный	Без нарушения
Лецитиновые зерна	---+	---+	---+	+++ -
Кристаллы Бетхера	---+	---+	---+	++--
Амилоидные тельца	+++ -	+++ -	+++ -	----
Специфическая флора	-	-	-	-

Таблица 4

Изменения в анкете IPSS на протяжении лечения (M±m, $p<0,05$)

	I (n=47)	II (n=12)	III (n=9)	IV (n=7)
IPSS до лечения	16,0±0,9	16,0±0,8	16,0±0,9	8,0±0,2
IPSS через 1 мес	9,0±0,5	13,0±0,4	15,7±0,8	8,0±0,2
IPSS через 3 мес	8,0±0,3	11,0±0,3	15,0±0,7	8,0±0,2

Таблица 5

Показатель качества жизни – QoL ($M \pm m$, $p < 0,05$)

Показатель	I (n=24)	II (n=39)	III (n=9)	IV (n=7)
QoL до лечения	4,0±0,1	4,0±0,1	4,0±0,1	1,0±0,1
QoL спустя 1 мес	3,0±0,3	3,5±0,2	4,0±0,1	1,0±0,1
QoL спустя 3 мес	2,0±0,2	2,5±0,2	4,0±0,1	1,0±0,2

Таблица 6

Показатели оценки полового влечения – SDI ($M \pm m$, $p < 0,05$)

Показатель	I (n=24)	II (n=39)	III (n=9)	IV (n=7)
SDI до лечения	30,0±0,1	30,0±0,1	30,0±0,1	57,0±0,1
SDI спустя 1 мес	43,0±0,3	35,5±0,2	29,0±0,1	55,0±0,1
SDI спустя 3 мес	50,0±0,2	38,5±0,2	27,0±0,1	56,0±0,2

Таблица 7

Показатели по вопроснику Международной шкалы оценки эректильной функции – IIEF ($M \pm m$, $p < 0,05$)

Показатель	I (n=24)	II (n=39)	III (n=9)	IV (n=7)
IIEF до лечения	40,0±0,1	40,0±0,1	40,0±0,1	60,0±0,1
IIEF спустя 1 мес	50,0±0,3	45,0±0,2	39,0±0,1	57,0±0,1
IIEF спустя 3 мес	52,0±0,2	45,0±0,2	40,0±0,1	57,0±0,2

пациентов (58,3% при $p > 0,05$), что требовало дальнейшей коррекции или проведения комбинированной терапии.

Цитограмма секрета ПЖ в III группе не изменялась и носила выраженный воспалительный характер в половине случаев, а у лиц IV группы – соответствовала норме (табл. 3).

Таким образом, при сравнении двух средств фитотерапии отмечали достоверно лучшие показатели при применении фитокомплекса Гентос Форте.

При анкетировании пациентов по шкале СНМП было выявлено умеренное нарушение акта мочеиспускания у лиц с ХП в фазе обострения (табл. 4).

У лиц I группы, при достоверно измененных показателях IPSS в течение 1-го месяца происходило уменьшение СНМП с 16,0 до 8,0 балла к концу 3-го месяца. Это характеризовало Гентос Форте как средство, обладающее противовоспалительным и противоотечным действием, что выражалось в достоверной ликвидации СНМП у 85,1% пациентов. Отражением положительной динамики стали данные QoL, которые указали на достоверное улучшение качества жизни (с 4 баллов до 1).

У лиц II группы состояние достоверно улучшилось по IPSS с 16,0 до 11,0 балла на протяжении 2,5 мес, однако выраженного эффекта не наблюдалось. Показатель QoL также улучшался, но лишь у половины пациентов. При анализе анкет отмечали более слабую динамику развития эффективности при сравнении с данными у лиц I группы.

В III группе показатели качества жизни кардинально не отличались от таковых до начала исследования (табл. 5).

Анализируя полученные данные, характеризующие СНМП у лиц с ХП в стадии обострения, мы пришли к выводу, что наиболее показательными были эффекты в I группе, где за 1-й месяц лечения показатели IPSS достоверно улучшались, что способствовало оптимизации показателя QoL.

У лиц IV группы на протяжении всего наблюдения качество жизни оставалось высоким, а СНМП отсутствовали.

Таким образом, применение фитопрепарата Гентос Форте в долгосрочной терапии ХП оказывало положительное влияние на функцию нижних мочевых путей и достоверно улучшало качество жизни пациентов.

Анализ состояния сексуальной функции у лиц с ХП в стадии обострения проводили с помощью анкетирования в сроках до начала лечения, на 30-е и 75-е сутки.

При анкетировании пациентов по шкале SDI было установлено, что наибольший эффект в исследовании наблюдали у лиц I группы (табл. 6), где спустя 2,5 мес отмечалась положительная динамика: увеличение либидо выражалось в повышении баллов на 2/3. При сравнении данных с показателями шкалы IIEF отмечена корреляция между ними, что свидетельствовало об улучшении сексуальной функции пациентов на фоне противовоспалительной монотерапии фитопрепаратом. Эффект развивался с конца 1-го месяца и становился достоверным к концу лечения (табл. 7).

В отличие от приведенного выше, у лиц II группы эффективность монотерапии в плане улучшения сексологического статуса была минимальной. Данные в группах сравнения (III и IV) свидетельствовали об отсутствии динамики в контроле и ухудшении показателей у лиц III группы.

Таким образом, положительное влияние Гентоса Форте прежде всего выражалось в уменьшении выраженности симптомов нижних мочевых путей, а опосредованными эффектами являлись улучшение качества жизни и сексуального статуса мужчины данного возраста.

Указанное в литературе получение положительных результатов практически по всем параметрам позволило рассматривать Гентос Форте, как важную составляющую (и даже альтернативную монотерапию) комбинированной терапии в случаях ХП, осложненного нарушением фертильности воспалительного генеза. Это соотносится с результатами, представленными в нашем исследовании относительно позитивных изменений в секрете ПЖ.

На протяжении всего курса лечения, с момента начала монотерапии Гентос Форте до окончания лечения, были зарегистрированы некоторые эффекты, расцененные как побочные (табл. 8). Общий процент встречаемости побочных эффектов был 5,3% (n=4), из них у 2 – дискомфорт в правом подреберье имел перманентный характер и был обусловлен сопутствующей патологией.

Частота возникновения побочных эффектов в исследовании

Симптом	I (n=47)	II (n=12)	III (n=9)	IV (n=7)
Дискомфорт в животе	0	2	-	-
Дискомфорт при мочеиспускании	0	0	-	-
Запор	0	0	-	-
Преждевременная эякуляция	0	0	-	-
Диспепсия	1	0	-	-
Сонливость	0	0	-	-

Таблица 9

Оценка переносимости препарата при монотерапии препаратом Гентос Форте

Переносимость (n=47)	Исследователь		Пациент	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Очень хорошая	36	76,5	35	74,4
Хорошая	10	21,4	11	23,4
Удовлетворительная	1	2,1	1	2,1
Плохая	0	0	0	0
Очень плохая	0	0	0	0

При сравнении с контролем процент встречаемости побочных эффектов в I и II группах был одинаково низким. Таким образом, установлено, что риск развития побочных эффектов при приеме препарата Гентос Форте минимальный и не влияет на терапевтическую эффективность препарата.

При установлении переносимости (анонимное анкетирование) за период монотерапии было выяснено, что препарат Гентос Форте переносится хорошо, имеет хорошие отзывы при анкетировании пациентов и положительно оценивается со стороны врача (табл. 9).

Монотерапия Гентосом Форте показывает достоверную эффективность при применении не менее 2 мес. Фармакологические эффекты выражаются в направленном воздействии ряда фитоконпонентов, что вызывает выраженный эффект в тканях ПЖ и нижних мочевых путей. Улучшение трофики ПЖ доказывает оптимизация цитологической картины секрета ПЖ, обусловленная в свою очередь влиянием ряда биоактивных веществ, содержащихся в препарате Гентос Форте (растительные гормоны, фитостеролы, витамины, микроэлементы, жиры). Нормализация трофики ПЖ способствует активному уменьшению СНМП и улучшению QoL.

Будучи компонентом комплексной терапии при обострении ХП препарат Гентос Форте эффективен и в качестве монотерапии. Последняя особенно показана в стадии реконвалесценции остро воспалительного процесса или в стадии регрессии активного хронического воспаления. Несомненно, что наибольшего эффекта при остром воспалении в тканях ПЖ можно достичь в комбинации препарата Гентос Форте с лекарственными препаратами первой линии (антибиотики, НПВС, α -адреноблокаторы) терапии ХП.

ВЫВОДЫ

1. Применение препарата Гентос Форте при воспалительных процессах в ПЖ способствует более быстрой регрессии процессов воспаления и возможно как в комплексной, так и в монотерапии.

2. Эффективность применения Гентоса Форте подтверждается положительным влиянием на качество жизни пациента с ХП, снижением выраженности СНМП, улучшением либидо и оптимизацией сексуальной функции.

3. Длительное применение фитопрепарата Гентос Форте (более 2–3 мес) безопасно, поэтому монотерапия данным препаратом является альтернативой другим видам терапии хронического простатита.

Ефективність фітотерапії при хронічному простатиті

В.В. Спиридоненко, І.М. Нальотова

Було проведено порівняльний аналіз впливу на симптоми нижніх сечових шляхів та сексуальний статус у групах осіб із загостренням хронічного простатиту (сезонним) терапії з використанням препарату Гентос Форте (n=47), олії насіння гарбуза (n=12) або відсутності лікування взагалі (n=9). Обстеження проводили через 30 та 75 діб і воно полягало в оцінюванні симптомів за показниками IPSS, QoL, IEF, SDI, даними ТРУЗД, ректального огляду та цитограми секрету ПЗ. Протягом 1 міс було встановлено, що покращання було більш швидким у осіб, що отримували Гентос Форте, а на 75-ту добу дослідження було встановлено клінічний ефект у I групі та незначний ефект у II групі, що був вірогідно кращим при порівнянні із контролем без лікування. Результати тестів IPSS та QoL свідчили про більшу ефективність Гентосу Форте у порівнянні із такою від препарату олії з гарбузового насіння. Термін лікування повинен бути не менше 2,5–3 міс, а побічна дія у даного препарату практично відсутня.

Ключові слова: хронічний простатит, фітотерапія, Гентос Форте, симптоми нижніх сечових шляхів.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаревцев В.Н., Спиридоненко В.В., Пепенин В.Р., Беличенко О.В., Пепенин С.В., Луцкий В.И. Фитотерапия и оптимизация показателя качества жизни и данных эякулята у лиц с хроническим простатитом // *Здоровье мужчины*, 2011. – № 3 (38). – С. 11–17.
2. Сайдакова Н.О., Старцева Л.М., Кравчук Н.Г. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2010–2011 рік. Відомче видання. – К., 2012. – 192 с.
3. Спиридоненко В.В., Пепенин В.Р., Пепенин С.В., Зинченко О.В., Вагапова Е.Ю. Теарпия препаратом Гентос больных с ДГПЖ: эффективность и безопасность // *Здоровье мужчины*, 2012. – № 2 (41). – С. 81–84.
4. Berges R.R., Pientka L., Hufner K. et al. Male lower urinary tract symptoms and related health care seeking in Germany // *Eur. Urology*. – 2001. – Vol. 39. – P. 682.
5. Lowe F., Fagelman E. Phytotherapy in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Curr. Opin. Urol.* – 2002. – Vol. 12. – P. 15.